

---

# **Základy psychoterapie**

---

**Stanislav Kratochvíl**

**Páté, přepracované vydání**

---

Kratochvíl, Stanislav

Základy psychoterapie / Stanislav Kratochvíl. -- Vyd. 5.,

aktualiz. -- Praha : Portál, 2006. -- 384 s. : il.

ISBN 80-7367-122-0

615.851

- psychoterapie

- monografie

615.8 - Fyzioterapie. Psychoterapie. Alternativní lékařství

Lektorovali

PhDr. Hana Junová

Prof. MUDr. Karel Chromý, CSc.

Prof. PhDr. Mojmír Svoboda, CSc.

Doc. PhDr. Vladimír Řehan

PhDr. Jan Ženatý

Druhé vydání z roku 1998 bylo poctěno Kuffnerovou cenou  
Psychiatrické společnosti ČLS

© Stanislav Kratochvíl, 2006

Portál, s. r. o., Praha 2006

ISBN 80-7367-122-0

# Obsah

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| Předmluva .....                | 9  |
| Předmluva k pátému vydání..... | 10 |

## ČÁST I

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| <b>Základní pojmy.....</b>          | <b>11</b> |
| 1 Pojem psychoterapie .....         | 12        |
| 1.1 Psychoterapie jako obor .....   | 12        |
| 1.2 Psychoterapie jako činnost..... | 13        |
| 2 Druhy psychoterapie .....         | 15        |
| 3 Cíle psychoterapie .....          | 17        |

## ČÁST II

|                                                  |           |
|--------------------------------------------------|-----------|
| <b>Současné směry v psychoterapii.....</b>       | <b>19</b> |
| 1 Hlubinná psychoterapie .....                   | 20        |
| 1.1 Psychoanalýza .....                          | 20        |
| 1.2 Adlerovská psychoterapie .....               | 32        |
| 1.3 Jungovská psychoterapie .....                | 36        |
| 2 Dynamická a interpersonální psychoterapie..... | 40        |
| 2.1 Pojetí Karen Horneyové .....                 | 41        |
| 2.2 Pojetí H. Sullivana .....                    | 43        |
| 2.3 Pojetí F. Alexandera .....                   | 45        |
| 2.4 Pojetí V. N. Mjasiščeva.....                 | 47        |
| 2.5 Pojetí G. Klermana a M. Weissmanové.....     | 50        |
| 3 Rogersovská psychoterapie .....                | 53        |
| 4 Behaviorální psychoterapie.....                | 57        |
| 5 Kognitivní psychoterapie.....                  | 66        |
| 5.1 Racionálně-emoční terapie .....              | 66        |
| 5.2 Kognitivní terapie.....                      | 70        |
| 5.3 Kognitivně-behaviorální terapie.....         | 72        |
| 6 Komunikační psychoterapie.....                 | 77        |
| 7 Gestalt terapie.....                           | 82        |

|      |                                                           |     |
|------|-----------------------------------------------------------|-----|
| 8    | Existenciální a humanistická psychoterapie                | 86  |
| 8.1  | Daseinsanalýza                                            | 86  |
| 8.2  | Logoterapie                                               | 89  |
| 8.3  | Humanistická psychoterapie                                | 92  |
| 9    | Jiné přístupy                                             | 97  |
| 9.1  | Transpersonální psychoterapie                             | 97  |
| 9.2  | Procesorientovaná psychoterapie                           | 100 |
| 9.3  | Satiterapie                                               | 101 |
| 9.4  | Bioenergetika, terapie realitou a pozitivní psychoterapie | 103 |
| 10   | Eklektická a integrativní pojetí                          | 107 |
| 10.1 | Společné faktory v různých směrech                        | 108 |
| 10.2 | Alternativní cesty k uzdravení                            | 109 |
| 10.3 | Specifické faktory působící diferencovaně                 | 110 |
| 10.4 | Současné modely                                           | 111 |
| 10.5 | Integrovaná psychoterapie manželů Knoblochových           | 112 |
| 10.6 | Multimodální terapie Lazarusova                           | 114 |
| 10.7 | Další modely                                              | 116 |
| 10.8 | Závěrečné poznámky                                        | 120 |

**ČÁST III**

|                                                    |     |
|----------------------------------------------------|-----|
| <b>Metody psychoterapie</b>                        | 123 |
| 1 Racionální psychoterapie                         | 124 |
| 1.1 Výklad onemocnění                              | 126 |
| 1.2 Výklad duševní hygieny                         | 127 |
| 1.3 Výklad postupu k odstranění některých symptomů | 129 |
| 2 Sugestivní a hypnotická psychoterapie            | 132 |
| 2.1 Technika hypnotizace                           | 134 |
| 2.2 Hypnotické jevy                                | 146 |
| 2.3 Postup při hypnoterapii                        | 152 |
| 2.4 Ericksonovská psychoterapie                    | 154 |
| 2.5 Neurolingvistické programování                 | 159 |
| 3 Empatická a abreaktivní psychoterapie            | 162 |
| 3.1 Empatické rozhovory                            | 162 |
| 3.2 Princip abreakce                               | 164 |
| 3.3 Hypnotická abreakce                            | 166 |
| 3.4 Využití psychofarmak                           | 167 |
| 4 Relaxační a imaginační psychoterapie             | 169 |
| 4.1 Autogenní trénink                              | 169 |
| 4.2 Řízená imaginace                               | 176 |
| 5 Nácviková psychoterapie                          | 180 |
| 5.1 Pozitivní nácvik                               | 180 |
| 5.2 Nácvik asertivity                              | 183 |
| 5.3 Averzivní terapie                              | 186 |
| 5.4 Systematická desenzibilizace a expozice        | 187 |
| 5.5 Nápodoba a další techniky                      | 191 |

|     |                                                    |     |
|-----|----------------------------------------------------|-----|
| 6   | Psychoanalytická psychoterapie                     | 195 |
| 6.1 | Technika volných asociací                          | 195 |
| 6.2 | Interpretace a analýza odporu                      | 196 |
| 6.3 | Přenos a přenosová neuroza                         | 196 |
| 6.4 | Ukázka aplikace                                    | 198 |
| 6.5 | Krátká psychoterapie s psychoanalytickou orientací | 199 |
| 7   | Interpersonální psychoterapie                      | 202 |
| 7.1 | Náhled                                             | 203 |
| 7.2 | Korektivní emoční zkušenost                        | 206 |
| 7.3 | Využití skupinové dynamiky                         | 208 |
| 7.4 | Psychodrama                                        | 209 |
| 7.5 | Psychogymnastika                                   | 213 |
| 7.6 | Využití terapeutické komunity                      | 215 |

**ČÁST IV**

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| <b>Skupinová psychoterapie</b>    | 219 |
| 1 Morenův směr                    | 221 |
| 2 Analytický směr                 | 225 |
| 3 Transakční analýza              | 229 |
| 4 Skupiny setkání                 | 237 |
| 1. Odhození masky                 | 238 |
| 2. Naslouchání druhým             | 238 |
| 3. Emoční podpora                 | 238 |
| 4. Konfrontace                    | 239 |
| 5. Další koncepce a techniky      | 240 |
| 5 Topologický směr                | 243 |
| 6 Eklektický směr                 | 246 |
| 7 Skupinová psychoterapie psychóz | 248 |
| 8 Terapeutická komunita           | 251 |

**ČÁST V**

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| <b>Rodinná a systemická terapie</b> | 253 |
| 1 Rodinná terapie                   | 254 |
| 2 Systemická terapie                | 258 |

**ČÁST VI**

|                                             |     |
|---------------------------------------------|-----|
| <b>Psychoterapie v Česku a na Slovensku</b> | 265 |
| 1 Odraz světových směrů                     | 269 |
| 2 Přehled pracovišť a osobností             | 274 |
| 2.1 Čechy                                   | 274 |
| 2.2 Morava a Slezsko                        | 281 |
| 2.3 Slovensko                               | 284 |
| 2.4 Psychoterapie mimo zdravotnictví        | 286 |
| 3 Výcvik v psychoterapii                    | 288 |

## ČÁST VII

|                                                          |            |
|----------------------------------------------------------|------------|
| <b>Syntetický a diferencovaný přístup.....</b>           | <b>293</b> |
| 1 Diferenciace podle symptomatiky a etiopatogeneze ..... | 294        |
| 2 Diferenciace podle osobnosti pacienta .....            | 296        |
| 3 Diferenciace podle osobnosti terapeuta .....           | 297        |
| 4 Terapeutický systém .....                              | 298        |

## ČÁST VIII

|                                               |            |
|-----------------------------------------------|------------|
| <b>Výzkum psychoterapie .....</b>             | <b>309</b> |
| 1 Metodologické otázky .....                  | 310        |
| 1.1 Proměnné v psychoterapii .....            | 311        |
| 1.2 Faktoriální projekty .....                | 317        |
| 1.3 Metody měření dat .....                   | 322        |
| 2 Výzkum výsledků .....                       | 326        |
| 2.1 Spor o účinnost psychoterapie .....       | 326        |
| 2.2 Výzkumy s kontrolní skupinou .....        | 328        |
| 2.3 Výzkum kvantitativní a kvalitativní ..... | 339        |
| 3 Výzkum procesu a modelový výzkum .....      | 342        |
| 3.1 Výzkum procesu a obsahová analýza .....   | 342        |
| 3.2 Modelový výzkum .....                     | 345        |
| Závěr .....                                   | 348        |
| Literatura .....                              | 349        |
| Jmenný rejstřík .....                         | 374        |
| Věcný rejstřík .....                          | 379        |

## Předmluva

Tato monografie přináší tři druhy informací: 1. předkládá základní myšlenky současných vlivných směrů v psychoterapii, 2. podává utříděný instruktivní přehled důležitých metod v psychoterapii a 3. poukazuje na možnosti a dílčí výsledky výzkumu v psychoterapii.

Poslání knihy je shodné s předchozími třemi vydáními mé učebnice „Psychoterapie“ (1970, 1976, 1987). Zároveň mi však skutečnost, že po pádu totalitního režimu vychází řada překladů původních pramenů od představitelů různých škol a že se mohly začít rozvíjet přístupy u nás dříve potlačované, umožňuje v daleko větší míře odkazovat čtenáře na klasická i současná díla, dostupná v českém jazyce. V souvislosti s tím volím pro toto nové zpracování knihy skromnější název „Základy psychoterapie“. Předpokládám, že se studentům stane odrazovým můstkem k dalšímu hlubšímu studiu původních pramenů a že odborníkům, kteří jsou již oddáni některému ze směrů, poslouží k rozšíření pohledu na soupeřící teorie a k obohacení metodického repertoáru.

Moje teoretická orientace je eklektická a integrativní. To mi umožňuje přistupovat ke každému ze současných významných směrů nezaujatě, se snahou o postižení jeho přínosu spíše než s kritikou, a podněcuje mne, abych předkládal existující různorodé psychoterapeutické metody tak, aby jich bylo možno v praxi v co nejširším měřítku využívat. Cestu k řešení sporných otázek vidím ve vědeckém výzkumu.

Podobně jako jiné vědecké disciplíny má i psychoterapie svoji část obecnou a část speciální. Předmětem „Základů psychoterapie“ je část obecná, která zahrnuje výklad směrů, metod a výzkumu. *Speciální psychoterapie*, kterou rozumíme aplikaci psychoterapie na jednotlivé druhy poruch a její využití v různých oblastech lékařství a poradenství, je stručně vyložena v kolektivní učebnici „Psychoterapie a reedukace“ (Kondáš, Kratochvíl a Syříšková 1989) a postupně rozpracovávána v samostatných monografiích zaměřených na psychózy, závislosti, somaticky nemocné osoby, děti, manželské problémy, sexuální dysfunkce apod.

Kroměříž, duben 1997



## Předmluva k pátému vydání

Mám radost, že o knihu je takový zájem, že během devíti let vychází po páté a že její předchozí vydání bylo přeloženo do polštiny (Podstawy psychoterapii, 2003). Pro nové české vydání jsem provedl potřebné doplňky v kapitolách o směrech a o výzkumu v souvislosti s dalším vývojem a podle nastalých změn jsem opravil kapitolu o české a slovenské psychoterapii. Podařilo se mi zajistit fotografie dalších významných psychoterapeutů a aktualizoval jsem seznam literatury, který se značně obohatil českými publikacemi, jak původními pracemi, tak překlady zahraničních monografií.

Pozornosti čtenářů doporučuji zejména překlad obsáhlé knihy J. Prochasky a J. Norcrosse „Psychoterapeutické systémy“ (1999) a sborníku „Umění psychoterapie“ redigovaného J. Zeigem (2005), které dobře poslouží těm, kdo budou chtít dále prohlubovat své znalosti teorií a metod psychoterapie. Kdo chce vědět více o výzkumu, ať sáhne po knize L. Timuláka „Současný výzkum psychoterapie“ (2005).

Studenti mohou při přípravě ke zkouškám s výhodou konfrontovat poznatky z této učebnice se současnými pražskými učebnicemi J. Vymětala „Úvod do psychoterapie“ (2003) a Vymětala a kol. „Obecná psychoterapie“ (2004). Zájemci o oživení látky osobními pohledy a osudy některých představitelů české psychoterapie najdou zajímavé podněty v knížkách J. Hučína „Hovory o psychoterapii“ (2001) a M. Andrlové „Současné směry v české psychoterapii“ (2005).

*Kroměříž a Olomouc, březen 2006  
Stanislav Kratochvíl*

# Základní pojmy

# Pojem psychoterapie

Chceme-li podat definici per genus proximum et differentiam specificam, tj. pomocí nejbližší nadřazeného pojmu (rodu) a rozdílu, který definovaný jev odlišuje od jiných jevů téhož rodu, zjistíme, že pojem psychoterapie se používá ve dvou základních významech, že jej lze zařadit pod dva odlišné nadřazené pojmy. Jsou to obor a činnost.

## 1.1 Psychoterapie jako obor

Psychoterapie je obor, vědní disciplína, empirická a aplikovaná věda. Je to obor interdisciplinární, protože zasahuje do různých oblastí medicíny a psychologie. Jako většina klinických oborů, které se zabývají léčením onemocnění a poruch, má svou část obecnou a speciální. Do obecné části patří teorie, metody a výzkumná data, do speciální části aplikace na jednotlivé druhy poruch. Věda je souhrnem vzájemně souvisejících poznatků, je systematicky uspořádanou soustavou teorií. Jako empirická věda se psychoterapie opírá o poznatky získané zkušeností, které zobecňuje do hypotéz a teorií, a jako aplikovaná věda směřuje k využití poznatků v praxi. V současné době nemá psychoterapie jednotnou, obecně přijímanou teorii, ale zahrnuje přibližně 10 základních uznávaných přístupů či systémů, z nichž každý má svou vlastní ucelenou teorii osobnosti, etiopatogeneze poruch, obsahu terapie a terapeutického procesu (mechanismů změny) i propracované metody a techniky léčby a výcvikové programy, které z příslušné teorie vycházejí. Některé ze systémů mají i své vědecky založené výzkumy léčebného procesu a efektu.

Kromě samostatných systémů existuje i vlivný směr eklektický a integrativní, opírající se mj. o výzkumem ověřené jak společné, tak i specifické faktory v jednotlivých přístupech. Jako obor se psychoterapie vyučuje na univerzitách a v postgraduální výuce. Systematicky se jejím studiem v současné době zabývají zejména psychiatři a kliničtí psychologové a částečně i lékaři některých jiných klinických oborů mimo psychiatrii. Na základě absolvovaného výcviku, supervize a zkoušek je možno v tomto oboru získat speciální kvalifikaci.

## 1.2 Psychoterapie jako činnost

Psychoterapie je léčebná činnost, *léčebné působení*, specializovaná metoda léčení nebo soubor léčebných metod, záměrné ovlivňování, proces sociální interakce. Specifický rozdíl, odlišující tuto činnost od jiných činností, lze hledat v několika směrech: a) čím působí, b) na co působí, c) čeho má dosáhnout, d) co se při ní děje a e) kdo působí.

- Psychoterapie je léčebné působení *psychologickými prostředky*. Využívání těchto prostředků je záměrné a plánové. K psychologickým prostředkům patří slova, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, sugesce, učení, vztahy a interakce ve skupině aj.
- Psychoterapie je léčebné působení *na nemoc, poruchu nebo anomálii*. Je upravováním narušené činnosti organismu. Je procesem pomoci osobám s psychogenními poruchami a s poruchami, které mají psychické následky. Je ovlivňováním trpící osoby hledající pomoc. Je působením na psychiku a prostřednictvím psychiky na celý organismus nemocného. Je to cílevědomé působení na duševní procesy, funkce a stavy, na osobnost a její vztahy, na poruchy a na činitele, které poruchy vyvolávají.
- Psychoterapie je působením, které *má odstranit nebo zmírnit potíže a podle možnosti i odstranit jejich příčiny*. Má zlepšit funkce orgánů, odstranit jejich poruchy, vést k obnovení zdraví, k poznání a omezení sebezníčovajícího chování, k účinnému zvládnutí problémů, konfliktů a životních úkolů. Má pomáhat pacientům změnit prožívání ve směru lepšího přizpůsobení životním úkolům a situacím, nebo ve směru, který sami považují za žádoucí a na němž se dohodnou s terapeutem. Má vést k pocitům sebeuplatnění a seberealizace, k uskutečňování vlastních možností a k naplňování životního smyslu, k pocitu vyrovnanosti a spokojenosti.
- V průběhu psychoterapie *dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta*. Uplatňují se při tom procesy, jako je vytvoření kladného očekávání a získávání naděje a odvahy, terapeutický vztah s terapeutem nebo koheze a dynamika skupiny, sebeexplorace a sebeprojevoování, katartické odreagování, konfrontace s problémy, získávání náhledu (porozumění souvislostem a neuvědomovaným motivům), zpětná vazba, korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování, desenzibilizace a posilování, získávání nových informací a učení se chybějícím sociálním dovednostem.
- Psychoterapii provádí kvalifikovaná osoba*. Vyžadovaná kvalifikace a kompetence závisí na složitosti potřebného psychotherapeutického působení. Za kvalifikované k provádění jednodušší podpůrné psychoterapie se považují osoby s ukončeným lékařským nebo psychologickým vzděláním a při týmové práci také vyškolené zdravotní sestry a sociální pracovníci. K provádění odborné a systematické psychoterapie se navíc vyžaduje speciální výcvik. Provádění této formy psychoterapie

je součástí léčebné činnosti ve zdravotnictví. Mimo tuto oblast se psychoterapie aplikuje v psychologickém poradenství při práci s klienty, u nichž se zpravidla ještě nejedná o diagnostikované onemocnění, ale kteří jsou v důsledku svých problémů, konfliktů, psychologických traumat, frustrací a stresů vznikem onemocnění ohroženi. Kromě formálního vzdělání, znalostí a dovedností je pro provádění psychoterapie nezbytný základní etický přístup a jsou potřebné určité osobnostní vlastnosti, které se u jednotlivých přístupů a metod poněkud liší.

Jednotlivé směry a systémy nabízejí své vlastní podrobné definice psychoterapie. Tyto definice však zpravidla obsahují již určitou teoretickou koncepci a zčásti tím z rozsahu pojmu vylučují psychoterapeutické přístupy jiného druhu. Při vymezování psychoterapie jako specifické činnosti se zde proto spokojíme s vymezením méně podrobným a dosti širokým, které nevylučuje žádnou ze současných uznávaných koncepcí. Nejvýhodnějšími se pro tento účel zdají definice navazující na vymezení jednoho ze zakladatelů psychoterapie, francouzského psychologa Pierra Janeta, který viděl v psychoterapii „užití psychologické vědy k léčení různých nemocí“. S malou obměnou tedy můžeme označit psychoterapii za „léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii psychologickými prostředky“ nebo za „záměrné a plánovité upravnování narušené činnosti organismu psychologickými prostředky“. Tuto klasickou orientaci na poruchy je však dnes účelné doplnit také pozitivním zaměřením na „zvládání problémů“ a „napomáhání harmonickému rozvoji osobnosti“.

## Druhy psychoterapie

Psychoterapii lze dělit z více hledisek. Některá dělení jsou dichotomická, vystihují polarity či kontrastní možnosti psychoterapeutického přístupu, které se však v praxi jen zřídka využívají v extrémní podobě. Uvedeme některé z nich.

Při psychoterapii *direktivní* působí terapeut na pacienta přímým usměrňováním jeho myšlení, postojů a chování. Dává mu příkazy a rady, vyžaduje splnění určitých úkolů a cvičení nebo používá bdělé či hypnotické sugesce. V nedirektivní psychoterapii je psychoterapeut spíše katalytickým činitelem. Svým permissivním neutrálním postojem pouze podněcuje pacienta ke slovní, emoční nebo činnostní produkci, vytváří příznivou atmosféru pro pacientovu sebeexploraci nebo pro projekci pacientových interpersonálních stereotypů a vyhýbá se indoktrinaci, tj. udělování rad, sugescí nebo projevování vlastního názoru. Extrémnímu případu nedirektivní psychoterapie se říká též „mhm terapie“: terapeut neřekne ani ano, ani ne, pouze mnohoznačné nic neříkající „mhm“.

Psychoterapie *symptomatická* se zaměřuje na chorobný příznak, psychoterapie *kauzální* se snaží zjistit a odstranit příčinu. K symptomatické psychoterapii se kriticky stavějí hlubinné a dynamické směry, považující ji někdy za přímo škodlivou. Dokládají, že její účinek je jen zdánlivý nebo krátkodobý, symptom se buď brzy objeví znovu, nebo místo něho vznikne symptom jiný. Skutečnost však je taková, že bez symptomatické terapie se často neobejdeme, ať pro nedostatek času k obvykle delší terapii kauzální, nebo pro neodstranitelnost kauzálních faktorů. Přitom k recidivě nebo záměně symptomů docházet nemusí. Přestane-li mít pacient potíže, dokáže se nezřídka už snáze vyrovnat s problémy.

*Podpůrná* psychoterapie se nesnaží měnit osobnost, ale poskytuje porozumění, podporu a pomoc osobnosti takové, jaká je. Zdůrazňuje její pozitivní rysy, vede k pozitivnímu myšlení a důvěře ve vlastní síly a pomáhá při zvládání aktuálních situací a problémů. *Rekonstrukční* psychoterapie usiluje o přestavbu osobnosti, a to jak hlubší analýzou jejího utváření, tak závažnějšími zásahy do postojů, motivací a hodnotového systému.

Psychoanalytici rozdělují někdy psychoterapii na odkrývající, tj. hlubinnou analýzu, která vynáší na povrch vytěsněný materiál z nevědomí a vede k jeho uvědomění a zpracování, a na psychoterapii zakrývající, k níž patří všechny ostatní formy psychoterapie, které jsou jimi považovány za méně hodnotné.

Bez zmíněného hodnotícího zabarvení je neutrální dělení psychoterapie na náhledovou a akční. *Náhledová* psychoterapie podporuje objasnění a porozumění, *akční* psychoterapie podporuje přímé zvládání problémů a nácvik potřebných dovedností.

Další dělení, která uvedeme, již nejsou dichotomická, ale používají tři a více kategorií.

V psychoterapii individuální je působení zaměřeno na jednotlivce. *Hromadná* psychoterapie označuje postup, kdy terapeut působí vhodně upravenými metodami individuální psychoterapie na více pacientů současně. *Skupinová* psychoterapie využívá k terapeutickým účelům dynamiku vztahů vznikajících mezi členy plánovitě vytvořené terapeutické skupiny.

Podle příslušnosti k základním směrům se psychoterapie zjednodušeně rozděluje na tři odlišné orientace. *Dynamická* psychoterapie věnuje pozornost vlivu minulých zážitků a nevědomých procesů na současné problémy a potíže. *Kognitivně-behaviorální* psychoterapie převážně učí překonávat současné problémy a potíže nácvikem žádoucího chování a myšlení. *Humanistická* psychoterapie se zabývá sebeuskutečňováním, rozvojem vnitřního prožívání a vlastních možností, naplňováním životního smyslu.

Z hlediska požadavků na kvalifikaci psychoterapeuta a s tím související diferencované bodové ocenění jeho práce navrhla Česká psychoterapeutická společnost rozdělení psychoterapeutických výkonů na tři stupně: 1. psychoterapie *podpůrná*, kterou může vykazovat každý lékař a psycholog; 2. psychoterapie *odborná*, k jejímuž vykazování je potřebná u psychologů závěrečná zkouška z postgraduální specializační průpravy pro práci ve zdravotnictví, u psychiatrů atestace z psychiatrie a u lékařů jiných oborů speciální zkouška v akreditovaném školicím zařízení; a 3. psychoterapie *systematická*, která vyžaduje speciální vzdělávání, výcvik a supervizi se stanovenými počty hodin a absolvování kvalifikační zkoušky před komisí.

V současné době je v Seznamu zdravotních výkonů proplácených pojišťovnami uvedena pouze systematická psychoterapie. K jejímu vykazování se u psychologa a lékaře vyžaduje *Osvědčení o funkční specializaci v psychoterapii*, vydávané subkatedrou psychoterapie Institutu pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví na základě splnění výše uvedených požadavků.

Kvalifikační požadavky k provádění odborné psychoterapie mimo oblast zdravotnictví, zejména v manželském, rodinném a pedagogicko-psychologickém poradenství si určují příslušné stavovské společnosti.

Podle předpokládaných účinných faktorů a používaných metod lze konečně psychoterapii rozdělit na racionální, sugestivní, empatickou, abreaktivní, tréninkovou, psychoanalytickou a interpersonální. Tohoto rozdělení použijeme při výkladu jednotlivých metod a technik.

# Cíle psychoterapie

Existuje dvojí výrazně odlišná formulace cílů psychoterapie.

- Cílem psychoterapie je *odstranění chorobných příznaků*. Pacient přichází s jistými obtížemi, úkolem terapeuta je, aby ho těchto potíží zbavil, ať už postupem symptomatickým nebo – dokonaleji – terapií kauzální, odstraňující příčinu. Někteří autoři zpřesňují tento cíl jako obnovení pracovní schopnosti, schopnosti požitku, kontaktu, naděje, schopnosti radovat se ze života. Účelu je dosaženo, když vymizí symptomy, které tomu bránily.
- Cílem psychoterapie je *reedukace, resocializace, reorganizace, restrukturalizace, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti*. Podle příslušné teorie osobnosti se analyzují např. intrapsychické konflikty, sledují patologické fixace libida nebo patologické stereotypy v interpersonálních vztazích, usiluje se o korekci postojů. Osobnost se přetváří ve směru správné adaptace nebo ve směru zrání a uskutečňování svého individuálního životního poslání. Odstranění symptomů se u tohoto postupu očekává spíše jako vedlejší důsledek. Významnost zlepšení nebo vyléčení se posuzuje podle dosaženého stupně osobnostních změn, nikoli podle změn v symptomatice.

Druhý přístup je nepochybně výhodnější ve srovnání s prvním větší důkladností a hlubším působením. Je nutno si však uvědomit, že příčina nemusí být vždy nutně v osobnostní struktuře a poruše interpersonálních vztahů. Symptom může být např. vyvolán jednorázově proběhlým psychotraumatem, nadále již nepůsobícím (při požáru, přírodní katastrofě, dopravní nehodě, znásilnění, úmrtí milovaného člověka) nebo vytvořen a zafixován jako patologický návyk. Za takových okolností je pracovní restrukturalizace osobnosti s napravováním vztahů rodinných či pracovních, pátrání po zážitcích z raného dětství apod. vzhledem k účelu, pro který pacient terapeuta vyhledal, záležitostí celkem zbytečnou a mřející se cílem. Je výhodnější věc odreagovat, odsugerovat, přecvičit. Proti tomuto tvrzení se namítá, že např. úleková reakce rychle sama odezní a nestává se neurózou. Fixuje-li se a stává-li se terapeutickým problémem, je to proto, že je zde současně porucha v interpersonálních vztazích. Toto tvrzení se ovšem těžko vyvrací i dokazuje, protože mezi zdravými lidmi lze stěží

najít člověka, u kterého by se důkladnou explorací nedala zjistit nějaká porucha uvedeného druhu.

Uvedené dvojí hledisko je třeba mít na paměti při porovnávání výsledků různých psychoterapeutických škol.

# Současné směry v psychoterapii

Jak již bylo řečeno, nemáme zatím jednotnou teorii psychoterapie. Různé školy navrhly vlastní výklad mechanismů vzniku psychogenních poruch, vypracovaly vlastní metody a vytvořily většinou též svou vlastní terminologii. Seznámení se se základními pojmy, východisky i teoretickými konstrukcemi různých směrů je nutným předpokladem orientace v psychoterapeutické literatuře.

Pokus o klasifikaci současných teoretických přístupů s sebou nutně nese zjednodušující schematizaci, kdy k sobě nezřídka přiřazujeme autory, kteří by sami s takovým přiřazením nesouhlasili. Z hlediska didaktického je však schematizace nutná. Pro účely našeho přehledu rozdělíme současné směry na: 1. hlubinnou psychoterapii, 2. dynamickou psychoterapii, 3. rogersovskou psychoterapii, 4. behaviorální psychoterapii, 5. kognitivní psychoterapii, 6. komunikační psychoterapii, 7. Gestalt terapii, 8. existenciální a humanistickou psychoterapii, 9. jiné přístupy a 10. eklektická a integrativní pojetí.

Jelikož psychoterapie našla dosud nejširší pole působení u neurotických poruch, jsou otázky teorie nezřídka těsně spjaty s příslušnou neurologií. Nebude proto možno při výkladech současných psychoterapií pominout základní názory týkající se pojetí neuróz.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, platné od roku 1992, se dřívější běžně užívaná nozologická jednotka „neuróza“ nahrazuje pojmy „Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy“.

## Kapitola 1

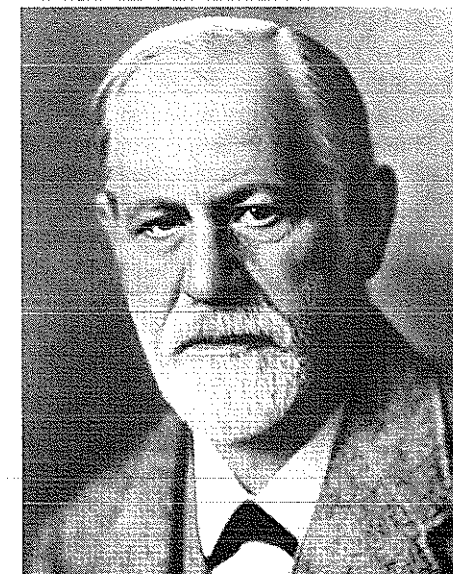
# Hlubinná psychoterapie

## 1.1 Psychoanalýza

Tvůrcem psychoanalýzy je Sigmund Freud (1856–1939). Narodil se v Příboře na Moravě, většinu svého života prožil ve Vídni. Svou vědeckou dráhu začal jako neurolog, publikoval mj. práci o afáziích. Později se orientoval na neurózy a přešel do soukromé praxe. Studoval hypnózu u Charcota a Bernheima ve Francii, v terapii využíval zpočátku metodu hypnotického odreagování potlačených zážitků podle vídeňského lékaře J. Breuera. Postupně přešel k metodě volných asociací, vytvořil učení o přenosu, nevědomí a vývoji libida. Ve shodě se svou teorií se pokoušel i o sebeanalýzu v korespondenci s přítelem J. Fliessem. Na sklonku života emigroval před nacisty do Londýna, kde ve svých 83 letech zemřel. Posledních 14 let trpěl rakovinou čelisti, která si vyžádala více než 30 operací: přesto se nevzdal kouření doutníků. Mnohaleté omezující onemocnění ho změnilo v pesimistu. Když se narodil, bylo jeho přitažlivé matce 21 let a autoritářskému otci – Freudova matka byla jeho druhou manželkou – 41 let, což mohlo podpořit vznik oidipovského komplexu, který Freud později postuloval jako obecnou vývojovou zákonitost a po smrti svého otce nakonec výslovně i u sebe připustil. Byl velmi pracovitý s obsedantními povahovými rysy a značnou sebekontrolou. Jeho sebrané spisy dosahují v anglickém vydání 14 svazků. Měl sklon k nadměrnému zobecňování a autoritativním formulacím. Svoje názory postupně opravoval, ale nesnášel, když se je pokoušeli opravovat jiní, což vedlo mj. k odpadnutí nebo odvržení některých jeho významných spolupracovníků a žáků.

Vedl klidný manželský život, měl 4 děti. Třebaže ve svých pracích připisoval velký význam sexuálnímu pudu, jeho osobní postoj k sexu byl spíše zdrženlivý. Podle jednoho ze zachovaných dopisů zřejmě přestal se svou manželkou sexuálně žít už v 41 letech. Jeho více než 50 let trvající manželství však bylo zcela harmonické. Nejmladší dcera, Anna Freudová, se věnovala stejně jako on psychoanalýze a přispěla mj. k systematickému pohledu na obranné mechanismy proti úzkosti.

Psychoanalýza rozlišuje v psychice vedle vědomí další dvě složky: předvědomí a nevědomí. Zatímco předvědomí se skládá z duševních obsahů, které lze podle potřeby snadno do vědomí vyvolat, je *nevědomí* oblastí relativně samostatnou. Tendence zde obsažené nejsou vědomí přímo dostupné, a přesto mají vliv na jednání. Jeho obsahem jsou pudové tendence, které mají rozhodující význam pro vývoj osobnosti i pro vznik neuróz.



OBR. 1 S. Freud

Základními pudovými silami jsou pud sexuální (eros, pud lásky či *libido*) a pud destrukční (thanatos, pud smrti související s agresí). Destrukční pud zavedl Freud do své teorie až později a četní psychoanalytici jej již nepřijali. Prvořadý význam nabyl v psychoanalýze pojem *libida*.

*Vývoj libida* prochází v ontogenetickém vývoji zákonitě řadou fází. Freud kladl zvláštní důraz na tzv. pregenitální infantilní sexualitu raného dětství, která je autoeroticky zaměřena. První fází, trvající zhruba do 18 měsíců věku dítěte, je *fáze orální*, kdy primárním místem libidinózních pocitů jsou ústa a uspokojování se získává sáním. V pozdějším období této fáze rostou dítěti zuby, začíná kousat a žvýkat a v souvislosti s tím se objevuje destruktivní nebo agresivní chování. Stupeň uspokojování orální potřeby může mít vliv na vývoj některých osobnostních rysů, např. optimismu, lehkověrnosti a manipulativnosti při dobrém uspokojování, a pesimismu, podezřívavosti a závistivosti při nedostatečném uspokojování. Osoby, které jsou fixovány na orální úrovni, mají tendenci udržet si ústa jako svou primární erogenní zónu, což se projevuje např. v sexu, ale i v orientaci na jídlo, kouření, cucání palce apod. Druhou fází, která se vyskytuje mezi 18 měsíci a 3 roky věku, je *fáze sadisticko-anální*, kdy se stává primárním zdrojem libosti konečník. Uspokojení se hledá v agresí a v zadržování a vypuzování stolice. Při nadměrných požadavcích rodičů na čistotu se může vyvinout nadměrná pořádkumilovnost, šetrnost a tvrdohlavost, při přílišné shovívavosti sklon k nepořádku, plýtvání a uvolněnosti. Anální fáze se také považuje za prototyp sběratelských vášní pozdější doby. Třetí fáze se označuje jako *fáze falická*. Ve věku kolem tří let dítě objevuje penis nebo poštěvák jako zdroj příjemných pocitů. I tato fáze je zaměřena autoeroticky, a to nediferencovaně na penis nebo klitoris.

Mezi třetím a šestým rokem věku dítěte pravidelně vzniká tzv. *oidipovský komplex*. Je to nevědomý erotický vztah a incestní přání dítěte vůči rodiči opačného pohlaví, přičemž rodič stejného pohlaví je dítětem vnímán jako sok. Název je z řecké báje o králi Oidipovi, který nevědomky zavraždil svého otce a oženil se s matkou. Oidipovský komplex je jedním z ústředních témat psychoanalýzy. Ženská forma tohoto komplexu se často označuje jako Elektřin komplex, Freud sám však tento název odmítal používat. Dalším významným komplexem vznikajícím rovněž v tomto období je kastrální komplex, což je u hochů strach ze ztráty penisu a u dívek závidění penisu mužskému pohlaví. Za příznivých okolností dítě zvládne nepřátelské a neurotické impulzy oidipovského komplexu a ztotožní se s rodičem téhož pohlaví a s jeho morálními normami.

Po oidipovské fázi nastává *období latence*, kdy jsou sexuální zájmy zcela v pozadí. Začnou se objevovat až s nástupem puberty jako *normální genitální sexualita*, která je již zaměřena vztahově, heterosexuálně, pokud vývoj proběhl bez patologických fixací.

Při vývoji může dojít k fixaci libida v určité fázi. Tato fixace se pak projevuje jako perverze, nebo – při potlačení – vede ke vzniku neurózy. Podobně může v pozdější době dojít k regresi, zpětnému návratu na nižší stupeň vývoje libida.

Libido a požadavky či přání vyplývající ze sexuálního pudu se dostávají do konfliktu se společenskými, estetickými, mravními a náboženskými normami a vědomé já je musí pomoci své funkce, zvané *cenzura*, ovládnout a vytěsnit zpět do nevědomí. Pro souhrn ideálů a norem zavedl Freud pojem superego (nadjá), biologické pudy, které tvoří energetický potenciál osobnosti, nazývá id (ono) a regulující instanci duševního života já (ego). *Konflikt* je pak pro něj *intrapsychické střetnutí* v těchto předpokládaných složkách lidské psychiky. Vytěsnění konfliktu vytváří předpoklad pro vznik neurózy. Nevědomý konflikt se symbolicky projevuje ve snech a chybných výkonech.

Ve snech dochází k fiktivnímu splnění přání, jinak neuskutečnitelných. I zde se ovšem, i když oslabeně, projevuje *cenzura*, takže přání se projevují v přestrojení, v posunuté nebo symbolické formě. Na odhalování symbolických významů zakládá Freud svůj výklad snů. S projevy neuvědomělých přání se setkáváme též v běžném životě v podobě různých chybných výkonů, přeřeknutí, záměn a založení, které tvoří „psychopatologii všedního života“.

V neurologii rozlišovala psychoanalýza dva druhy neuróz, tzv. aktuální neurózy, k nimž počítá neurastenii a úzkostnou neurózu, a psychoneurózy, ke kterým řadí hysterii, neurózu fobickou a neurózu obsedantní<sup>2</sup>. Brun (1946) definuje rozdíl mezi těmito dvěma skupinami takto:

U aktuálních neuróz není primární patogenní podnět vzniku symptomu psychogenní, nýbrž jde o toxické poruchy činnosti uvnitř určitých oddílů vegetativní nervové soustavy, které se promítají bezprostředně na postižených orgánech. Psychogeneze existuje jen v tom smyslu, že psychogenní podnět vyvolává fyziologický reflexní děj ve vegetativním systému, a jehož utváření pak již nemá vliv.

U psychoneuróz, které tvoří hlavní oblast zájmu psychoanalýzy a též hlavní oblast aplikace psychoanalytické terapeutické metody, vede kauzální řetězec do hlubin

nevědomí. Psychogeneze je zde úplná: psychické podněty, v tomto případě nevědomé, nejen symptomy vyvolávají, ale účastní se též v rozhodující míře na jejich výběru a utváření. Symptomy jsou symbolickými projevy konfliktů pudů, a to pudů primárních (pud sebezáchovy a sexuální pud) a ontogeneticky mladších kulturních pudů sekundárních (estetických, sociálních, etických a náboženských). Nejde zde však o psychické konflikty současné, jako spíše o důsledky konfliktů v raném dětství či důsledky fixací libida na stupních raného dětství. Podle okolností se konflikt buď využije v normalitě, nebo vyústí v psychoneurózu nebo sexuální perverzi.

- a) Při střední síle primárních pudů a dobrém vypracování útlumu sekundárními pudy dochází k vytlačení primárních pudů z vědomí. Cíl se vytěsní, libido se využije jiným způsobem, např. změnou v opak (z rozkoše je odpor), nebo se za zakázaný objekt najde neškodná náhražka (kouření nebo žvýkání gumy za orální erotiku) nebo se primitivní hnutí v rámci vítězného sekundárního pudu využijí podobným, ale užitečným způsobem (tzv. sublimace).
- b) V případech, kde libido má naprostou převahu, vytěsnění ihned selže a patologická fixace se projeví v příslušném typu sexuální perverze.
- c) Setká-li se silná pudovost se silnými útlumy, nemohou se pudy uplatnit zjevným způsobem, ani se však nemohou vzdát příslušného pudového cíle. Já reaguje napřed úzkostí, vytěsnění selže, potlačené vyjde v nějaké formě, v nepoznaném přestrojení na povrch a vzniká psychoneuróza. *Symptomy psychoneurózy jsou tedy vnějším projevem nezdařeného kompromisu mezi navzájem neslučitelnými pudovými silami, a to ve znetvořené, posunuté nebo symbolické formě.* Při hysterii se přeměňuje (konvertuje) neúnosná představa v tělesný příznak. U fobické neurózy se přeměňuje ve strach. U nutkavé neurózy dochází k oddělení afektu od představy, oslabená představa zůstává ve vědomí stranou všech asociací (izolace) a od ní oddělený afekt se připojuje k jiným představám, které se pak stávají nutkavými.

Zásadní význam i ve vzniku psychoneuróz má podle psychoanalýzy úzkost. Zpočátku chápe Freud úzkost jednoduše jako fyziologicky podmíněný následek nevybitého sexuálního napětí, později ji spojuje s „porodním traumatem“ (oddělením se od matky a vržením do světa) a s výskytem dalších podobně ohrožujících separačních situací. Ještě později ji hodnotí jako reakci ega na zvýšené pudové nebo emoční napětí, na vědomé i nevědomé ohrožení vycházející zevnitř, z vnitřních, pro ego nepřijatelných pudových tendencí. K odstraňování úzkosti používá člověk *obranné mechanismy*, jako je vytěsnění, izolace, projekce, přesunutí, přeměna v opak, racionalizace aj. Řadu z nich podrobně rozpracovala Anna Freudová. Při vytěsnění jsou zážitky nebo impulzy vyvolávající úzkost zapomenuty. Izolace znamená oddělení afektu od prožitku. Při projekci dochází k eliminaci úzkosti tím, že se vlastní úmysly přisuzují někomu jinému. Tak např. žena toužící po ženatém muži tento motiv popírá a připisuje erotický zájem o ni jemu. Přesunutí znamená náhradu jednoho cíle jiným. Dítě, které nemůže projevit nenávisť k sourozenci, na něhož žárlí, projeví své agresivní impulzy vůči panence. Přeměnou v opak („reaktivním výtvořem“) se např. z muže se silnými pudovými tendencemi stane bojovník za zákaz pornografie. Při racionalizaci se jednání pramenící z motivů, jejichž přiznání by vyvolalo úzkost, nesoulad s okolím nebo ohrožení sebeúcty, vysvětluje motivy přijatelnými a eticky hodnotnými. Tak např. otec odraťující své hostilní popudy bitím syna odůvodňuje své jednání nutností syna vychovávat.

2 Toto dělení má dnes již spíše historický význam.



Od psychoanalytického pojmu *vytěsnění*, které je, jako všechny obranné mechanismy, mimovolním neuvědomovaným dějem, je vhodné odlišit běžně používaný pojem *potlačení*, který označuje spíše vědomý, úmyslný, racionální a volní zásah: záměrné vyřazení určitého obsahu z mysli, zakázání si určitého chování vyplývajícího ze silného motivu nebo zabránění probíhajícímu citu, aby se projevil navenek. Mimo freudovskou psychoanalýzu se však pojmu potlačení často používá v širším smyslu, zahrnujícím i „vytěsnění“ příslušného obsahu mimo oblast vědomí.

Psychoanalýza zdůrazňuje pudově iracionální síly v člověku, nesměruje však k jejich uvolnění a nekritickému uspokojování, nýbrž chce umožnit pomocí nabízených interpretací „náhled“, tj. pochopení iracionálních motivací a vytěsněných intrapsychických konfliktů a tím i jejich racionální zvládnutí. Freud to vyjadřuje slovy „*kde je id, tam má být i ego*“. Psychoanalytickou technikou se mají vytěsněné pudové impulzy odhalit, přivést do vědomí a vrátit pod kontrolu vědomého já. Psychoanalytická terapie, usilující o reintegraci osobnosti, je postup dlouhodobý, vyžadující zpravidla několik let.

Další pojmy psychoanalýzy spojené s psychoanalytickou technikou, jako je odpor, přenos a přenosová neuróza, najdete v kapitole o psychoterapeutických metodách. Freud se rovněž pokusil aplikovat svůj přístup na výklad kulturních a sociálních jevů. Těmito stránkami psychoanalýzy se zde nezabýváme, doporučujeme proto Freudovu knihu „Totem a tabu“ (1991) a výbor „O člověku a kultuře“ (1990).

Při studiu Freudových spisů a výkladu jeho názorů je třeba vždy vzít v úvahu datum jejich vzniku, protože koncepce i výklady některých pojmů se časem měnily. Schematicky lze ve vývoji psychoanalytické teorie během Freudova života určit tři fáze, kterým odpovídají tři základní teoretické modely osobnosti a vzniku psychogenních poruch: traumatický, topografický a strukturální.

1. *Traumatický model* pochází z rané prepsychoanalytické fáze vývoje Freudovy teorie, z doby jeho spolupráce s Breuerem. Předpokládá, že vzpomínky na psychotraumatizující zážitky se oddělují (disociují) od vědomí a způsobují potíže. V terapii je potřebné je znovu vybavit, nejlépe za pomoci hypnózy, a spolu s jejich afektivním doprovodem je odreagovat.
2. *Topografický model* druhé fáze dělí psychický aparát na tři systémy: nevědomí, předvědomí a vědomí. Cílem léčby v tomto modelu je učinit nevědomé vědomým. Terapeut pomáhá pacientovi překládat nevědomá hnutí mysli do srozumitelného jazyka a rozšiřovat jeho sebepoznání o dříve nepřijatelné oblasti.
3. *Strukturální model* třetí fáze chápe duševní život ve znamení tří psychických instancí: ono, nadjá a já. Ve všech těchto instancích působí vědomé i nevědomé složky. Léčebný zásah se uskutečňuje podle zásady: rozšiřovat oblast já na úkor onoho a nadjá.

Psychoanalýza byla jak nadšeně přijímána, tak ostře kritizována, a to z různých ideologických pozic. Často se odmítá jednostranně biologická determinovanost lidské psychiky, přecenění role sexuality a koncepce infantilního vývoje libida. Kritizuje se též přeceňování role nevědomí v lidském životě.

Za běžných okolností máme tendenci připisovat v řízení zejména složitějších psychických činností výlučnou roli vědomí. Skutečnost, že nevědomé motivy mohou ovlivnit probíhající vědomé chování, však lze prokázat i experimentálně. V pokusech, prováděných s M. Bouchačem při výukových demonstracích hypnózy, jsme zkoušeli vsugerovat hypnabilním pokusným

osobám z řad studentů, aby za určitou dobu po skončení hypnózy udělaly něco neobvyklého (např. vynesly během přednášky za dveře svoji aktovku, sejmuly spolužákovi brýle, napily se vody apod.). Některé osoby, které úkol provedly, si příkaz hypnotizéra vůbec nepamatovaly. Jejich jednání tedy bylo řízeno motivem, který neměl přístup do vědomí. Osoby se nezdálo, že pokoušely toto jednání více nebo méně úspěšně racionalizovat, tj. vysvětlit je nějakým přijatelným motivem. Například medička, která na základě posthypnotického příkazu vynesla z posluchárny svoji aktovku, uvedla na dotaz po příčině tohoto jednání, že „aktovka ve třídě překážela“.

### 1.1.1 Raný vývoj psychoanalytického hnutí

K prvním stoupencům psychoanalýzy patřili W. Stekel, A. Adler, C. G. Jung, S. Ferenczi, O. Rank, H. Sachs, E. Jones, K. Abraham, O. Fenichel, W. Reich, T. Reik, M. Eitington a další. Někteří pokračovali důsledně ve Freudově linii, mnozí z nich některá Freudova tvrzení odmítli a jiná pozměnili. Adler a Jung vytvořili zcela odlišné vlastní systémy hlubinné psychoterapie, o nichž pojednáváme zvlášť.

*Wilhelm Stekel* jako první odmítl Freudovy názory o onanii jako o faktoru vedoucím k aktuálním neurózám, stejně jako dělení neuróz na neurózy aktuální a psychoneurózy. Doporučoval zkoumat každou neurózu jak v dimenzi minulosti (infantilní jádro), tak i v dimenzi přítomnosti (aktuální konflikt) a budoucnosti (neurotický životní plán, podobně jako u Adlera). V desetisvazkovém díle „Poruchy pudového a afektivního života“ přinesl bohatý klinický materiál s kazuistickými terapeutickými rozbory. V terapeutické technice upouštěl od volných asociací a užíval spíše psychagogických metod. Snažil se v pacientovi vypěstovat zdravou životní filozofii, aktivně jej nabádal, aby se vzdal patologických životních návyků, které si v průběhu analýzy uvědomil. Využíval terapeuticky též kontaktů s pacientovým okolím, což Freud odmítal. Svůj postup nazval aktivní psychoanalýzou.

*Sandor Ferenczi*, maďarský psychoanalytik, se rovněž snažil o urychlení analytické terapie. Nejprve zkoušel autoritativnější formu přístupu k pacientovi s příkazy k omezování příjemných aktivit, což mělo podporovat vznik hostility pacienta k terapeutovi. Později přešel k opačnému důrazu na lásku a permissivnost. Zdůrazňoval, že na vznik neuróz má vliv nedostatek rodičovské lásky a péče v dětství. Terapeut, který se stává náhradou rodiče, má v terapii poskytnout uspokojení této nenaplněné potřeby lásky vytvořením vřelé permissivní atmosféry, má být pacientovi „dobrým rodičem“. Tento přístup byl v rozporu s Freudovým požadavkem terapeuta objektivního nezájmu o chování. Ferenczi podněcoval pacienty k návratu k infantilním zážitkům navozením jejich znovuprožívání v nové atmosféře, která měla poskytnout příležitost ke zpracování nevyřešených konfliktů.

*Otto Rank* považoval za základní psychické trauma člověka *porodní trauma*, spočívající v odloučení se dítěte od bezpečného prostředí mateřské dělohy. Úzkost spojená s tímto zážitkem se opakuje při každém pozdějším zážitku spojeném s odloučením od obvyklého bezpečného prostředí. Propagoval časově omezenou terapii vedoucí k překonání porodního traumatu a kladl důraz na konstruktivní rozvoj pacientovy vůle jako výrazu pozitivních sjednocujících a tvořivých aspektů jedince. K překonání



porodního traumatu považoval Rank za podstatné, aby si je pacient v terapii znovu prožil. Freud přijal myšlenku o významu porodního traumatu, ale odmítl Rankovy zevšeobecňující závěry. Rankovy podněty však znovu ožívají v transpersonální psychologii, v koncepci S. Grofa (1992) o významu perinatálních zážitků.

*Wilhelm Reich*, původem Rakušan, který za války emigroval do USA, vycházel z Freudovy myšlenky o závažnosti sexuálních faktorů v etiologii neuróz a ve své knize „Funkce orgasmu“ (česky 1993) ještě více zdůrazňoval význam úplného sexuálního uspokojení pro duševní zdraví. Opakované neúplné vybití libida a potlačování sexuálních pocitů souvisejících s represivním vlivem společnosti vede k chronickému městnání bioenergie a k neuróze. V knize „Analýza charakteru“ Reich ukázal, že duševní problémy jsou spojeny s určitým držením těla, mimikou a pohyby. Terapeut se může dostávat k problémům pacienta skrze pacientovy tělesné projevy, se kterými fyzicky manipuluje, zvýrazňuje je a mění je. Pozornost je třeba věnovat zejména svalovému napětí a dýchání, protože potlačení se projevuje ve svalových sevřeních. Člověk si vytváří charakterový a svalový pancíř, který je třeba odstranit. Pacient uléhá vyslečený na gauč, aby terapeut mohl manipulovat s jednotlivými uzly svalového napětí. Klient může napětí projevovat křikem, pláčem, nadávkami, údery či kopáním do podlahy. Postupně je veden k tomu, aby se poddal tělu a uvolněnému hlubokému dýchání. Toto uvolnění se začne projevovat také spontánními rytmickými pohyby pánve, které Reich nazval „orgasmový reflex“. Tento reflex se pak má přenést do pacientových sexuálních vztahů a umožnit dosahovat stavu „úplného orgasmu“, který vybijí městnající se energii a odstraní příznaky.

Reich byl rozporuplnou osobností. V pozdějších letech svého života začal vyrábět a prodávat skříňky, které měly akumulovat vesmírnou energii, „orgon“, a jako „orgonová terapie“ působit léčebně na různé somatické i psychické choroby. Tím se dostal do konfliktu s úředními kontrolními institucemi a byl odsouzen do vězení, kde nakonec zemřel. K Reichovým zásluhám patří, že podpořil terapeutickou práci s tělesnými projevy a rozvíjel terapii využívající katarze pomocí zaplavení. K Reichovu odkazu se hlásí současná škola bioenergetiky. Z Reichovy „Analýzy charakteru“ vyšel např. Lowen (1992) při vypracování své „bioenergetické analýzy“. Sám byl u Reicha tři roky v analýze a pracoval pod jeho supervizí. Z Reicha čerpá také Grof (1992), u něhož je práce s tělem a dechem součástí jeho metody holotropního dýchání.

Z ukázek je patrné, že už v raném období vývoje psychoanalýzy četní Freudovi žáci a spolupracovníci překračovali jak různé Freudovy teoretické předpoklady, tak i jeho základní zásady terapeutické práce. Od pouhého naslouchání a interpretování přecházeli k aktivnějším postupům, od vyhýbání se kontaktu s pacientovým okolím k přímým zásahům do něj, od neutrality k zaujímání postojů a poskytování směrnic, od trpělivého čekání na vynoření se nevědomého materiálu k přímému navozování a zesilování emocí a od distance k dotekům a fyzické práci s tělem.

Další rozvoj psychoanalýzy se vlivem nacistické perzekuce přenesl zejména do Anglie a USA. V Anglii se rozvíjela spíše ortodoxní psychoanalýza zejména zásluhou Freudova životopisce E. Jonese (1960), Freudovy dcery Anny Freudové a její rivalky Melanie Kleinové, které se zaměřily na psychoanalýzu dětí. V USA začali četní psychoanalytici postupně více zdůrazňovat vliv interpersonálních faktorů ve vývoji osobnosti i neuróz a podnítili vznik směru, který nazýváme dynamickou psychoterapií.

## 1.1.2 Současné proudy v psychoanalytickém hnutí

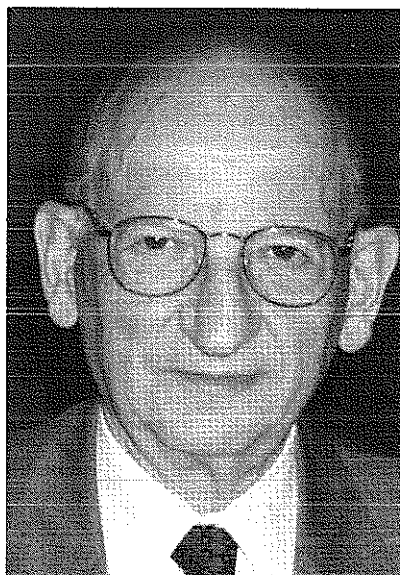
K nejvýraznějším „moderním“ proudům v současné psychoanalýze patří koncepce, které se označují jako egopsychologie, psychologie objektivních vztahů a self-psychologie.

Egopsychologii začal budovat *Heinz Hartman* (1939). Soustředil se na podrobnější pochopení „já“. Rozumí jím specifickou strukturu, jejíž vývoj je zčásti určen pudově, ale zčásti také interakcí s reálným světem. Zájmy ega se vyvíjejí z potřeby žít ve světě a být v něm úspěšný. Úkolem ega je mj. zajistit adaptaci jedince na vnější skutečnost a na zvládnutí vztahů s okolím.

Šebek (1991) poukázal na to, že již u Freuda se pojetí já postupně vyvíjelo od původních představ o automatickém regulování duševního života silou pudových přání směrem k většímu důrazu na vyšší duševní regulující funkce a že můžeme pozorovat posun od důrazu na princip slasti k většímu důrazu na *princip reality*, který patří k já. Hartman tímto směrem pokračuje dál a zároveň posunuje psychoanalytickou teorii i do oblasti studia normální nepatologické psychické činnosti. Zavádí pojem adaptace, který je spojen s úkolem zvládat realitu a věnit se do sociálního prostředí. Vývoj já je podle Hartmana autonomní a nelze jej odvodit z id.

*Margareta Mahlerová* (1975), dětská psychoanalytička, která z Vídně emigrovala do USA, přispěla k egopsychologii longitudinálním sledováním normálního i patologického vývoje dětí. Označila první, tj. novorozenecké období jako autistické, druhé, mezi druhým a čtvrtým měsícem, jako symbiotické (s matkou), třetí, sahající zhruba do tří let, jako proces separace a individualizace, který má tři dílčí stadia (diferenciační, praktikující a znovusblíživí), a čtvrté jako období dosažené individuality a stálosti ve vztahu k objektům. Ve čtvrtém období dítě už ve svém duševním životě vychází z určité představy o sobě a o druhých lidech jako od sebe oddělených a zároveň na sobě závislých „objektech“. Mahlerová zdůraznila *proces osamostatňování se dítěte* (separaci a individualizaci) jako podstatný faktor raného vývoje ega. Studiemi vycházejícími z přímého pozorování dětí přispěli k rozvoji egopsychologické teorie také R. Spitz, E. Jacobsonová a G. a R. Blanckovi (1974, 1979, česky 1992), kteří egopsychologii označují také jako psychoanalytickou vývojovou psychologii. Svůj postup nazývají „psychoterapií budující ego“, aby zdůraznili, že cílem léčby je vypracovat a uvést do činnosti funkce já, které u pacientů vázly. V terapii má docházet k *posilování ega*.

Volněji lze k egopsychologii přiřadit i práci *Erika Eriksona* (1950), který se vedle raných stadií vývoje pokusil propracovat i pozdější vývojová stadia přes adolescence, dospělost až do stáří. Sledoval především psychosociální vývoj a konfrontaci jedince s různými životními úkoly a konflikty, které podle něj nelze redukovat na opakování nevědomých konfliktů z dětství. Z osmi Eriksonem popsaných stadií odpovídají první čtyři do jisté míry stadiím popisovaným Freudem, ovšem s důrazem na jejich společenský obsah. V pátém stadiu, které odpovídá dospívání, je úkolem dosáhnout vlastní identity proti nejistotě a nejasnosti své role; v šestém stadiu, v období mladé dospělosti, je úkolem dosažení blízkosti s druhým člověkem proti setrvalosti v izolaci. V sedmém stadiu, v dospělosti, jde o vytváření něčeho prospěšného pro druhé, což stojí proti neúspěšné stagnaci, a v osmém stadiu, ve stáří, se jedinec s hlubším se koncem svého života vyrovnává buď dosažením vlastní integrity, nebo propadá beznaději.



OBR. 2 O. Kernberg

**Psychologie objektních vztahů**, reprezentovaná dnes zejména *Otto Kernbergem* (1976, 1984, 1999), zdůraznila vedle pudové určenosti lidského chování také určující vliv vztahů k lidem. Freud označuje vše, co je pro jedince vnější, jako „objekty“ (předměty), a to včetně druhých osob. Ty mají pro subjekt význam vždy jen ve vztahu k projevům pudů: mohou projevy pudů tlumit, usnadňovat nebo sloužit jako jejich cíl. Otto Kernberg přesunul důraz od pudů na vztahy k lidem, i když se nadále přidržuje Freudova pojmu objektů vztahů.

Autoři, kteří zcela opustili Freudovu teorii biologické (pudové) určenosti lidského chování a přešli na pozice sociální určenosti člověka, začali používat vhodnější pojem interpersonální vztahy (Sullivan a další). Nepočítají se však již k psychoanalytikům: jejich koncepce uvádíme v kapitole o dynamické psychoterapii. Ti, kteří zůstali pudové teorii alespoň zčásti věrni, mluví o vztazích k objektům, object relations, což se do češtiny překládá jako objektů vztahů. I některým současným pravověrným psychoanalytikům se však pojem nelíbí, jak ukazuje citát ze Sandlera aj. (1994): „Pudové nároky vztahuje (Freud) od nejranějšího vývoje dítěte k důležitým osobám jeho světa, k objektům, abychom použili nešťastně zvoleného neosobního termínu, jímž někteří psychoanalytici tyto emočně významné osoby častují.“

Kernberg se zabývá internalizací těchto vztahů ve vývoji jedince. Sleduje, jak rané představy o sobě (self) a o jiných (o objektech) a s nimi spojené afekty přispívají k vývoji normálních i patologických osobnostních struktur. Objektů vztahů jsou pro Kernberga vlastně záležitostí intrapsychickou, a nikoliv interpersonální: jsou to mentální reprezentace sebe i druhých.

Pojmy mentální reprezentace a internalizace je třeba blíže objasnit. Mentální či *duševní reprezentace* je relativně stálá představa něčeho, co bylo dříve vnímáno jako vnější. *Internalizace* je proces, kdy objekty vnějšího světa nabývají stálé duševní reprezentace, jednoduše řečeno proces, při němž se vjemy mění v představy. *Introjekce* pak je proces, při němž jsou funkce vnějšího objektu přebírány jeho duševní reprezentací, čímž je vztah k objektu „tam venku“ nahrazen vztahem k představovanému objektu „uvnitř“. Výsledná duševní struktura se nazývá introjekt nebo vnitřní objekt (Rycroft 1993).

Kernberg považuje za základní cihly ve výstavbě psychické struktury afektivně podbarvené vztahové jednotky. Skládají se z reprezentace sebe (představy o sobě), reprezentace objektu (představy o druhém člověku) a z afektivního podbarvení těchto reprezentací (pocitů, které prožíváme ve vztahu k tomuto člověku). Tyto jednotky se vytvářejí pod vlivem libidinózního a agresivního pudu. Z vývojového pohledu tyto struktury, tj. trvalé psychologické vzorce, vyplývají z toho, že dítě internalizuje rané vztahy s lidmi, zejména s matkou. Tento internalizovaný objektů vztah obsahuje již zmíněné tři složky: obraz o objektu z prostředí, obraz o sobě, či lépe o vlastní interakci s objektem, a pocit, který byl pod vlivem pudu při této interakci přítomen a který oba obrazy spojuje. Různé internalizované objektů vztahy jsou pak organizovány do světa vnitřních reprezentací, který v psychice představuje vnější svět a plně ovšem realitu světa neodpovídá, protože je ovlivněn proběhlými emocemi.

V psychopatologii se Kernberg zaměřil na porozumění tzv. *hraniční osobnosti*, která je v současné evropské klasifikaci chorob (MKN, 10. revize) označována jako „emočně nestabilní porucha osobnosti, hraniční typ“ (kód F 60.31). K symptomatice této poruchy patří snaha zbavit se osamocenosti, vytváření intenzivních ale nestabilních vztahů, určitá impulzivita se sebedestrujícím chováním, náladovost, chronické pocity prázdnoty, výskyt suicidálního chování, nepřiměřená zlost, přechodné psychotické zážitky nebo paranoidní chování a četné proměnlivé neurotické potíže úzkostného, fobického, obsedantního, hypochondrického i hysterického typu. Z hlediska psychologie objektů vztahů v pojetí Kernberga a dalších analytiků zde jde o nespecifické známky slabosti ega, nedostatečné ovládnutí impulsů a nedostatečnou sublimaci, o převahu primární procesualního myšlení, které se řídí představami a principem slasti a ignoruje zákony logiky, a o přítomnost specifických primitivních obranných mechanismů, k nimž kromě popírání vnější skutečnosti, primitivní idealizace a znehodnocování patří především štěpení a projektivní identifikace.

*Štěpení* znamená, že svět je v každém okamžiku vnímán buď jako ideálně dobrý, nebo jako úplně špatný. Vše je buď zcela nekriticky přijímáno, nebo zcela odmítáno, hodnocení se absolutizuje v extrémech, přičemž u hraničních osobností se někdy tyto extrémy rychle střídají. Nedochozí u nich ve vývoji ke schopnosti integrovat dobré a špatné ani v tomtež objektu (u určitého člověka a také u terapeuta), ani u sebe. *Projektivní identifikace* je obranným mechanismem, při němž pacient své nepřijatelné pocity a přání přemísť do jiné osoby, se kterou se pak snaží manipulovat tak, aby se podle jeho očekávání skutečně chovala a aby se mohl chovat podobně nebo komplementárně. Zůstává zachována „propejenost s tímto objektem“. Například pacient připíše vlastní agresivní impulzy jiné osobě a potom se cítí být obětí její domnělé agrese: jako napadený může s agresorem bojovat.

V léčbě těchto osobností navrhl Kernberg postup, který se liší od tradiční psychoanalýzy využíváním aktivní konfrontace pacienta s jeho obranami, zejména se štěpením. Pacienti nemohou být účinně léčeni pouhou interpretací přenosu a odporu, vyžadují

také podporu. Pacienti jsou však pro terapeuta velkou zátěží, dělají si bezohledně nároky na jeho čas a pozornost. Je třeba jim stanovit hranice jak proti jejich přílišné náročnosti, tak i proti jejich častému agování (projevování v chování) jejich agrese vůči terapeutovi. Systematicky se zpracovává negativní přenos, ale jen ve formě, která se projevuje zde a nyní, bez snahy o odkrytí celé historie. Tito pacienti projevují protikladné postoje k terapeutovi: snadno a rychle přecházejí od jeho idealizace ke znehodnocování, vidí ho jako úplně dobrého nebo zcela špatného, slabého či silného, milujícího nebo nenávídějícího, jeho výroky přijímají nekriticky nebo je zase zcela nekriticky odmítají. Tomu odpovídá i jejich rychle se měnící představa o sobě. Analytik se musí naučit pracovat s těmito protikladnými psychickými stavy a pomáhat pacientovi, aby je integroval do jednotného pohledu na sebe i na druhé.

Jako hlavního představitele psychologie objektních vztahů jsme zde uvedli současného vlivného amerického analytika O. Kernberga (nar. r. 1928 v Rakousku). Pro historickou přesnost je však třeba uvést, že to zpočátku byla *britská škola*, v čele s M. Kleinovou, W. Fairbairnem, D. Winnicottem a H. Guntripem, která teorie objektních vztahů začala rozpracovávat. Kernberg se z tohoto historického pohledu považuje spíše za autora, který se pokusil o syntézu teorie objektních vztahů s Freudovou klasickou teorií pudovou (viz Mitchell a Blacková 1999).

**Selfpsychologii** rozvinul chicagský analytik rakouského původu *Heinz Kohut* (1913–1981). Zaměřil se na pochopení tzv. narcistické osobnostní patologie, pro niž jsou příznačné poruchy sebehodnocení a neschopnost pacientů mít hodnotné vztahy s jinými lidmi. Dříve se tito pacienti považovali za neléčitelné psychoanalýzou. Kohut se domnívá, že namísto neúspěšných pokusů o odstraňování jejich narcismu ve prospěch vztahů k lidem je naopak třeba jejich sebelásku posílit, aby o sobě nemuseli ztrácet dobré mínění a vnímat jiné lidi jako rušivé činitele. Sám se dokázal do těchto pacientů vžít a tvrdil, že jsou schopni přenosu. Ve vztahu k analytikovi neopakují své postoje k důležitým osobám vcelku, ale jen k jejich některým izolovaným charakteristikám. Kohutova selfpsychologie chápe symptomy těchto pacientů jako projevy nedostatečné připravenosti na zvládnutí nároků běžného života. Cílem terapie je objevit a posílit zárodky ambicí a ideálů, podpořit vytváření osobní autonomie a také empatii, tvořivost a smysl pro humor.

Uvedený výklad je ovšem značně zjednodušeným pohledem na Kohutovu teorii. Chceme-li číst jeho poměrně obtížné a málo systematické práce (1971, 1977, česky 1991), musíme se pokusit porozumět některým specifickým pojmům. Pojem *self*, odlišující se od ego, je v psychoanalytické literatuře značně rozporuplným slovem, používaným v několika významech. Snad nejvýstižněji by jej bylo možno charakterizovat tak, že označuje způsob, jakým „já“ vidí a prožívá „sebe“, je tedy reprezentací sebe uvnitř ega. V češtině by jej v tomto smyslu bylo možno nahradit pojmem „sebepojetí“. Kohut sám však odmítá pojem *self* definovat a uvádí, že je ve svém základu nepoznatelné (1991, str. 112). Podobné potíže vznikají s pojmem *selfobjekt*, zavedeným přímo Kohutem. Je stavem splynutí zážitku sebe a zážitku objektu, který jedinec potřebuje ke svému uspokojení, nebo jinými slovy, jsou to osoby, které jsou prožívány jako součást *self* a využívány ve službě *self*. *Narcistická porucha osobnosti*<sup>3</sup> zahrnuje pojetí sebe jako jedince vševědoucího, dokonalého a s neomezenou mocí, jemuž má všechno sloužit.



OBR. 3 H. Kohut

Pacienti s touto poruchou přicházejí zpočátku s neurčitými potížemi. Stěžují si neurčitě na problémy v práci, nezám o sex, tendence ke zlosti, mohou být hypochondricky laděni a jsou příliš zaujati sami sebou. Někdy mají sklon k sebezpředvádění, jindy mohou společensky působit poměrně nenápadně. Příčinou tohoto osobnostního vývoje je podle Kohuta absence blízkosti, empatického porozumění a ocenění od rodičů v dětství spolu s absencí rodičovské postavy, kterou by si mohli idealizovat. V určitém vývojovém období dítě potřebuje vnímat samo sebe velikašsky („grandiózní self“) a získávat k tomu příslušné ocenění a obdiv a zároveň potřebuje mít ve svém okolí dokonalou osobu s rysy všemohoucnosti („idealizovaný objekt“), kterou by mohlo obdivovat a se kterou by se mohlo ztotožňovat. Pokud se mu toho nedostane, přenesou se tyto neuspokojené potřeby i do dospělosti. V terapeutické situaci se to opakuje, a proto vytváří narcistická osobnost dva druhy přenosu: *přenos zrcadlící*, oživující velikašské pojetí sebe s potřebou obdivu a se sebezpředváděním, a *přenos idealizující*, v němž je terapeut idealizován tak, aby se s ním pacient mohl identifikovat. Terapeut se nesnaží tuto idealizaci interpretacemi zrušit, ale zajišťuje empatické porozumění, které pomůže uspokojit neuspokojené potřeby z dětství a tak napomoci osobnostnímu dozrání.

Do psychoanalytického chápání i terapie hraničních a narcistických osobností zasáhl v USA významně také J. Masterson svým „Mastersonovým přístupem“ (např. 1981, 1995), jehož některé výkladové principy a z nich vyplývající terapeutické postupy se od Kernbergových i Kohutových liší.

Do vývoje současné psychoanalýzy zasáhli i mnozí další autoři, které zde již nemůžeme uvádět. Pracovní skupiny, dílčí směry či školy se nezdálo rozvíjely do té míry izolovaně, že i používaná terminologie se jim stávala vzájemně nesrozumitelnou. V souvislosti s nejnovějšími integračními snahami se proto hovoří o „srovnávací

<sup>3</sup> Narcistická porucha osobnosti má v americkém DSM IV samostatný kód 301.81 a v MKN 10 je zařazena pod „Jiné specifické poruchy osobnosti“, kód F 60.8.

psychoanalýze“, která má zajistit obecný pojmový rámec a objasnit důležité oblasti rozdílů i shod (Greenberg a Mitchell 1983).

Závěrem *doporučení literatury k dalšímu studiu*. O. Kučera uspořádal s citlivými komentáři a zasvěceným doslovem výbor nejdůležitějších Freudových spisů do tří svazků vydaných v Avicenu (1968, 1969, 1971), v reedici pak ve dvou svazcích (1991 a 1993). Od r. 1996 vycházejí péčí J. Kocourka Freudovy sebrané spisy, plánované do 17 svazků.

J. Kocourek začal po pádu totalitního režimu záslužně vydávat ve vlastním Psychoanalytickém nakladatelství také překlady děl významných psychoanalytiků, např. Kohutovu „Obnovu self“ (1991), Blanckových „Ego psychologii“ (1992), Sandlera aj. „Pacient a analytik“ (1994) a velmi užitečný Rycroftův „Kritický slovník psychoanalýzy“ (1993). Vydal též vlastní přehledovou studii „Horizonty psychoanalýzy“ (1992), zachycující mj. i vývoj psychoanalýzy u nás, a práci pražského psychoanalytika V. Mikoty „O ovlivňování duševních chorob“ (1995). Mikota napsal též výstižné přehledové stati „Psychoanalytické teorie v psychiatrii“ a „Psychoanalytická léčba“ do učebnice psychiatrie (2003).

Dva svazky rozsáhlého díla současných německých psychoanalytiků z ulmské školy, Thomäho a Kächeleho, „Psychoanalytická praxe“ (1993, druhý díl 1996) s předmluvou J. Ženatého představují již náročné čtení a vyžadují zběhlost v psychoanalytickém způsobu myšlení.

Osudy S. Freuda a vývoj jeho názorů zajímavě zpracovala francouzská germanistka M. Robertová v knize „Psychoanalytická revoluce“, která vyšla ve slovenštině (1968). Množství zajímavých fotografií a dokumentů z Freudova života soustředil P. Babin v brožurce „Sigmund Freud, tragédie nepochopení“ (1994). Výstižný a kritický je přístup A. Storra v malé knížce „Freud“ (1994), důkladně informuje kniha českého autora M. Černouška „Sigmund Freud, dobyvatel nevědomí“ (1996). Vynikající literární esej o Freudovi napsal Stefan Zweig v knize „Léčení duchem“ (1981, 1998).

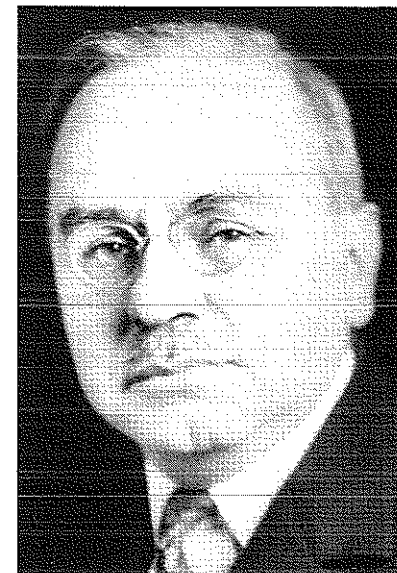
Život a dílo S. Freuda je podrobně zpracováno jeho přímým žákem a životopiscem E. Jonesem ve třísvazkovém díle „Das Leben und Werk von Sigmund Freud“ (1960–62). Vyčerpávající přehled vývoje freudismu i dalších koncepcí hlubinné psychologie je v německé práci D. Wyse „Die tiefenpsychologischen Schulen von Anfängen bis zur Gegenwart“ (1966). Začlenění psychoanalýzy do široce pojaté historie světové psychoterapie najde zájemce v poutavé knize H. Ellenbergera „The history of the unconsciousness“ (1970).

Současné proudy konfrontují knihy Greenberga a Mitchella „Object relations in psychoanalytic theory“ (1983) a St. Claira „Object relations and self psychology: an introduction“ (1986). Do češtiny byly přeloženy výborné informativní monografie Mitchella a Blackové „Freud a po Freudovi“ (1999) a J. Sayersové „Matky psychoanalýzy“ (1999). Další informace poskytnou překlady děl J. Schwartze „Dějiny psychoanalýzy“ (2003) a Fonagyho s Targetovou „Psychoanalytické teorie“ (2005).

Z moderních příspěvků k psychoanalýze je třeba ještě poukázat na práce francouzských analytiků, zejména J. Lacana (1966, 1975), který hledá opěrné body pro psychoanalýzu v lingvistice. V češtině najdeme zmínky o jeho koncepci v překladu monografie L. Chertoka „Nepoznaná psychika“ (1986), která obsahuje též úvahy o historii psychoanalýzy ve vztahu k hypnóze.

## 1.2 Adlerovská psychoterapie

Alfred Adler (1870–1937), který nazval svůj směr individuální psychologií, se narodil ve Vídni jako syn obchodníka s obilím. Měl čtyři bratry a dvě sestry. V dětství byl slabý a často nemocný, trpěl rachitidou. Cítil se méněcenným vůči staršímu bratru, který byl fyzicky zdatný,



OBR. 4 A. Adler

i vůči dětem ze sousedství. Postupně se mu však podařilo začlenit se do společenství dětí a získat si uznání. Ačkoli se zpočátku také špatně učil, podařilo se mu vlastním úsilím stát se nakonec výborným studentem. Už ve čtyřech letech, když těžce onemocněl, se rozhodl stát se lékařem a svůj plán uskutečnil. Lékařskou dráhu začal jako oční lékař, později byl úspěšným praktickým lékařem. Seznámil se s Freudem, připojil se k jeho skupině a stal se dokonce předsedou Vídeňské psychoanalytické společnosti. V roce 1907 vydal studii o méněcennosti orgánů a její kompenzaci. V roce 1911 se odtrhl od Freudovy skupiny a začal prosazovat svou vlastní koncepci. Ve Vídni založil první dětskou poradnu, podle jejíhož vzoru vznikala psychologicko-výchovná poradenská služba. Často přednášel ve Spojených státech, kde se jeho dílo setkalo s příznivým ohlasem. Jeho syn Kurt a dcera Alexandra individuální psychologii v USA dále rozvíjeli.

Individuální psychologie považuje ve shodě s psychoanalýzou nevědomí za významného činitele v duševním životě, jeho obsah si však představuje jinak. Pro lidský vývoj není rozhodující sexuální pud, ale *životní cíl*. Cíl určují dva faktory: potřeba začlenit se do společnosti („společenský cit“, pocit sounáležitosti či společenský zájem) a potřeba jedince se v této společnosti *uplatnit* a prosadit (potřeba sebeuplatnění, touha po moci, potřeba dosáhnout dokonalosti nebo nadřazenosti).

Individuální psychologie chápe tedy jedince ve vztahu ke společenskému prostředí a přikládá vzájemné interakci jedince a společnosti zásadní význam ve vývoji. Duševní život se utváří nikoli vnitřní dynamikou vývoje biologických pudů, ale sociálním prostředím. Této sociální určenosti však Adler vymezuje určité hranice, počítá se schopností člověka dělat vlastní závěry. Člověk nereaguje na prostředí pouze pasivně, ale zaujímá k němu též *vlastní postoj*. Různé postoje pak umožňují různý způsob vnitřního zpracování stejných vnějších vlivů.

Podobně jako Freud zdůrazňuje i Adler význam raného věku. Individuální psychologie se však zaměřuje zejména na tzv. *rodinnou konstelaci*, tj. postavení mezi sourozenci, které podněcuje vytváření osobnostních rysů. Nejstarší dítě má převahu zajištěnou svým věkem. Bývá spíše konzervativní, strážce pořádku, snaží se udržet si to, co mělo. Druhé dítě musí od počátku bojovat za své sebeuplatnění, dráždí ho, že je někdo před ním, a touha po vyniknutí se u něj značně zesiluje. U nejmladšího dítěte se může vyvinout pohodlnost a rozmazlenost. Nemusí soutěžit, vše se mu odpouští, předpokládá, že ostatní mu budou vždy sloužit. To, že je nejmenší, a proto mu nelze nic svěřit, je však může dráždit a touha po moci může také nabýt větší důrazu. Snaží se pak předstihnout všechny ostatní. U dívek, které mají v dané kultuře podřízené postavení, může vzniknout tzv. mužský protest, spočívající v útěku od „role ženy“: dívka si osvojuje mužské způsoby chování a snaží se muže předstihnout výkony v oblastech považovaných za typicky mužské.

Na základě vrozené tendence, kterou Adler nazval společenským citem, touží člověk především po tom, aby se včlenil do lidské společnosti. Při této snaze dochází však k obtížím pro některé nedostatky, které má ve svém tělesném nebo psychickém vybavení ve srovnání s ostatními. Jedinec se pak cítí poníženy, odstrčený, „dole“. Tak se rozvíjí *pocit méněcennosti* a ten podněcuje úsilí o uplatnění. Vzniká snaha po kompenzaci pocitu méněcennosti, snaha, aby člověk zrušil převahu jiných, ať už je tato převaha skutečná, nebo domnělá. Adler mluví o tom, že „veškeré jednání člověka je určeno cílem, kterým není nic jiného než převaha, moc a překonání druhého“. Záleží na *odvaze* jedince, zda se pocit méněcennosti stane hnací silou rozvoje osobnosti a povede ke kompenzaci, popř. až k *překompenzování*, ať už v téže oblasti, z níž pramení (koktavý se stane úspěšným řečníkem), nebo v oblasti jiné (tělesně handicapovaný vynikne v duševní činnosti), či zda povede – při ztrátě odvahy – k neuróze. Existuje také asociální reagování vlivem tzv. *znehodnocovací tendence*, snahy podrazit, pomluvit nebo jinak poškodit osoby, které jedince předčí, a tak získat převahu.

Neuróza má zabezpečit člověka před prožíváním vlastní bezcennosti. Je to fiktivní zvýšení hodnoty. Za veškerou neschopností stojí výmluva na nemoc: „Kdybych nebyl nemocen, já bych toho dokázal (...)“. Aby se zachránil pocit vlastní hodnoty, přesouvá se plná výkonnost do oblasti nedosažitelné fikce a selhání se přičítá na vrub nemoci. V pojetí individuální psychologie je tedy neuróza vlastně „*útěk do nemoci*“. Nemoc umožňuje vyhýbat se situacím, v nichž by se projevila nedostatečnost jedince. Nemoc dává pacientovi současně určitou převahu nad zdravými: má právo vyžadovat ohleduplnost, pozornost a péči a někdy tím dosahuje větší moci, než by mohl dosáhnout jako člověk zdravý.

Pro praktický psychoterapeutický postup vyplývají z uvedené adlerovské neurozoologie tyto hlavní zásady:

- a) *Poznat pacientův nerealistický životní plán.* Psychoterapeut si klade otázky: Co by se změnilo, kdyby byl pacient zdravý? Umožňuje pacientovi jeho stav vyhýbat se některým situacím nebo nějakému rozhodnutí? Psychoterapeut analyzuje pacientovu motivaci, jeho postoje, osobnostní strukturu a životní styl. Směřuje přitom i do úševství, k posílení raných vzpomínek a ke zhodnocení vlivu rodinné konstelace.

- b) *Vést pacienta ke změně životního stylu.* Pacient má ke svému životu zaujmout realistický postoj. Má se vzdát přání dosáhnout nebo znamenat víc, než je přiměřené jeho skutečným schopnostem, a vzdát se výhod, které mu může přinést neuróza.
- c) *Dodávat odvalu.* Terapeut povzbuzuje pacienta k tomu, aby na sebe postupně bral reálné úkoly a aby směřoval k činnorodému řešení svých hlavních životních úkolů ve třech nejdůležitějších oblastech, kterými jsou povolání, společenské vztahy a láska.

Pro zdravou osobnost je charakteristické, že se vyrovnává se skutečnostmi a úkoly života tak, že projevuje pocit sounáležitosti, odvalu a zdravý rozum (common sense).

Adlerovského přístupu, který působí jednoduše a srozumitelně, se hodně využívalo v poradenství a v psychoterapii dětí a mládeže. Jako ukázkou současné aplikace adlerovských principů na oblast moderní manželské terapie uvedme několik poznatků z příručky Ch. Hubera a L. Barutha (1981), v nichž je zachycena většina základních adlerovských pojmů.

Lidské chování je zaměřeno na *dosahování cílů*. Destruktivní chování v manželství zpravidla sleduje jeden z těchto cílů: 1. *zastírání vlastních nedostatků* a tak *překonání pocitů méněcennosti*, 2. *připoutání pozornosti* k sobě, 3. *získání moci* a *překonání partnera* a 4. *odplatu*, tj. vyrovnání, potrestání či pomstu za skutečné či domnělé křivdy. Tyto cíle je třeba v různých druzích destruktivního chování odhalit a podle zjištěného cíle na takové chování diferencovaně reagovat: v prvním případě *povzbuzováním*, aby partner mohl své nedostatky překonat a pocit méněcennosti vhodně kompenzovat, v druhém případě ignorováním destruktivních manévřů k upoutání pozornosti a *poskytováním dostatečné pozornosti partnerovi v době, kdy jedná konstruktivně*, ve třetím případě stáhnutím se a řešením sporných problémů až po opadnutí emocí (tj. *až reálný problém přestane kontaminovat otázka „kdo je tu pánem?“*) a ve čtvrtém případě ignorováním „*revanše*“ a *projevením dobré vůle*.

Adlerova koncepce přináší řadu praktických poznatků pro pochopení motivace jedince, pro psychoterapii i pro výchovné a manželské poradenství. Teorie je optimističtější než Freudova a terapeutický postup podstatně jednodušší. Jsme spíše pány svého osudu než jeho obětmi. Nejsme ovládáni nevědomými silami, svoje životní cíle si můžeme aktivně stavět a svůj životní styl vědomě ovlivňovat. Četba knihy „Člověk jaký jest“ může být i dnes příjemným osvěžením. Kolem sebe můžeme vidět v každodenním životě mnoho skutečností, které odpovídají Adlerovým bystrým pozorováním. Mnoho původních Adlerových myšlenek bylo přejato pozdějšími autory bez uvádění pramenů. I v jeho pracích jsou nadměrná zevšeobecnění, ale jako důležitý přístup lze adlerovskou psychoterapii snadno začlenit do integrativního pojetí psychoterapie.

Za první republiky byla do češtiny přeložena Adlerova poutavě napsaná kniha „Člověk jaký jest“ (1935) a rovněž Dreikursův přehledný „Úvod do individuální psychologie“ (1937). Nyní přeložil Z. Vybíral tři menší Adlerovy studie, „Umění rozumět“ (1993), „Psychologie dětí“ (1994) a „Smysl života“ (1995), nověji vyšlo „Porozumění životu“ (1999). Přehled Adlerova učení podala ve skriptech o psychologii 20. století S. Hermochová (1971). V brněnském psychologickém ústavu přeložili malou výstižnou brožurku „Adlerovská teorie“ od E. Dreikursové-Fergusonové (1993). K publikačně činným stoupencům Adlerova učení na Západě patřil hlavně R. Dreikurs, který vedl adlerovské středisko v New Yorku. Systematický výklad adlerovské psychologie je obsažen v práci A. a R. Ansbacherových „Alfred Adlers Individualpsychologie“ (1972).





OBR. 5 C. G. Jung

### 1.3 Jungovská psychoterapie

C. G. Jung (1875–1961) byl Švýcar, syn evangelického faráře. Manželství jeho rodičů bylo konfliktní. Otec trpěl pochybnostmi ve víře, syn ho považoval za slabého a bezmocného, vzájemně se odcizili. Matka byla neatraktivní, obézní, neurotická a rozpolcená, takže vlastní zkušenosti z dětství usnadnily Jungovi později odmítnutí Freudova oedipovského komplexu. Nechodil rád do školy, vyhýbal se druhým dětem, raději si sám četl. Trpěl neurotickým omdláváním, které mu umožnilo nějakou dobu se škole vyhýbat. Již v dětství měl sklon ke snění a pozoroval na sobě různé úrovně prožívání. Rozvíjel své široké filozofické a kulturní zájmy. Vystudoval lékařství a specializoval se na psychiatrii. Pracoval nějakou dobu na psychiatrické klinice v Curychu, vedené E. Bleulerem. V počátcích své odborné dráhy publikoval významnou práci o asociačním experimentu. Seznámil se s Freudovým přístupem a s Freudem se osobně spřátelil. Stal se jednou z vedoucích postav mezinárodního psychoanalytického hnutí, Freud ho dokonce označoval za svého nástupce. Postupně se však s Freudem odborně i osobně rozešel.

Začal rozvíjet koncepci archetypů a kolektivního nevědomí. Opakovaně cestoval za odlišnými kulturami do Afriky, Asie i Ameriky, aby našel doklady pro své názory. Svůj přístup nazval analytickou psychologií. Byl otcem pěti dětí, manželka se účastnila jeho odborného života. V Bollingenu u curyšského jezera si po etapách po tři desetiletí budoval podle svých představ neobyklý dům, tzv. bollingenskou věž.

Z Jungova učení vešla v širokou známost zejména typologie, dělíci lidi na extraverty a introverty, a dále metoda asociačního experimentu jako prostředku k odkrývání nevědomých komplexů. *Komplex* je nevědomý a do značné míry osamostatněný soubor představ a tendencí. Může blokovat přirozený běh duševního života a může se projevovat až jako druhé já, které stojí v protikladu k vědomému já. Je-li silně afektivně nabitý, může dokonce převládnout v usměrňování psychické činnosti. Z hlediska

„já“ jsou čtyři možné vztahy ke komplexu: naprostá neznalost jeho existence, identifikace, projekce a konfrontace. Pouze konfrontace může vést k plodnému vyrovnání se s komplexem a k jeho rozřešení.

V praktické práci s pacientem viděl Jung první úkol psychoterapie v objasňování nevědomých souvislostí. Na rozdíl od psychoanalýzy sedí pacient v pohodlném křesle proti terapeutovi jako při přátelské rozmluvě a čeká na vynořování duševních obsahů, které souvisejí s komplexem obsahujícím pacientův hlavní problém. Psychoterapie postupuje v sedmi stupních, které zahrnují: 1. snížení prahu vědomí, aby se mohly vynořovat obsahy nevědomého, 2. vynořování obsahů nevědomí ve snech a představách, 3. zachycení a uchování těchto obsahů ve vědomí, 4. prozkoumání a pochopení smyslu jednotlivých obsahů, 5. začlenění tohoto smyslu do celkové situace jedince, 6. přivlastnění a zpracování nalezeného smyslu a 7. organické včlenění problému do celkové psychiky pacienta (Jacobiová, 1992).

Podstatnou součástí je *analýza snů*. Sen „mluví“ v obrazech, myšlenky se objevují v archaické řeči. Pro porozumění snům je proto důležité studovat projevy dětí a primitivních národů. Na rozdíl od Freuda chápal Jung sny jako přirozené spontánní nezahalované vyjádření nevědomých procesů. Potíže při jejich výkladu nejsou zaviněny freudovským cenzorem, způsobujícím „přestrojení“, ale tím, že sny nehovoří jazykem bdělého života. Svůj výraz nacházejí v symbolickém jazyce. Aby člověk sen pochopil, musí se naučit tomuto jazyku rozumět. Většina snů má podle Junga „kompenzační funkci“: pomáhají dostat z nevědomí do vědomí to, co ve vědomí chybělo. Kromě výkladu snů je součástí psychoterapeutické práce také využívání *aktivní imaginace*, kdy si má pacient vyvolat nějaký dojem, snovou představu nebo fantazii, soustředit se na ni a nechat ji rozvíjet.

Jung rozšířil Freudovu definici libida: *libido* znamená veškerou psychickou energii, nejen energii sexuální. Je obecnou dynamickou silou. Pojem nevědomí rozšířil Jung tak, že k osobnímu nevědomí připojil ještě *kolektivní nevědomí*, které podle něj obsahuje zkušenosti celého lidstva a jeho kultury, předané každému jedinci. Charakteristické obrazy či vzorce, v nichž se tyto zkušenosti vyjadřují, nazval *archetypy*. Jsou to pravzory pocitů a poznání a pravzory lidské existence vůbec. K významným archetypům patří persona (maska, role, kterou jedinec hraje na veřejnosti), stín (soubor primitivních impulzů, ale i spontaneity a tvořivosti), anima (ženské prvky v mužské psychice), animus (mužské prvky v ženské psychice), „self“ (celost a integrace osobnosti) aj.

*Stín* představuje stinné stránky naší osoby, nepříjemné a nemorální aspekty našeho já, k nimž se nechceme hlásit. Jsou v něm opačné tendence, než je námi zvolená forma života, je to naše odvrácená strana. Nemusí být vždy hodné zavržení, patří k nim i normální instinkty a tvůrčí impulzy. Živá postava stín potřebuje, bez něj by byl život neúplný a plochý.

*Anima a animus* vycházejí z představy, že v každém jedinci jsou kromě jeho přirozené maskulinity či femininity přítomny také rysy odpovídající opačnému pohlaví. Personifikací ženské povahy v nevědomí muže je anima a personifikací mužské povahy v nevědomí ženy animus. Jsou to vstřípené obrazy zkušeností předků s bytostmi opačného pohlaví a přispívají k porozumění druhému pohlaví. Mohou se také promítat na osoby opačného pohlaví v našem okolí a mohou být jednou z příčin mimořádné přitažlivosti. Animus nese rysy racionality, moci, bezcitnosti a umíněnosti, představuje spontánní utváření názoru, který ovládá city. Anima je jemnější, vřelejší a citovější, představuje spontánní utváření citu.

*Moudrý stařec* či starý mudrc je personifikací duchovního principu, je univerzální postavou ve světových náboženstvích a v mytologii. Jeho protějškem je velká matka země, která představuje chladnou a hmotnou přírodní podstatu. Tyto archetypy mají podle Junga odrážet vlastní podstatu muže a ženy: muž je svou podstatou duchovní, žena materiální.

*Archetyp otce* vystupuje symbolicky v podobě otce tvůrce, otce trestajícího a otce milujícího. K těmto fantazijním a snovým zážitkům se hledají mj. analogie v Bibli, kde lze nalézt cholerického trestajícího otce Starého zákona a dobrého otce Nového zákona. Rovněž v ontogenetickém vývoji si dítě vytváří obraz otce nebezpečného a ohrožujícího i otce laskavého a vlídného.

*Archetyp matky* se vyskytuje v podobách matky země, pečující a ochraňující nebeské matky, bohyně plodnosti, či temné mateřské bohyně, která pohlcuje, svírá a omezuje.

*Self* jako archetyp znamená u Junga něco jiného než self u současných psychoanalytiků, kde představuje pohled na sebe, sebezpojetí. V jungovské psychologii je self „pravé já“, „úplné bytostné já“, jímž se završuje proces osobnostního zrání. Je to celost, která je nadřazena vědomému „já“ a zahrnuje jak vlastní bytost vědomou („já“ – ego), tak složku nevědomou.

Jung předložil optimističtější pojetí lidské přirozenosti než Freud. Jsme motivo-vání zrát, zlepšovat se a rozvíjet. Vývoj není rozhodnut v dětství, ale pokračuje během celého života, přičemž závažné jsou zejména *změny ve středním věku*, mezi 35 a 40 lety, kdy může docházet ke krizím. Pro mnohé lidi je to podle Junga doba, kdy vyřeší své základní pracovní a rodinné vztahy, ale ztrácejí nadšení a mohou pocíťovat prázdnotu. Zatímco první polovina života je zaměřena navenek a jejím úkolem je *socializace*, stát se společenským člověkem, splnit svoje úkoly ve společnosti a v rodině, druhá polovina by měla být zaměřena spíše dovnitř a měla by směřovat k integraci všech vědomých a nevědomých složek osobnosti, kterou Jung nazývá *individuace*. Člověk se má stát sebou samým. V procesu individuace dochází postupně k posunu v archetypech, který má 4 stadia. V prvním stadiu jde o přiznání si destruktivních sil v našem stínu a uznání temné stránky naší přirozenosti. Ve druhém stadiu bychom měli přijmout i rysy opačného pohlaví, tj. animu u mužů a anima u žen. Ve třetím stadiu se vyrovnáváme s moudrým starcem a matkou zemí a ve čtvrtém bychom pak měli dosáhnout svého integrovaného, pravého „plného já“.

Pomoc při uvedeném procesu individuace je Jungem chápána jako podstatná součást terapeutické práce. Značná část Jungových pacientů byla ve druhé polovině života a mnozí trpěli bezcílností života a strachem ze smrti. Snažil se jim najít jejich vlastní filozofickou orientaci. V používání metod byl Jung pružný, postup přizpůsoboval osobnosti jednotlivého pacienta. Začínal čtyřmi konzultacemi za týden a postupně je omezoval na 1–2krát týdně. Využíval metody odreagování, interpretace, podporu i výchovné působení, již zmíněnou analýzu snů a aktivní imaginaci, kreslení i pohybové techniky. Kladl důraz na prožívání, protože pouhé intelektuální porozumění nestačí. Rozlišoval mezi cílem psychoterapie u lidí v první polovině života, kteří teprve budují vnější život, a ve druhé polovině života, kdy je psychologickým úkolem cesta do nitra k individuálnímu naplnění.

Od terapeuta Jung požaduje, aby se vcítoval do tajemství nemocného. Domnívá se, že i zdánlivě nepochopitelné chování a bludy schizofreniků jsou reakcemi na lidské citové problémy a mají smysl. Jungova psychologie nachází u psychóz i neuróz množství motivů, které spontánně a univerzálně vystupují v mýtech, pohádkách a fantaziích. Jung věnoval zkoumání mytologických motivů velkou část své práce.

Jungovy spisy, které čítají 20 svazků, jsou značně nesystematické. Někteří jeho žáci, např. Jolanda Jacobiová, se to pokusili napravit a sestavit systematictější výklad jeho učení (1992). Jungův poněkud neobvyklý pojem „individuace“ je předchůdcem pojmů seberealizace a sebeaktualizace, dobře známých ze současné humanistické psychologie. Jungova pozornost věnovaná prožitkům osob středního a staršího věku byla vděčně přijata jako významné doplnění zájmu věnovaného dětství. Jeho orientace na subjektivní prožitky, fantazii, oblasti mytologie, náboženství, parapsychologii, pohádky a sny vedla k ignorování jeho učení pragmaticky zaměřenými zastánci kognitivní, behaviorální a komunikační psychoterapie, zatímco ji ocenili např. v transpersonální psychologii (Grof 1992), v Assagioliho psychosyntéze (1976) a Mindellově procesorientované psychoterapii (1993).

Jungově analytické psychologii lze vytknout, že pojmy v ní nejsou jednoznačně definovány a někdy se používají v různém smyslu a že jeho koncepce archetypu a kolektivního nevědomí jsou záležitostmi spíše víry než empirické ověřitelnosti. Současní příznivci Junga však přistupují k jeho pracím s velkou citlivostí, obdivem a pietou, odhalují bohatství a moudrost v jeho myšlenkách a při dojmu protiřečivosti, rozporů a nejasností doporučují nad Jungovými podněty meditovat a vstřebávat je postupně (Bětlák 1995). Zdá se, že užitek ze systematického studia Jungových spisů může mít čtenář osobnostně vyladěný nebo disponovaný sklonem k introverzi, meditaci, duchovnu a filozofickému myšlení, nebo se k němu musí propracovat životní cestou s hledáním, utrpením, zklamáním a pochybnostmi.

Rychlou orientaci v základních pojmech jungovské psychologie a psychoterapie poskytne Hopckeho „Přůvodce po sebraných spisech C. G. Junga“ (1994). Uceleněji se je pokusil vyložit H. Široký (1971, reedice 1990). Nyní je v překladu přístupná i systematická práce J. Jacobiové „Psychologie C. G. Junga“ (1992). Brněnská pracovní skupina navazující na podněty H. Širokého (K. Plocek, L. Bětlák aj.) se postupně snaží zpřístupnit původní Jungovy práce. V monografii „Analytická psychologie, její teorie a praxe“ (1993) je obsaženo pět Jungových přednášek přednesených v r. 1935 na Tavistocké klinice v Londýně, v nichž se pokoušel vyložit tehdejší stav svého pojetí. Soubor kratších významných statí, vybraných a přeložených K. Plockem, vydal Atlantis pod názvem „Duše moderního člověka“ (1994). Na konci knihy vylíčil Plocek poutavě významné události z Jungova života. Konečně pod názvem „Člověk a duše“ (1995) vyšel výběr zajímavých Jungových myšlenek ve formě citátů z jeho děl, seřazených podle základních okruhů jeho zájmů, které sestavila jeho spolupracovnice J. Jacobiová. Jungovo pojetí procesu individuace výstižně charakterizoval T. Halík (1996). Od roku 1996 začaly v Brně vycházet Jungovy vybrané spisy, plánované do devíti svazků.

Jungovsky orientované jsou publikace J. Hillmana („Klíč k duši“, 2000) a V. Kastové, jejíž díla do češtiny překládá J. Vašková: „Krise a tvořivý přístup k ní“ (2000) a „Dynamika symbolů“ (2000). Vyšly též knížky o snech, které podstatnou měrou čerpají z jungovské analýzy: J. Hefermanová „Tajemství dvou partnerů“ (1995), E. Aepli „Psychologie snu, včetně 500 symbolů ve snech“ (1966) a J. Hillman „Sny a podsvětí“ (1999).

## Kapitola 2

# Dynamická a interpersonální psychoterapie

Dynamická psychoterapie odvozuje svůj vznik od psychoanalýzy, od níž přijala koncepci o významu nevědomé psychické činnosti a intrapsychických konfliktů a o významu zážitků z dětství. Současně se však vyvíjela v protestu proti jednostrannému biologizujícímu a sexualizujícímu pojetí psychoanalýzy a přesunula důraz na sociální faktory a na současné problémy v interpersonálních vztazích.

Dynamická psychoterapie zkoumá interpersonální vztahy a současné (aktuální) konflikty pacienta, v nichž lze často odhalit důsledky maladaptivního sociálního chování pacienta, který si tímto chováním konflikty spoluvytváří, zhoršuje nebo opakuje. Takové chování pak nezřídka souvisí s jeho minulými zkušenostmi, odráží se v něm dřívější (bazální) konflikty, frustrace a traumatické zážitky. Dynamická psychoterapie chce pomoci pacientovi, aby porozuměl a) vlastnímu podílu na opakujících se problémech a b) souvislostem mezi současným nepřizpůsobivým chováním, postojem či prožíváním a významnými dřívějšími zážitky. Směřuje k dosažení náhledu, k prožití emoční korektivní zkušenosti, přezkoušení nového chování na základě opravených postojů a k dosažení úspěšné sociální adaptace.

K průkopníkům tohoto dnes velmi rozšířeného přístupu patří zejména K. Horneyová a H. Sullivan (kteří se spolu s E. Frommem<sup>4</sup> řadí k proudu tzv. kulturní psychoanalýzy) a F. Alexander. K dalšímu vývoji přispěli interpersonální diagnostikou T. Leary a tvořivým rozvinutím skupinových technik J. Moreno, dále J. Masserman, L. Wolberg a další. Ruskou verzí dynamické psychoterapie je patogenetická psychoterapie V. N. Mjasiščeva, rozpracovaná dnes B. D. Karvasarským a G. Isurinou pod názvem osobnostně orientovaná (rekonstruktivní) psychoterapie. Novější

<sup>4</sup> Erich Fromm (1900–1980) se zabýval spíše sociologickými, filozofickými a etickými otázkami než teorií psychoterapie, a proto ho v tomto přehledu podrobněji neuvádíme. Zájemce odkazujeme na české překlady jeho esejistických děl „Strach ze svobody“ (1993), „Mít nebo být“ (1994), „Umění být“ (1994), „Budete jako bohové“ (1993), „Umění milovat“ (1996), „Lidské srdce“ (1996) nebo „Anatomie lidské destruktivity“ (1997) a na zajímavou monografii o jeho životě a díle od R. Funka „Erich Fromm“ (1994).



OBR. 6 K. Horneyová

přístupem, u nějž byl proveden i důkladný výzkum účinnosti, je interpersonální psychoterapie Klermana a Weissmanové. K dynamické psychoterapii mají blízko také některé z přístupů, které se označují jako „psychoanalytická terapie“ (na rozdíl od klasické či tradiční „psychoanalýzy“) nebo jako krátká psychoterapie s psychoanalytickou orientací.

## 2.1 Pojetí Karen Horneyové

Karen Horneyová (1895–1952) se narodila ve vesnici nedaleko Hamburku jako druhé dítě padesátiletého norského kapitána, který byl zbožný, pánovný, uzavřený a nevrlý. O 17 let mladší matka byla atraktivní, živá a svobodomyšlná. Manželství rodičů bylo konfliktní. Karen se cítila odmítána otcem, který kritizoval její vzhled i inteligenci, a pochybovala, zda ji rodiče vůbec chtěli. Chyběla jí v rodině láska a pocit bezpečí. Snažila se zalíbit aspoň matce svým vzorným chováním, ale nebylo to moc platné. Cítila se málo žensky přitažlivou, a proto se rozhodla prosadit se na poli intelektuálním. Proti vůli otce vystudovala lékařství. Vdala se za muže, který se stal úspěšným obchodníkem, a měla s ním tři dcery. V manželství se však necítila dobře, trpěla neurotickými potížemi a depresemi a po 17 letech manželství se rozvedla. Měla několik dalších známostí. Po rozvodu byl pro ni velmi významný téměř desetiletý vztah s E. Frommem.

Studium medicíny ukončila v Berlíně, kde rovněž absolvovala psychoanalytický výcvik, a to u K. Abrahama. Očekávala od něj též pomoc při svých depresích a sexuálních problémech. Patnáct let pracovala v praxi jako ortodoxní psychoanalytička. V roce 1932 emigrovala do USA. Postupně se odtrhla od psychoanalytické společnosti a založila v New Yorku Americký ústav pro psychoanalýzu, jehož úkol viděla v překonání Freudova jednostranného biologizujícího pojetí.



Ve svých spisech Horneyová zdůraznila, že neurotické chování pramení ze sociálních a kulturních faktorů, především pak z poruch v lidských vztazích. Odmítla Freudův předpoklad, že chování určují vrozené instinkty, a položila důraz na chování naučené. Neurotické poruchy jsou vzorce interpersonálního chování získané na základě různých situací v rodině.

Za primární reakce určující lidské chování považuje Horneyová jednak reakce mající vztah k *uspokojení* (dosažení a zachování kladného emočního ladění), jednak reakce mající vztah k *bezpečí* (odstranění nebo snížení záporného emočního ladění, zejména strachu a úzkosti). Později k nim připojila ještě „snahu po vnitřní jednotě individua“.

Neurotické poruchy mají základní kořen v přísném nebo odmítavém chování rodičů k dítěti, které vyvolává u dítěte základní úzkost, pocit izolace a bezmoci. Nedostává-li se dítěti ani uznání, ani vřelosti a lásky, vyvíjejí se u něj nepřátelské (hostilní) pocity, které pak vedou k úzkosti a k různým formám obrany proti úzkosti. Ze základní úzkosti a základní aktivity se vyvíjí základní (*bazální*) *konflikt*, který spočívá v tom, že dítě pociťuje protichůdné tendence ve vztazích k lidem: přiblížit se k nim, vzdálit se od nich a jít proti nim. Z těchto protichůdných tendencí se vyvíjejí tři neurotické postoje: podrobnost, stažení se do sebe a útočnost. Dochází k neurotickému řešení konfliktů, které je účinné jen částečně a vede ke vzniku dalších obtíží a příznaků. Tím se vytváří bludný kruh.

V knize o neuróze a lidském růstu věnuje Horneyová pozornost seberealizaci, tendenci usku-  
tečňovat své možnosti. Neurotik si nezřídka vytvoří ideální perfekcionickou představu o tom, jaký by měl být, a své skutečné „já“ odmítá. Pak vzniká základní konflikt mezi ideálním já a skutečným já, jehož seberealizaci právě nereálný ideál znesnadňuje. Tyto myšlenky jsou blízké Rogersovu pojetí (viz str. 54).

Je-li většina lidského chování naučená, je i měnitelná. To platí také o neurotickém chování. Neurotické reakce jsou především odchylkou od běžných vzorců chování vlastních určité kultury v určité době. Neurotické chování je rigidní a nutkavé, reakce se nadměrně generalizují a uplatňují se bez dostatečného zřetel na jejich vhodnost v dané situaci. Je třeba je jako takové poznat, pochopit a změnit.

Horneyová jako žena protestovala proti Freudovu devalvujícímu výkladu nižšího sebehodnocení žen na biologickém základě chybění a „závidění penisu“. I v tomto ohledu podtrhla sociální podmínky vzniku dojmů o ženské méněcennosti: diskriminaci žen, trvající po mnoho generací ve společnostech, které jsou ovládány muži. Namísto závidění mužského penisu ženami navrhla všimnout si závidění ženského lůna a mateřství mužů.

K základním dílům K. Horneyové patří „The neurotic personality of our time“ (1937), „New ways in psychoanalysis“ (1939), „Self analysis“ (1942), „Our inner conflicts“ (1945) a „Neurosis and human growth“ (1950). Knihy jsou psány málo systematicky, pojmy nejsou přesně definovány, styl spisů je však živý, obračejí se podobně jako spisy Adlerovy i na vzdělané laiky a staly se značně populární. U nás byla přeložena „Neuróza a lidský růst“ (2000). O životě a díle Horneyové podrobněji informuje poutavá kapitola v knize J. Sayersové „Matky psychoanalýzy“ (1999).

Anglický termín „behavior pattern“ překládáme jako vzorec nebo stereotyp chování. Je to preformující struktura, podle které se díle chování nevědomky a automaticky řídí tak, jako tkani sleduje osnovu nebo jako tiskárenské matrice určují otisk.



DBR. 7 H. Sullivan

## 2.2 Pojetí H. Sullivana

Harry Stack Sullivan (1892–1949) se narodil v malém městě na severu státu New York jako potomek irských emigrantů. Jeho rodina byla katolická, ale žili v protestantském prostředí. V dětství se cítil izolován, matka byla chronicky nespokojená a poskytovala mu málo vřelosti, otec byl skromný člověk, který syna občas pochvalil. Když se Harry v 19 letech přestěhoval do velkoměsta, trpěl předsudky okolí a diskriminací a byl opět osamocený. Byl uzavřený a jen zvolna si vytvářel bližší vztahy. Měl porozumění pro schizoidní osoby a schizofreniky. Dovedl s nimi velmi citlivě pracovat: jako psychiatr se jim věnoval napřed v lůžkovém zařízení a pak v soukromé praxi. Později pracoval také s neurotiky, zejména obsedantními. Jeho blízkou přítelkyní se stala psychoterapeutka Clara Thompsonová. Sullivan je zakladatelem tzv. washingtonské psychiatrické školy a časopisu *Psychiatry* a jeho vliv na vývoj psychoterapie je značný. Mezi významnými analytiky je prvním rodilým Američanem v plejádě převážně rakousko-německých emigrantů. Angažoval se mj. také v otázkách duševní hygieny a mezinárodních vztahů. Zemřel během schůze UNESCO v Paříži, které se zúčastnil, jež se zabývala otázkou zmírňování napětí ohrožujících mír.

Základním rysem Sullivanovy koncepce je důraz na *interpersonální chování*. Vznik poruch chování je chápán v kontextu vztahů mezi lidmi. Podobně léčení těchto poruch vyžaduje interpersonální podmínky. Sullivan jde tak daleko, že upouští od zařazování poruch do diagnostických kategorií a celou psychiatrii nazývá vědou o interpersonálních vztazích.

K základním lidským potřebám patří podle Sullivana (podobně jako u Horneyové) *potřeba uspokojení* a *potřeba bezpečí*. První je spíše biologická, je zaměřena na redukci intenzity fyziologických potřeb (hladu, sexu aj.), druhá je spjata s interpersonálními vztahy a směřuje k vyhnutí se nejistotě a úzkosti.

Úzkost má podle Sullivana důležitý význam v životě i ve vzniku poruch chování.

roli zejména konflikt tendencí, např. vede-li totéž jednání k fyziologickému uspokojení a současně ke ztrátě pocitu bezpečí. Jedním ze způsobů, jakým se organismus snaží zbavit úzkosti, je „selektivní nepozornost“: zážitky vyvolávající úzkost se vytěšňují z vědomí.

Z vývojových období připisuje Sullivan zásadní význam opět zkušenostem z raného dětství. Zkušenosti rozumí prožitkovou složku událostí. Zkušenosti probíhají v prototaktické, parataktické a syntaktické formě.

Forma prototaktická je nejprimitivnější. Zkušenost probíhá v sérii okamžitých stavů, nepostihuje se souvislost mezi minulostí, přítomností a budoucností, dítě ztotožňuje okolí se svými pocity. Tak např. matčin prs vnímá různým způsobem. Dodává-li mléko snadno a v přiměřeném množství, čímž redukuje biologickou potřebu hladu, je dobrý a uspokojující. Dodává-li mléko v malém množství, je dobrý, ale neuspokojující. Neteče-li mléko, je špatný. Ve vztahu k poruchám má význam „zlý prs“: je přiměřený tvarem i proudem mléka, ale poskytuje jej osoba, která je ve stavu úzkosti. Dítě, které dosud nedovede diferencovat sebe od jiných a je součástí komplexu matka-dítě, prožívá úzkost spolu s matkou. Ačkoli mléko teče, tenze se přiměřeně neredukuje, protože do řetězce hlad-kojení-uspokojení zasahuje rušivým vlivem matčina úzkost.

Parataktická forma je charakterizována tím, že jedinec si je vědom určitých souvislostí mezi jevy, např. že se dějí ve stejném nebo následném čase, nepoznává však ještě příčinné souvislosti. Syntaktická forma postihuje již vše podstatné, využívá symbolů a jazyka, reflexe a srovnávání jevů.

Parataktický způsob myšlení má důležitý význam v patologii. *Parataktická distorze* je pojem blízký Freudovu pojmu přenosu. Pacient generalizuje své negativní zkušenosti v interpersonálních vztazích, zejména z raného dětství, do vztahů k současnému prostředí i do vztahu k terapeutovi. V procesu psychoterapie se parataktický způsob koriguje rozbořením vztahů pacienta v dětství. Současně se pacient v interpersonálním vztahu k terapeutovi učí uspokojení v lidských vztazích, zbavuje se úzkosti a dosahuje pocitu bezpečí, vytváří si přiměřený vztah k sobě i ostatním lidem. Probíhá přestavba osobnosti, vedoucí k tomu, že pacient začne vidět cestu ze svých dříve neřešitelných situací.

Sullivan hodně přednášel a publikoval řadu článků, ale neměl nadání na psaní knih. Svazek „Conceptions of modern psychiatry“ (1947) shrnul některé jeho přednášky. Po Sullivanově smrti vydala skupina jeho spolupracovníků další Sullivanovy přednášky a poznámky, které ještě nebyly připraveny do tisku, pod názvem „The interpersonal theory of psychiatry“ (1953). Názory v obou pracích jsou podány značně nesystematicky a styl je na rozdílu od popularizujícího stylu Horneyové nebo Fromma obtížný. Systematičtější výklad Sullivanovy koncepce je obsažen zejména v knize Friedy Frommové-Reichmannové „Principles of intensive psychotherapy“ (1950, český překlad 2003), orientované mj. též na práci se schizofrenií, a později v práci G. Chrzanowského „Interpersonal approach to psychoanalysis“ (1977). K nám Sullivanovu teorii uváděli Syřišková, Drvota a Horáčková (1959). Výborný praktický návod vycházející ze Sullivanovy školy představuje překlad knihy H. Bruchové „Základy psychoterapie“ (1997).

V současnosti integruje pojetí Sullivanovy školy do koncepčního celku reprezentativní „Handbook of interpersonal psychoanalysis“, vydaný pod redakcí M. Lionellové (1995), ředitelky Institutu Williama Alansona Whitea v New Yorku, který je výcvikovým střediskem sullivanovského interpersonálního přístupu. Současní představitelé přístupu označují jako interpersonální psychoanalýzu.



OBR. 8 F. Alexander

## 2.3 Pojetí F. Alexandera

Franz Alexander (1891–1963), narozený v Maďarsku, vystudoval v Budapešti, na psychiatrii se specializoval v Německu: pracoval v berlínském psychoanalytickém ústavě. Roku 1932 emigroval do USA, r. 1932 založil Chicagský psychologický ústav, v němž pracoval do r. 1955. V posledních letech vedl psychosomatický výzkumný ústav v Los Angeles a byl profesorem Univerzity Jižní Kalifornie. Dynamický psychotherapeutický přístup jasně zformuloval v monografii „Psychoanalytic therapy“, napsané společně s T. Frenchem.

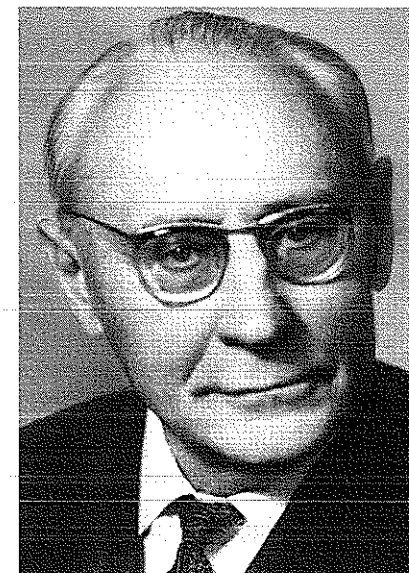
Alexander považuje neurózu za selhání jedince v úspěšném zvládnutí dané situace, za nemožnost najít za daných okolností sociálně přijatelné uspokojování subjektivních potřeb. Psychoanalytická terapie se podle Alexandra a Frenche vyvíjela v pěti fázích: 1. období katartické hypnózy, 2. období sugesce v bdělém stavu (terapeut pokládá pacientovi ruku na čelo s ujištěním, že si může vyvolat minulé zážitky), 3. období volné asociace, jež se liší od katartické hypnózy tím, že vzpomínání a odreagování emocí se neděje rychle a dramaticky, nýbrž v malém množství a během dlouhého období, 4. období přenosové neurózy, 5. období emoční reedukace, kdy je postup zaměřen na dosažení trvalých změn ve funkční kapacitě ega, a to pomalu pokračujícím procesem tréninku. Vlastní snaha chicagského institutu směřovala k rozpracování poslední koncepce. Cíl terapie formulují takto: zvýšit pacientovu schopnost nacházet uspokojování subjektivních potřeb způsobem přijatelným jak pro něho, tak pro svět, v němž žije, a tak mu umožnit i rozvoj jeho schopností.

Autoři počítají s vlivem zážitků z raného dětství, s přenosem a vývojem přenosové neurózy. Domnívají se však, že předpoklad traumatizujících infantilních zážitků platí jen v některých případech a že analýza přenosu není v terapii nejdůležitější věcí.

Pacient také nereaguje vždy tak, jako by terapeut byl někým z jeho minulosti, nýbrž někdy reaguje zcela přirozeně na skutečnou osobnost terapeuta a může získat uvolnění a nabýt rovnováhy tím, že se na terapeuta mohl obrátit pro emoční podporu. Tak je tomu zejména v podpůrné terapii. Avšak i v systematické psychoterapii doporučují autoři zaměřovat pacientovu pozornost na *reálné současné problémy* a obracet ji na znepokojující události v minulosti jen v případech nutného *osvětlení motivů současných iracionálních reakcí*. Snaží se též držet pozornost zaostřenou více na problémy v jeho vztahu k vnějšmu světu než na jeho reakce k terapeutovi. Pacient přišel s určitým problémem přizpůsobení se vnější skutečnosti. Na jeho žádost o pomoc se mu terapeut pokouší pomoci tak, aby porozuměl střetávajícím se motivům, které zabránily uspokojivému řešení jeho problému. Jeho neuróza vznikla jako obrana před přímým náhledem na podstatu soupeřících motivů. Proto v rozporu s vlastní žádostí o pomoc bude pociťovat odpor k pokusům terapeuta, který se mu snaží pomoci k náhledu na neuvědomované souvislosti.

Zaměříme-li se na současné pacientovy problémy, zjišťujeme, že neuróza je neúspěšným pokusem řešit současné problémy pomocí vzorců chování, které zklamaly při jejich řešení v minulosti. Proto nás zajímá minulost jako pramen těchto stereotypních vzorců chování. Primárním úkolem je pomoci pacientovi najít řešení současných problémů korigováním těchto neúspěšných vzorců, pomoci mu k tomu, *aby počítal s rozdíly mezi minulostí a přítomností*, a dát mu novou příležitost pro současné snahy o znovupřizpůsobení, a to v rámci přenosové situace. Přenos, při kterém se pacientovy potlačené postoje přenášejí na terapeuta, je určitou komplikací léčby. Lze se bez něho obejít při jednoduchém poskytnutí emoční podpory, v systematické terapii je však důležitý. V situaci přenosu musí pacient projít novou emoční zkušeností, vhodnou k překonávání chorobných následků emočních zážitků z dřívějšího života. Zde se setkáváme s důležitým pojmem *korektivní emoční zkušenost*. Ta je Alexanderovi centrálním terapeutickým činitelem: proces změny se skládá ze série korektivních zkušeností. Terapeut reaguje jinak, než jak reagovali např. rodiče v dětství. Pacient to emočně prožívá, začíná rozlišovat, opravuje své postoje. Důraz se proti psychoanalýze přesouvá z aspektu kognitivního (získání náhledu) na emoční zážitek a psychoterapie probíhá jako proces emoční převýchovy. Pak se pacient pokusí přenést nově získané postoje do praxe.

Kromě citované práce „Psychoanalytic therapy“ (1946), napsané společně s T. Frenchem, patří k významným Alexanderovým monografiím „Fundamentals of psychoanalysis“ (1948, rev. 1963) a „Psychoanalysis and psychotherapy“ (1956). V posledních letech svého života přijal mnohé myšlenky teorie učení a spojoval je se svou koncepcí, jak ukazuje jeho stať „Dynamika psychoterapie ve světle teorie učení“ (1963). Jeho žák Judd Marmor v referátu „O podstatě dynamické psychoterapie“ (1992) přijímá v podstatě eklektickou práci s technikami a možnost zaměřit se souběžně i na symptomy a na spolupráci s významnými osobami z pacientova okolí. U nás najdeme mnoho podnětů z dynamické psychoterapie v monografii F. a J. Knoblochových „Integrovaná psychoterapie“ (1993) i v průkopnické knize pod redakcí J. Knoblochové „Psychoterapie“ (1968).



OBR. 9 V. N. Mjasiščev

## 2.4 Pojetí V. N. Mjasiščeva

V. N. Mjasiščev (1893–1973) byl žákem V. N. Bechtěreva.<sup>6</sup> Jeho rané práce se zaměřovaly na pracovní činnost člověka, pracovní výchovu dětí, zkoumání kožně-galvanického reflexu, vztahy a typy osobností. Mjasiščev byl psychiatrem a současně psychologem. Jeho odborná činnost je až do konce života spojena s vědecko-výzkumným psychoneurologickým ústavem V. M. Bechtěreva v Leningradě (nyní Petrohrad), který 20 let vedl, a s leningradskou univerzitou, kde byl po mnoho let vedoucím katedry psychologie. Na fakultě přednášel zejména patopsychologii, medicínskou psychologii, psychohygienu a psychologii osobnosti. V psychoneurologickém ústavu vybudoval oddělení neuróz a oddělení medicínské psychologie. Jeho „patogenetická psychoterapie“ je ruskou variantou dynamické psychoterapie. Po ideologické kritice se snažil popřít tuto souvislost a rozvíjel ji spíše v návaznosti na ruské tradice, s povinným akceptováním jejich fyziologických základů v oficiálním učení I. P. Pavlova.

Patogenetická psychoterapie vychází z Mjasiščevova pojetí osobnosti jako systému vztahů. Vztah je aktivně zvolený svazek jedince s jeho zevním prostředím. Zahrnuje spojení subjektu s objektivním světem od základních reflexních a pudových reakcí až po vyšší určenost chování, ke které patří názory, přesvědčení a postoje k hodnotám. Ke vztahům patří také emoce zaměřené na vnější objekty i vztah k sobě. Osobnost je dynamický systém, který je souhrnem subjektivně významných a vybraných vztahů, na jejichž utváření se člověk aktivně podílí.

6 Bechtěrev, který byl jako vynikající odborník v neurologii a psychiatrii povolán v roce 1927 na konzultaci ke Stalinovi, se po vyšetření vyjádřil o Stalinovi jako o paranoikovi. Následujícího dne během probíhající konference ruských neuropatologů a psychiatrů, které předsedal, zemřel na otravu jedem.

Neuróza vzniká podle Mjasiščeva tehdy, když člověk prožije psychotraumatické zážitky a přitom není na základě svých osobnostních vlastností schopen vyřešit konflikty, které z nich vyplývají. Příčiny neurotických poruch nejsou jen ve vnějších událostech, ale v tom, jak je jedinec prožívá, což je spolupodmíněno jeho osobností. Prožívání vychází ze vztahů k okolí a chorobné prožívání je důsledkem poruch těchto vztahů. Tak např. ztráta manželského partnera nebo společenského postavení, smrt dítěte či pracovní neúspěchy jsou zdrojem chorobných prožitků jen tehdy, když zaujímají v systému vztahů jedince důležité postavení, což je předpokladem emočních reakcí.

Zážitky vedou k onemocnění: a) když jsou v osobnosti rysy, které jedince stále přivádějí do nesnází (např. agresivita, pedanterie, přecitlivělost), b) když člověku chybějí schopnosti, s jejichž pomocí by mohl konflikty řešit, c) když na něj okolí klade příliš velké nároky, d) když okolnosti nedovolují řešení konfliktu, příslušné potřeby nelze uspokojit, a žádoucího cíle nelze dosáhnout (např. ctižádostivý pěvec ztratí hlas). Některým pacientům chybějí schopnosti, aby našli nové cesty ke svému uspokojení.

Konflikt tedy vede k psychogenním poruchám tehdy, když za daných okolností není možné racionální produktivní řešení a člověk se současně nedovede nesplněných přání vzdát. Dochází zde ke konfliktovému zážitku „chci, ale nesmím“ nebo „nedokážu to, ale nemohu se toho vzdát“. U neurastenie to podle Mjasiščeva bývá nejčastěji konflikt mezi schopnostmi jedince a mezi tím, co on sám od sebe očekává nebo co od něho očekává okolí, u hysterie konflikt mezi přáním jedince a požadavky okolí a u nutkavé neurózy konflikt mezi různými vlastními protikladnými tendencemi jedince, např. mezi pudovými potřebami a morálními zásadami.

Patogenetická psychoterapie usiluje především o náhled na psychologické příčiny a mechanismy onemocnění. K tomu je potřebná analýza konfliktu: požadavků a přání pacienta a požadavků okolí. Další fází je řešení konfliktu se snahou o změnu nerealistických postojů a přání pacienta.

Při analýze psychogenních příčin poruch se terapeut již nezabývá samotnými potížemi. Namísto toho zkoumá spolu s pacientem vzájemné vztahy mezi různými událostmi a zážitky pacienta, které se mohly na vzniku neurózy podílet. Pacient si musí ujasnit, že různé zážitky mohou být součástí řetězu vyvolávajícího neurózu, že však nemají všechny stejnou důležitost. Některé mohou být příčinou a jiné pouze provokujícími činiteli.

Tak například pacient má dlouhodobé problémy na pracovišti, pak onemocní chřipkou a objeví se u něho neuróza. Nebo má dlouhodobé problémy s bydlením, pak zažije vyčerpávající flám a objeví se neurotické potíže. Pacient si často neuvědomuje primární patologní roli dlouhodobých problémů a připisuje onemocnění bezprostředně předcházející události. Jelikož tato událost je většinou již ukončená, a tedy nezměnitelná, staví se pacient k onemocnění pasivně a očekává pomoc od lékaře. Neví, co by mohl sám proti onemocnění aktivně podniknout.

V rozhovoru se pozornost přesouvá od bezprostředního vyvolávajícího momentu, který je mimo možnosti ovlivnění, k vlastním patogenním příčinám, tj. k aktuálním psychologickým problémům. Nejdůležitější (a současně obtížnější) je zprostředkovat pacientovi náhled, že neuróza není jednostranně způsobena vnějšími okolnostmi, ale že tyto okolnosti či události jsou jen jednou stránkou věci. Druhou tvoří pacientovy postoje vůči nim a jeho nerozumné chování. Pacient tedy musí sám kriticky zvážit,

jakou roli hrají okolnosti, které jsou na něm nezávislé, a jakou roli chyby v jeho vlastních postojích a v jeho chování, které závisejí na něm a na jeho osobnosti. *Vlastní podíl na konfliktu* se musí pacientovi odhalovat postupně tak, že se konflikt rozebírá ve všech jeho složkách.

V praxi žádá terapeut pacienta, aby mu nejprve důkladně vyjmenoval, s čím je v jednotlivých životních oblastech nespokojen a co by chtěl změnit, zejména jaké má požadavky na osoby, s nimiž je v konfliktových vztazích. Pak má svá přání uspořádat podle důležitosti a zvážit, čeho by se mohl vzdát. Současně zvažuje, zda lidé, s nimiž má konflikty, mají také nějaké dobré vlastnosti a vztah s nimi nějaké výhody. Teprve poté, když se pacient zorientoval ve špatných a dobrých vlastnostech druhých lidí, začíná zvažovat, jak sám mohl přispět ke vzniku patologických konfliktů. Pak si pacient shrnuje, co se mu na jeho vlastním mikrosociálním prostředí líbí a jaké k němu má kladné postoje a požadavky jeho okolí. Zvažuje současně problémové i kladné vlastnosti své osobnosti.

Problematická životní situace je jednou z hlavních příčin vzniku neurotických poruch. Proto je také jedním z nejdůležitějších úkolů psychoterapie její vyřešení: musí se nejprve nalézt a pak uvést do praxe. Když pacient pochopil, že příčiny jsou na obou stranách – na postojích okolí k němu a na jeho postojích k okolí – je nutno hledat kompromis. Zkoumají se oprávněné požadavky a možnosti jejich splnění (terapeut neváhá zasahovat i do pacientova prostředí) a požadavky neoprávněné a nesplnitelné. U nich je nutno měnit pacientův postoj.

Toto poznávání probíhá buď v individuálních rozhovorech, nebo ve skupinové psychoterapii. Základním nástrojem terapeuta je *interpretace* souvislostí mezi stavem pacienta, jeho životní situací a jeho motivací. Karvasarskij (1990) zdůrazňuje, že poznávání příčin nemá být pouhým kognitivním procesem, mají se na něm podílet i *emoční prožitky*. Patogenetická analýza má zachytit nejen vědomou oblast psychiky, ale i *oblast nevědomou*. Té sice patogenetická psychoterapie nepřisuzuje tak velký význam jako školy hlubinné psychoterapie, ale zároveň ji neopomíjí: využívá i příležitostné analýzy snů. Pacient se též má zorientovat ve zvláštích své výchovy a v zážitcích z dětství, v jejich významu pro vytváření osobnosti a pro vznik neurózy. Součástí následující syntézy je kromě nalezení východisek a *řešení problémů* také úsilí o vědomé sebeřízení a výchovu volných vlastností, potřebných k překonání budoucích životních těžkostí.

Mjasiščev vyděluje v patogenetické psychoterapii při možnosti kombinace lůžkové a ambulantní léčby čtyři etapy. V první etapě se terapeut orientuje v anamnéze a vývoji onemocnění, vzdělání pacienta z traumatizujícího prostředí a poskytne mu podporu a uklidnění. Ve druhé fázi pokračuje ve zkoumání pacientovy osobnosti, přičemž současně pacienta začleňuje do aktivizačního režimu a kolektivních činností. Ve třetí etapě se uplatňují popsání zásady rekonstrukce vztahů za pomoci individuálních sezení nebo skupinové terapie. Ve čtvrté etapě se pokračuje v léčbě ambulantně: pacient se začleňuje do svého vlastního prostředí i do práce a aplikuje získané poznatky v praxi.

Na Mjasiščevovu patogenetickou psychoterapii navázali B. D. Karvasarskij (vedoucí oddělení neuróz a psychoterapie v Bechtěrevově institutu a současný prezident Ruské psychoterapeutické asociace), psychologka Galina Isurina a další z Mjasiščevových žáků, kteří přístup dále rozpracovávají – již ve spojitosti se světovými trendy – pod názvem *osobnostně orientovaná (rekonstruktivní) psychoterapie*.

Politická represe a ideologický tlak v sovětském období znemožňovaly přímé odvolávání se na západní „buržoazní“ směry a požadovaly „stranickost“ a „kvalitativní odlišnost“ sovětské vědy. Pojmy připomínající psychoanalýzu byly zcela nepřijatelné. Teprve v současnosti po zrušení ideologických bariér mohou být petrohradské koncepce v Rusku oficiálně včleněny do světového proudu dynamické psychoterapie.

Osobnostně orientovaná (rekonstruktivní) psychoterapie usiluje o změnu v oblasti kognitivní, emoční i v chování a zaměřuje i samotný psychotherapeutický proces vyváženě na všechny tyto složky. Kognitivní aspekt se týká poznání souvislostí současných problémů se současnými i minulými vztahy, emoční aspekt nabízí odreagování minulých životních zkušeností a utváření nových pozitivních emocí ve vztazích k druhým i ve vztahu k sobě a v oblasti chování se směřuje k dosažení účinného sebeřízení pacienta.

K základním mechanismům léčebného působení patří: 1. *konfrontace* pacienta se sebou samým, s vlastními problémy a konflikty, přičemž výrazně pomáhají zpětné vazby členů skupiny ve skupinové psychoterapii, 2. *korektivní emoční zkušenost*, která zahrnuje emoční podporu a překonání minulých negativních zážitků, a 3. *učení* se novým, přiměřenějším formám chování, přičemž skupinové interakce ve skupinové psychoterapii mohou sloužit jako modelové situace k nácviku. Využití skupinové dynamiky a skupinové psychoterapie se v petrohradské škole považuje za významné obohacení psychotherapeutické práce.

Základním dílem pro studium Mjasiščevovy koncepce psychoterapie je jeho monografie „Ličnost i něvrozy“ (1960). Principy patogenetické psychoterapie a současné pojetí na osobnost orientované (rekonstruktivní) psychoterapie obsahují monografie B. D. Karvasarského „Psychoterapija“ (1985) a „Něvrozy“ (2. vyd. 1990), soubor prací pod redakcí Karvasarského a Ladera „Grupnovaja psichoterapija“ (1990), v němž se srovnávají petrohradské a varšavské koncepce, metody a výzkumy skupinové psychoterapie, a stati psycholožky G. Isuriny, např. „Ličnostno-orientirovannaja (rekonstruktivnaja) psichoterapija i osnovnyje tendenciji jejo razvitiija“ (1995). Aplikace na oblast psychóz je zpracována v monografii ředitele Bechtěrevova institutu M. M. Kabanova „Reabilitacija psichičeski bolnyh“ (1985).

## 2.5 Pojetí G. Klermana a M. Weissmanové

Gerald Klerman (1929–1992), profesor psychiatrie na Cornellově univerzitě, a jeho kolegyně a manželka, profesorka psychiatrické epidemiologie na Kolumbijské univerzitě v New Yorku, zpracovali s dalšími spolupracovníky krátkodobou psychoterapii ve formě praktických manuálů, kterou nazvali *interpersonální psychoterapie*. Původně byla zaměřena na léčení závažnějších depresí a postupně se rozpracovává pro další poruchy. Opírají se o práce H. Sullivana, amerického psychiatra Adolfa Meyera, jehož přístup se označuje jako psychobiologický, a o poznatky J. Bolwbyho (1969), který zdůraznil vliv rané dětské vazby (přimknutí) a její případné ztráty na pozdější interpersonální vztahy.

V centru pozornosti tohoto přístupu je hledání souvislostí mezi depresivními příznaky a současnými interpersonálními problémy pacienta se záměrem zasáhnout do utváření symptomů a poruch v sociálních vztazích.

Terapie má tři etapy. V první etapě probíhá diagnostické zhodnocení a zpracování psychiatrické anamnézy. Terapeut „přidělí pacientovi roli nemocného“, která ho má



OBR. 10  
G. Klerman  
a M. Weissmanová

dočasně omluvit z nálehavých společenských povinností a která zároveň vyžaduje, aby pacient během léčby spolupracoval na obnovení svého plného fungování. Zpracovávají se události a změny ve vztazích, které předcházely vzniku deprese. Autoři je zařazují do čtyř oblastí: smutek ze ztráty, interpersonální konflikty, změny v rolích a nedostatky v sociálních dovednostech.

Ve druhé etapě se pracuje s příslušnou oblastí:

1. *Při smutku* souvisejícím se ztrátou milované osoby se podporuje procházení stadiem truchlení a pacientovi se pomáhá v hledání nových vztahů a činností ke kompenzaci ztráty.
2. *Při konfliktech* se zkoumají jejich příčiny a hledají způsoby řešení. Pokud řešení selhává, zvažují se způsoby, jak konfliktový vztah ukončit a nahradit jej lepším.
3. *Při potřebných změnách* rolí souvisejících se začátkem či ukončením vztahu či povolání, při sňatku, rozvodu, odchodu do důchodu nebo vzniku somatického onemocnění se hledají způsoby, jak se vyrovnat s novou rolí.
4. *Při nedostatku interpersonálních dovedností* se pacientovi pomáhá v jejich osvojení. Terapeut zaujímá aktivní, podpůrný postoj, podněcující naději.

Ve třetí etapě se pracuje hlavně na tom, jak poznat a zvládat depresivní příznaky, kdyby se objevily v budoucnu.

Zjednodušeně řečeno, interpersonální terapeut se snaží pomoci pacientovi nalézt a poznat interpersonální problémy, lépe jim porozumět a vytvořit si přizpůsobivější způsoby ve vztazích k druhým lidem.



Tento přístup byl s kladnými výsledky použit v rozsáhlém výzkumu amerického ústavu pro duševní zdraví (NIMH), v němž byla jeho účinnost u depresí srovnávána s kognitivní terapií Beckovou v samostatné aplikaci a v kombinacích s antidepresivy a placebem.

Další vývoj směřoval k využívání tohoto postupu nejen u depresí, ale i u různých druhů neurotických poruch, u poruch příjmu potravy a poruch osobnosti. Wifleyová a kol. (2000) jej propracovali pro využití v krátkodobé skupinové psychoterapii. Cíle jednotlivých pacientů se propojí s prací skupiny. Pacientům se doporučuje, aby chápali skupinu jako „interpersonální laboratoř“. V ní se mohou vytvořit vazby k dalším členům skupiny, přičemž přirozeně dochází k určitým slepým uličkám ve vytváření bližších vztahů. To se může podrobit zkoumání a pacienti mohou zkoušet jiné způsoby zvládání interpersonálních problémů. Zároveň se ve skupině mohou učit potřebným sociálním dovednostem, např. vyjadřování pocitů, otevřené komunikaci, konfrontacím a konstruktivním řešením, a mohou pak zkoušet využívat tyto dovednosti ve svém vlastním prostředí. Vztahy ve skupině mohou sloužit jako model pro vnější vztahy a zpětná vazba od členů skupiny může pomáhat je vhodným způsobem pozměňovat.

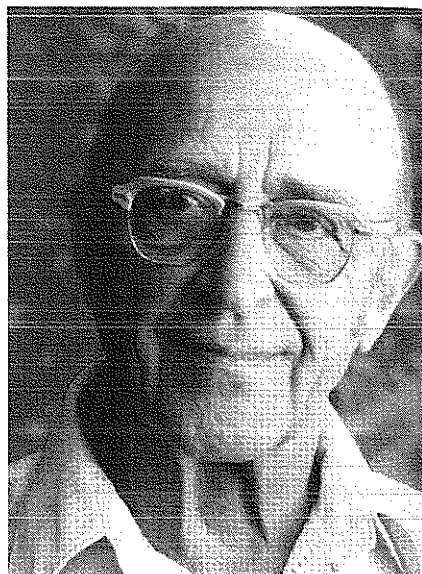
Uvedená forma interpersonální psychoterapie je podrobně popsána ve dvou příručkách, připravených Klermanem, Weissmanovou aj.: „Interpersonal therapy of depression“ (1984) a „New applications of interpersonal psychotherapy“ (1993). Výborný návod zaměřený na klinickou praxi napsali Stuart a Robinson (Interpersonal psychotherapy, a clinical guide, 2003). Stručný přehled východisek a technik podávají Weissmanová a Markowitz (1994), výsledky ze srovnávacího výzkumu efektivity u depresí Elkinová aj. (1989). U nás o ní se sympatiemi referuje v přehledné stati I. Raška (2001), z němčiny je přeložen referát T. Gruetterta (2004).

## Rogersovská psychoterapie

Přístup vytvořený a rozvíjený C. Rogersem je v angličtině znám jako „terapie zaměřená na klienta“ („client-centered therapy“). Později byl přejmenován na „terapii zaměřenou na člověka“ (person-centered therapy) a v němčině se používá označení „terapie rozhovorem“ („Gesprächspsychotherapie“). Specifickým rysem této terapie je, že *vychází z klienta* a podněcuje jeho samostatný rozvoj, namísto aby na něj zaměřovala interpretativní nebo usměrňující působení. Jde o terapii důvěrným otevřeným rozhovorem, při němž se terapeut *vcití do klienta*, plně ho respektuje, *podporuje jeho otevřené sebeprojevování* a současně i sám může autenticky projevit své osobní pocity. Starší název „nedirektivní psychoterapie“ se již považuje za příliš úzký, neboť dnes tento směr klade důraz také na vřelost a opravdovost terapeuta, a ne na pouhou nedirektivnost.

Carl R. Rogers (1902–1987) se narodil v předměstské čtvrti Chicaga jako čtvrté ze šesti dětí rodičů, kteří měli fundamentalistické protestantské názory a zdůrazňovali morální chování, potlačení jakýchkoli projevů emocí a hodnotu tvrdé práce. Přísné náboženské učení nutilo Rogerse, aby žil podle světového názoru jiných, a ne podle vlastního přesvědčení a pocitů. Rodiče dosahovali svého spíše jemnou formou, ale děti se musely podřídit asketickým požadavkům, že se nesluší tančit, hrát karty, chodit do kina, kouřit a pít nebo projevovat jakékoli sexuální zájmy. Carl byl samotář, který stále četl. Když mu bylo 12 let, rodina se přestěhovala na vesnici, mimo jiné proto, aby se děti vyhnuly pokušení velkoměstského života. Otec farmařil, Carl začal pěstovat housenky a motýly a věnoval se četbě polnohospodářských knih, v nichž se seznámil s vědeckou experimentální metodologií a strategickou analýzou. Pozdější volbu studia několikrát změnil. Od zájmu o zemědělství přešel ke studiu na kněze a později na učitelství a klinickou psychologii. Náboženské názory změnil od fundamentalistických k liberálním a došel k přesvědčení, že lidé se mají opírat především o vlastní zkušenost, poznání a city. „Vlastní prožívání“ se pro něj stalo nejvyšší autoritou. Oženil se a měl dvě děti, s nimiž si s manželkou dobře rozuměli.

V oboru pracoval nejprve 12 let v poradně v Rochestru s delikventními a týranými dětmi. Pak byl profesorem psychologie na univerzitě v Ohio (1940–1945), dále v Chicagu (1945–1957), kde současně budoval psychologické poradenství, a ve Wisconsinu (1957–1963). Pak přesídlil do La Jolly v Kalifornii, kde poslední léta pracoval ve vlastním soukromém ústavu. Během chicagského období propracoval svůj terapeutický přístup k neurotikům a ve Wisconsinu se zaměřil na aplikaci tohoto přístupu u psychóz. V kalifornském období se věnoval zejména rozvoji duševního růstu a tvůrčích možností u osob normálních: využíval intenzivních zážitků



OBR. 11 C. R. Rogers

ve skupinách („encounter groups“). Významnou roli přikládal Rogers vedle praktické práce s lidmi vždy také systematickému výzkumu terapeutických výsledků a psychoterapeutického procesu. K tomu kolem sebe dovedl shromáždit týmy erudovaných klinických psychologů.

Jedním z významných motivačních faktorů u člověka je podle Rogerse *tendence k sebeuskutečňování* (sebeaktualizační tendence). Tato tendence zahrnuje vedle uspokojování fyziologických potřeb snahu o duchovní růst, o rozvíjení vztahů k lidem, o vlastní zdokonalování ovládnutím vymožeností kultury, tvořivost a směřování od ovládanosti vnějšími silami k vnitřnímu sebeřízení. Rogers vyjadřuje ve svých pracích optimistický pohled na člověka. Je přesvědčen, že člověk je vrozeně dobrý a že jen vlivem vnějších tlaků a nepříznivých životních zkušeností se u něho projevuje nepřátelské, egoistické nebo neurotické chování. Poskytneme-li mu příznivé podmínky, jaké vytváří chápající nemanipulující atmosféra důvěrného vztahu, bude se vlivem svých vnitřních sil znovu rozvíjet kladným zdravým směrem.

S neurotickým vývojem souvisí vznik záporného sebehodnocení, kterému se klient také naučil od jiných. Jeho představa o sobě se dostává do rozporu s představou o tom, jaký by měl a chtěl být. Vztah mezi oběma představami lze vyjádřit korelačním koeficientem, který se v rogersovské terapii vypočítává na základě testu, založeného na Q-trídění. Klient třídí 80–150 tvrzení popisujících osobnost podle toho, „jaký jsem“, pak podle toho, „jaký bych chtěl být“. Na počátku léčby je korelace mezi sebehodnocením a ideálem nízká, při úspěšné psychoterapii se má zvyšovat: pacient se naučí více se akceptovat a začne se hodnotit kladněji.

Úkolem terapie je uvolnit cestu existujícím možnostem v klientovi. Pak již léčebný proces pokračuje sám. Není zapotřebí interpretací nebo nácviku. Je třeba vytvo-

řit příznivou bezpečnou atmosféru, ve které se klient může věnovat důkladné sebeexploraci, aby se vyznal ve svých potřebách a přáních.

Tausch zformuloval základní principy rogersovské psychoterapie výstižně takto:

1. Pacient má sám schopnost pochopit ty stránky vlastní osoby a vlastního života, které způsobují jeho neuspokojení, strach nebo trápení. Má také schopnost a tendenci přetvářet sama sebe i své vztahy k životu ve smyslu sebeuskutečňování a zrání tak, aby u něho rostlo vnitřní uspokojení.
2. Tyto schopnosti se uplatní, zajistí-li terapeut psychologickou atmosféru, kterou charakterizuje:
  - a) citlivá snaha chápat myšlenky, city a projevy pacienta tak, jak existují pro něho, bez tendence je diagnostikovat nebo měnit;
  - b) snaha terapeuta vyjadřovat slovně to, co z výroků a chování pacienta pochopil.
3. V této akceptující, neohrožující a chápající atmosféře se pacient sám přetváří jak ve vědomých, tak hlubších oblastech své osobnosti tak, že se vyrovnává se svými životními situacemi konstruktivnějším a přizpůsobivějším způsobem. Sám si začne lépe rozumět a více se akceptovat. Stává se přizpůsobivějším, tvořivějším a zralejším.

Rogersovskou orientaci zpočátku charakterizovala specifická technika, při níž terapeut reagoval „zrcadlením“ pacientových citů. Vyhybal se interpretování skrytého obsahu a pokoušel se pouze formulovat vlastními slovy to, jak rozuměl jednotlivým klientovým sdělením. Později začali rogersovští terapeuti zdůrazňovat, že k žádoucímu účinku nevede ani tak technika jako spíše *osobní postoje terapeuta*, jeho zaujetí pro pacienta, opravdovost a schopnost vcítění. Truax a Carkhuff (1967) systematicky zkoumali vliv těchto terapeutových postojů u různých skupin pacientů. Rogers (1957) označil tyto postoje za *nutné a dostatečné podmínky terapie*, které se uplatňují neohledně na teoretickou orientaci a použité metody. Popisují se takto:

- a) Empatie, *vcítění*: terapeut pocituje a chápe to, co pacient sděluje, stejně, jak to cítí a chápe pacient.
- b) Akceptování pacienta: terapeut vřele a kladně akceptuje pacienta a váží si ho neohledně na to, zda chování, které pacient projevuje, lze považovat za hodnotné, nebo za politováníhodné. Rogers mluví o účtě a pozitivním přijetí bez kladení podmínek. Truax nazývá tuto vlastnost nesobecká *vřelost*.
- c) Kongruence: je to soulad mezi terapeutovým chováním a prožíváním. Terapeut reaguje jako skutečná osoba, chová se podle toho, jaký skutečně je, nepoužívá přetvářky, jeho chování v terapii není maskou, nemusí skrývat své pravé reakce nebo se jich bát. Truax jej označuje jako *opravdovost*.

Rogersovská terapie se snaží uvedených podmínek záměrně a systematicky využívat. Je důležité, aby terapeut dal tyto postoje pacientovi zřetelně najevo. Způsoby, jakými se to děje, lze považovat za techniku v užším smyslu. Ve shodě s požadavkem kongruence však nesmí být pouhým hraním role, ale spontánním výrazem skutečných postojů. Na tomto základě se vytvoří vztah, který pacient prožívá jako bezpečný. Tento *terapeutický vztah* umožňuje a podporuje u pacienta pokračující proces *sebeexplorace*. V tomto vztahu si pacient může připustit různé zážitky, přání a city, může je vyjádřit, zpracovat a integrovat do svého „já“. Přestává být závislým na



mínění druhých, dostává se do kontaktu se svým prožíváním, může se uplatnit i *sebeakceptace* i rozvoj vlastních možností, sebeaktualizace.

V roce 1961 shrnul Rogers své pojetí stručně do „rovnice“ procesu psychoterapie: „Čím více klient vnímá terapeuta jako reálného a opravdového, jako empatického a jako člověka, který si ho bez kladení podmínek váží, tím více bude přecházet ze statického, necitlivého, strnulého a neosobního způsobu existence ke způsobu charakterizovanému plynulým, měnlivým a akceptujícím prožíváním diferencovaných osobních citů.“

V dosavadním vývoji rogersovské psychoterapie lze zřetelně popsat čtyři etapy. V první etapě (1940–1950) je terapie *nedirektivní*: terapeut pouze zajišťuje vhodnou permissivní atmosféru, podporující pacientovo sebeobjasňování. Ve druhé etapě (1950–1957) je psychoterapie *reflektivní*: terapeut se stává aktivnějším, snaží se co nejvíce vcítovat do pacientových zážitků a svými výroky dávat najevo pochopení pacientových citů, co nejpřesněji je „zrcadlit“. Třetí etapu (1957–1970) lze nazvat psychoterapií *prožitkovou* (experenciální). Terapeut nezrcadlí už jen pacientovy pocity, ale projevuje i své vlastní pocity, které v něm vyvolávají pacientova sdělení. Je nejen empatický, ale i vřelý a upřímný. Ve čtvrté etapě (od roku 1970) se terapie zaměřuje na dosažení intenzivních citových prožitků vzájemného „*setkání*“ s možností sebeprojevení a empatického spoluprožívání nejen v dyadickém vztahu, ale zejména ve skupině. Přístup se také kromě práce s pacienty či klienty více zaměřuje na práci směřující k rozvoji a duševnímu růstu zdravých lidí a dostává nový název, „přístup zaměřený na člověka“. Rogers se také přihlásil k hnutí humanistické psychologie a jeho terapeutický systém se v současnosti řadí k humanistické psychoterapii.

K základním Rogersovým monografiím, ve kterých lze sledovat postupné propracování a revize koncepcí, patří „Counseling and psychotherapy“ (1942), „Client centered therapy“ (1951), „On becoming a person“ (1961), „Carl Rogers on encounter groups“ (1970) a „A way of being“ (1980). Výzkumy Rogerse a jeho pracovní skupiny z chicagského období při zkoumání psychoterapie u neurotik jsou shrnuty v práci vydané společně s R. Dymondovou pod názvem „Psychotherapy and personality change“ (1954). Výzkumy wisconsinského období o možnostech aplikace přístupu na psychoterapii schizofreniků obsahuje svazek „Psychotherapeutic relationship and its impact“, vydaný ve spolupráci s Gendlinem, Kieslerem a Truaxem (1967). Problematiku empatie, vřelosti a opravdovosti dále rozvíjeli zejména Truax a Carkhuiff v monografii „Toward effective counseling and psychotherapy“ (1967). Vývoj i novější trendy v rogersovské terapii zachycují postupně sborníky statí Harta a Tomlinsona „New directions in client-centered therapy“ (1970), Levanta a Shliena „Client-centered therapy and the person-centered approach“ (1984) a Levanta aj. „Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties“ (1990). V němčině podali podrobný přehled koncepcí spolu s vlastními zkušenostmi a kazuistikami R. a A. Tauschovi v knize „Gesprächspsychotherapie“ (9. vyd. 1990).

U nás patří k základním pracím publikace představitel rogersovské školy J. Vymětala, který po sérii článků a statí o empatickém přístupu (např. 1973, 1984) vydal původní monografii „Rogersovská psychoterapie“ (1996), která je nověji rozšířená ve spolupráci s Rezkovou a vydaná pod názvem „Rogersovský přístup k dospělým a dětem“ (2001). Stručným autentickým úvodem je stať B. Meadorové a C. Rogerse „Přístup zaměřený na člověka“ (1996). Do slovenštiny byla I. Valkovičem přeložena Rogersova publikace On becoming a person pod názvem „Ako byť sám sebou“ (1995), která je zajímavým zredigovaným souborem různých, často osobně pojatých přednášek a článků, odrážejících Rogersovu osobnost a jeho názory z padesátých let. Valkovič dále přeložil knihy „Spůsob bytí“ (1997), „Encounterové skupiny“ (1997) a „Klientom centrovaná terapia“ (2000). „Způsob bytí“ vyšel i v češtině (1998). Empatii se z širšího psychologického pohledu zabývá rovněž přeložená monografie maďarského psychoterapeuta B. Budy „Empatia“ (1994).

## Behaviorální psychoterapie

Behaviorální psychoterapie získala podnět ke svému rozvoji v experimentální psychologii zabývající se studiem procesů *učení* a je pokusem aplikovat výsledky a metody této disciplíny na poruchy lidského *chování*. Vychází především z pozorovatelných a experimentálně zachytitelných vztahů mezi podnětem a reakcí. Má vztah ke klasickému behaviorismu Watsonovu, opírá se ovšem o dokonalejší metody a nový rozsáhlý materiál. Má též vztah k pracím Pavlovovým a Bechtereovým (spíše však k jejich metodologickým aspektům než k neurofyzilogickým koncepcím) a dále ke koncepcím Skinnerovým a k teoriím sociálního učení. Odmítá spekulaci a staví na pozorovatelných a registrovatelných faktech a na jejich objektivním popisu.

Behaviorální terapeuty spojuje přesvědčení, že poruchy chování nejrůznějšího typu jsou v podstatě naučenými reakcemi. Je-li např. neurotické chování naučené, musí se řídit experimentálně zjištěnými zákony učení, a tedy podléhat i přecvičování a odučování. Zatímco např. v rogersovské a existenciální psychoterapii techniky ustupují do pozadí, je zde důraz kladen vysloveně na techniky: je nutno najít přiměřenou nacvičovací nebo přecvičovací techniku, která příznak odstraní nebo chybějící reakci doplní. K vyléčení neurózy nevede změna v myšlení, nýbrž přímá změna v jednání. Uspořádá-li terapeut vhodně podmínky, probíhá učení nebo odnaučování automaticky. Pojmy jako náhled, nevědomé procesy, symbolické reakce apod. se zde stávají zcela bezpředmětnými.

K zakladatelům tohoto směru patří anglický klinický psycholog H. J. Eysenck a americký psychiatr J. Wolpe.

Hans J. Eysenck se narodil v Německu v r. 1916. Matka byla krásná a inteligentní filmová herečka, otec herec a konferenciér. O syna se rodiče příliš nestarali, vychovávala ho spíše babička. Byl nadějí juniorského tenisu a také závodně boxoval. Rodiče se rozvedli, matčiným druhým manželem se stal židovský producent, a proto rodina po nástupu Hitlera k moci opustila Německo. Eysenck studoval nejprve na univerzitě v Dijonu ve Francii a doktorát filozofie získal na univerzitě v Londýně. Původně chtěl studovat fyziku, ale vlivem administrativních zmatků skončil na psychologii. Během války pracoval jako výzkumný psycholog v Emergency hospital v Londýně. Po válce založil a do r. 1984 vedl psychologické oddělení psychiatrického ústavu, který má své klinické základny v londýnských nemocnicích Bethlehem Royal a Maudsley. Zároveň byl profesorem psychologie na londýnské univerzitě. Jeho



OBR. 12 H. J. Eysenck

četné práce se vztahují ke studiu osobnosti. Vytvořil postupně koncepci osobnosti s kruhovým schématem rysů s osami extraverze–introverze a stabilita–labilita (neuroticismus), navrhl dotazníky k jejich měření (MMQ, MPI, EPI), zjišťoval vztahy typů neuróz k osobnosti, např. polarity dystymie–hysterie k introverzi–extraverzi. Zabýval se dále motivací, inteligencí a psychopatiologií. Je znám ostrou kritikou nevědeckosti psychoanalýzy a projektivních testů, zejména testu Rorschachova. V této souvislosti poněkud překvapil jeho kladný postoj k parapsychologii (srv. „Objasněné záhady“, 1994). Vypracoval koncepci a techniky behaviorální terapie. Patřil k agilním, produktivním, ostře kritickým a bojovným, všeobecně provokujícím osobnostem. Ostatně on sám se označil za „rebela“ (Rebel with a cause, 1990). Hans J. Eysenck zemřel r. 1997.

Josef Wolpe (1915–1997) se narodil v Jihoafrické republice. V dětství byl silně ovlivňován svou babičkou, která se z něj snažila učinit zbožného příslušníka pravověrného židovství. Zpočátku hodně četl židovské spisovatele, později však začal číst i jiné filozofy, od Kanta přes Huma až po Russela, a stal se ateistou. V tomto životním období byl přitahován ateistickou psychoanalýzou, brzy se však začal zajímat spíše o učení I. P. Pavlova a C. Hulla. Lékařské vzdělání získal na jihoafrické witwaterstandské univerzitě, na které pak řadu let přednášel psychiatrii. Pro dizertační práci si zvolil výzkum podmiňování u koček. Spjoval zvuk bzučáku s elektrickou rankou a vyvolal podmíněnou strachovou reakci na bzučák. Při zvuku bzučáku se utlumil i zájem koček o jídlo. Podařilo se mu dokázat, že nabízením jídla v příznivějších podmínkách, např. na jiném místě, se může zase naopak utlumit podmíněná strachová reakce na bzučák a že podobné *protipodmiňování* lze využít i v terapii strachů u pacientů. Od r. 1956 pracoval v USA, nejprve ve výzkumném středisku na Stanfordské univerzitě, pak jako profesor psychiatrie na univerzitě ve Virginii a potom dlouhou dobu na lékařské fakultě Temple univerzity ve Filadelfii. Později přešel na univerzitu Pepperdine. Svoji koncepci i zkušenosti, opírající se o široké a systematické užití jím vypracovaných behaviorálních technik v rozsáhlé soukromé psychotherapeutické praxi, nabídl poprvé v průkopnické monografii „Psychotherapy by reciprocal inhibition“ (1958). Podobně jako mnozí jiní zakladatelé nových směrů odmítal snahy o revizi svého učení a trval na jeho „čistotě“.



OBR. 13 J. Wolpe

Wolpe definoval neurotické chování jako „přetrvávající návyk neadaptivního chování, získaného učením u fyziologicky normálního organismu“. Zásadní význam připisuje úzkosti, která je pravidelně součástí situace, v níž dochází k neurotickému učení, a obvykle je též součástí neurotického syndromu. Podobně Eysenck uvádí, že neurotické symptomy jsou naučené vzorce chování, které jsou z nějakého důvodu neadaptivní. Někdy jsou neurotické symptomy výsledkem naučení se neadaptivní reakci (např. fobie), jindy jsou znakem deficitním, tj. nenaučením se správnému chování adaptivnímu (např. enuréza).

Teoriemi učení, které mají přímý vztah k psychoterapii, jsou především teorie C. L. Hulla (teorie posilování) a teorie Skinnerova (teorie instrumentálního podmiňování), významné jsou dále principy učení obsažené v pracích Thorndikea, Guthrieho, Mowrera, Spenceho, Dunlapa aj.

Za klasické se ve vztahu k terapii učení považují dva pokusy s malými dětmi. Prvním je pokus Watsona a Raynerové (1920) s jedenáctiměsíčním Albertem. Kdykoli se Albert přiblížil k bílé myši, která byla do té doby neutrálním objektem, ozval se děsivý hluk. Po pěti pokusech projevoval Albert v přítomnosti bílé myši známky strachu. Strach se postupně generalizoval i na objekty podobné, např. na bílé králíky, bílou vlnu. Druhým je pokus M. Jonesové (1924): zkusila léčit tříletého Petra, u kterého vznikla v přirozeném prostředí fobie z bílých myší, králíků a vlněných předmětů, podobná experimentálně vytvořená fobie u Alberta. Do Petrovy blízkosti dávala postupně bílou myš v době, kdy si hrál s dětmi, které se jí nebály, nebo v době, kdy si pochutnával na jídle. Strach se pomocí kladných reakcí postupně snižoval, fobická reakce na spatření bílé myši se odpodmiňovala.

Wolpe vypracoval na základě studia materiálů z výzkumů Pavlovovy školy, Hullový konceptce a vlastních pokusů na kočkách *teorii o recipročním (vzájemném) útlumu* jako výkladovou teorii psychoterapeutických účinků. Neurotické chování se získá v situacích vyvolávajících strach nebo úzkost. Úspěšná terapie závisí na recipročním útlumu neurotických strachových reakcí. Dochází k utlumení strachových reakcí vlivem současného vyvolávání jiných reakcí, které jsou po fyziologické stránce se strachem neslučitelné. Vyvoláme-li současně s podnětem, který dosud vyvolával strach, reakci, která je se strachem neslučitelná, podmíněné spojení mezi tímto podnětem a strachem se oslabí.

Upozorňujeme zde, že Wolpe používá ve svých pracích pojem *úzkost* („anxiety“). V uvedeném kontextu však je vhodnější pojem strach, protože situace, kterých se pacient bojí, jsou známy. Úzkostí rozumíme v naší psychopatologické terminologii neurčitý strach bez konkrétního předmětu.

K reakcím, které jsou protikladné strachu, patří např. konzumace jídla (viz uvedený příklad Jonesové), stav relaxace, sexuální reakce a reakce sebeprosazení. Reakce sebeprosazení je reakce, při níž člověk plně projeví své emoce a přiměřeným způsobem se dožaduje svých vlastních práv. Hlavním smyslem užití těchto reakcí je překonat neurotické návyky a strach v interpersonálním kontextu. V terapeutické situaci např. terapeut hraje osobu, z níž má pacient ve svém životě strach, a opakovaně učí pacienta, aby se vůči němu prosadil. Tím se pacient naučí reagovat sebejistě i ve společnosti, kritické osoby pro něho přestávají být anxiogenními podněty. Podobně protívahou strachu u psychogenních poruch potence se může stát intenzita sexuální potřeby. Lze-li zajistit spolupráci partnerky, doporučuje se, aby pacient prožíval příjemné pocity z vzájemného tělesného kontaktu a milostné hry bez nucení se do soulože, která by byla spojena se strachem ze selhání. K pokusu o soulož má dojít teprve tehdy, až za uvedených okolností sexuální potřeba převládne nad tlumivým vlivem strachu. Nejúčinnějším a také nejčastěji využívaným podnětem v odstraňování úzkosti a strachu je *svalová relaxace*. Situace původně vyvolávající strach nebo představa takové situace se spojuje s relaxovaným stavem. Tím původní strach postupně slábne a pacient se *desenzibilizuje*.

Princip svalové relaxace spojované s představami odstupňovaných situací vyvolávajících strach je využit ve Wolpově klasické metodě léčby fobií, nazvané systematická desenzibilizace. V současné době se však v behaviorální terapii častěji využívá přirozenější expozice reálné situaci (in vivo), a to buď ve formě postupné nácvikové konfrontace, nebo ve formě plného zaplavení (flooding), při němž má pacient vydržet v subjektivně nepříjemné situaci tak dlouho, dokud se strach nezačne zmírňovat a mizet. U obsedantně-kompulzivních poruch je zaplavení obávanou situací navíc spojeno se zabráněním kompulzivnímu chování (např. zabránění umytí rukou po jejich záměrném uspinění).

Významná je dále aplikace Skinnerových výsledků s instrumentálním (operantním) podmiňováním, kterou zvláště zdůrazňuje jeden z trendů v behaviorální terapii, který se označuje jako „aplikovaná behaviorální analýza“. Na rozdíl od Pavlovova klasického podmiňování, kdy se podmíněný podnět (např. zvonek) pasivně spojuje s podáním potravy, až sám začne vyvolávat slinění, je při instrumentálním podmiňování zpevnění (posílení) potravou vázáno na určitou aktivní manipulaci, operaci s instrumentem: např. potrava vypadne teprve tehdy, když pokusný subjekt aktivně stiskne

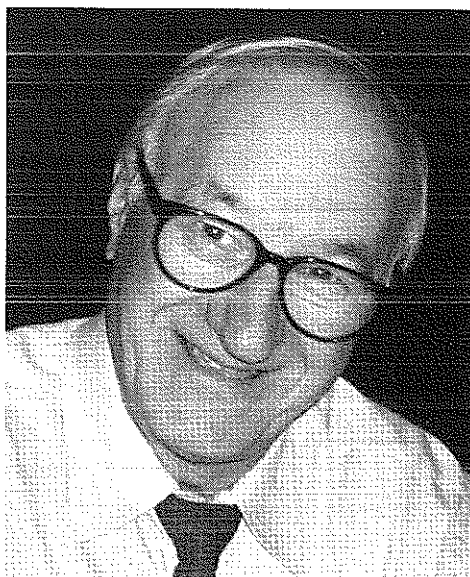
určitou páčku. Zpevnění reakce je tedy závislé na uskutečnění reakce samé. Zpevnění nenastane, nedojde-li k reakci (stisknutí páčky). Subjekt hraje v procesu učení při instrumentálním podmiňování aktivní roli. Toho se prakticky využívá v *technice selektivního zpevňování*: odměňuje se objevení určité žádoucí reakce a neodměňuje se nežádoucí reakce. Tak např. u schizofreniků, u nichž se uměle zvýší hlad inzulínu, následuje po určitém žádoucím chování, např. určité sociální nebo intelektuální činnosti, bezprostředně odměna ve formě sladkosti. Pro cvičení intelektuálních funkcí a realistického myšlení se používá aparátů, ze kterých po správném řešení úkolu vypadne bonbon, cigareta nebo mince. Důležité je experimentální zjištění, že pozitivní zpevňování je účinnější, je-li nepravidelné.

V behaviorální terapii se rovněž využívají poznatky z pokusů s nepříjemnými podněty, „tresty“. Nežádoucí reakce se spojují s nepříjemným podnětem, jako je elektrická rána nebo farmakologicky vyvolané zvracení, dokud nevznikne tendence se jim vyhnout. Na rozdíl od pozitivních podnětů musejí být negativní zpevňující podněty aplikovány důsledně, tedy pravidelně. Také nahromadění opakování určité reakce bez zpevňování může vést postupně k jejímu vyhasínání: tak např. úmyslné opakování tikového pohybu, koktání aj. lze využít k léčbě (metoda negativního nácviku).

Schematicky lze tedy říci, že behaviorální terapie využívá jednak principu klasického podmiňování, jednak principu instrumentálního (operantního) podmiňování. 1. Terapie pomocí klasického podmiňování předpokládá spojení určeného podnětu s reakcí více nebo méně mimovolní, reflexní, automatickou. V některých případech se na týž podnět nacvičuje jiná reakce, např. při objevení předmětu fobie se má organismus naučit reagovat klidem místo vegetativními projevy strachu. Lze mluvit o protipodmiňování: do této kategorie patří mj. postupy využívající reciproční útlum. V jiných případech se má naopak táž reakce nacvičit na jiný podnět, např. při enuresis nocturna má být močení reakcí na volní impuls, nikoli na signály z močového měchýře. 2. Při terapii pomocí instrumentálního podmiňování patří reakce do kategorie reakcí volních a záměrných. Ty se mají pozměnit tím, že po jejich uskutečnění nebo naopak neuskutečnění následuje odměna nebo trest. Při učení pomocí odměny nebo též vynechání odměny mluvíme o pozitivním zpevňování (posilování). Při použití trestu nebo při vytváření situací s hrozícím trestem a možností vyhnout se trestu jde o formu negativního zpevňování.

Albert Bandura (1969) věnoval se svými spolupracovnicemi systematickou pozornost ještě další formě učení, která je rovněž účinným prostředkem terapeutického působení. Je to učení zástupnou zkušeností, které je vlastně učením „bez pokusů“, učením pomocí pozorování, učením nápodobou. Označuje se též jako *sociální učení*.

Princip sociálního učení výstižně ilustruje historka, která koluje v americké psychologické literatuře. Osamělý farmář, který si koupil papouška, chtěl, aby mu papoušek říkal „strýčku“. Strávil mnoho hodin tím, že papouškovi vtoukal do hlavy „řekni strýčku“. Když to nešlo po dobrém, vzal klacíček a pokaždé, když papoušek na výzvu nereagoval, praštil ho klacíčkem do hlavičky. Když ani to nepomohlo, strčil rozezlý farmář papouška do kurníku. Za chvíli bylo slyšet z kurníku velké kdákání, a když se šel farmář podívat, co se děje, spatřil papouška, jak tlouče do hlavy slepici a křičí „řekni strýčku“.



OBR. 14 A. Bandura

Historika ilustruje myšlenku, že v psychoterapii stejně jako ve výchově může probíhat paralelně učení instrumentální i učení sociální. První se děje na základě toho, čeho chceme u pacienta dosáhnout pomocí odměny a trestu, druhý proces je procesem nápodoby toho, co sami děláme. Někdy je chování, které slouží jako vzor k nápodobě, pravým opakem toho, čeho bychom chtěli dosáhnout. Bandura provedl sérii pokusů, zaměřených na psychoterapii dětí: prokázal, že nápodoba může mít vliv na vytváření i na vyhasínání poruchového chování. V jeho pokusech se u neagresivních dětí, které sledovaly agresivní chování vůči hračkám, významně zvýšila frekvence agresivního chování ve frustračních situacích. Naopak fobické děti, bojící se psa, si dokázaly pohrát se psem, jestliže předtím opakovaně ve skutečnosti nebo ve filmu sledovaly při hře se psem svého nebojácného vrstevníka.

Předpokladem a součástí jakýchkoli behaviorálních terapeutických postupů je vždy *behaviorální diagnostika* (assessment), která je zaměřena na přesný popis cílového chování, které má být ovlivňováno a měněno, a na volbu nejvhodnějších metod k tomuto účelu. Na rozdíl od tradiční psychologické diagnostiky nezjišťuje, jaké má klient rysy, ale co klient dělá. Součástí behaviorální diagnostiky jsou pozorování chování v přirozených situacích a při hraní rolí, rozhovor s významnými osobami z klientova okolí, data z klientových sebepozorování a strukturovaných dotazníků, případně fyziologická měření. Úkolem je získat specifický obraz o udávaných potížích (ne jen že „má strach“, ale kdy, kde, za jakých okolností, jak silný, jak často, jak dlouho trvá) a o tom, co jim předchází a co po nich následuje. Stejným způsobem jsou pak potíže či problémy „měřeny“ i v průběhu terapie, aby mohl být zaznamenán, komentován a oceňován každý dílčí pokrok.

U postupů využívajících operantního podmiňování (odměn a trestů) je třeba napřed zjistit, jaký je základní výskyt chování, které se má v terapii ovlivnit. Pak je třeba určit podmínky, za kterých se bude poskytovat zpevnění, jaké zpevnění to bude a kdo je bude poskytovat. Pak se sledují změny, k nimž dochází ve srovnání se zjištěným základním výskytem ovlivňovaného chování.

Behaviorální terapii se vytýká, že se snaží vypořádat pouze se symptomy a nechává nedotčeny základní příčiny „nemoci“. Úspěchy takové terapie mohou být podle dynamické psychoterapie nanejvýš dočasné a problematické. Při trvání příčiny se odstraněný symptom nahradí jiným. Behaviorální terapeuti připouštějí, že jsou zaměřeni na symptomy, a považují to za správné: léčení symptomů, na které si pacient stěžuje, má být hlavní věcí, které se musí terapeut věnovat. Jejich statistické údaje svědčí o úspěšnosti takového přístupu. Wolpe uváděl 90 % vyléčených nebo výrazně zlepšených pacientů. Výsledky jsou dostatečně trvalé, i když ani pacient, ani terapeut nevědí, co bylo základní příčinou nemoci. Přílišný zájem o „příčiny“ někdy spíše zdržuje terapeutický proces. Dynamickou psychoterapií předpokládané „hluboké vnitřní příčiny“ buď vůbec neexistují, a pokud existují, přestávají být během terapie významné. Symptom vytváří bludný kruh se strachem a vyléčením symptomů se bludný kruh přeruší. Proto je symptomatická léčba specifická, zaměřená na rozhodující moment patogenních mechanismů (Wolpe).

Kromě „klasického“ klinického údaje J. Wolpeho o devadesátiprocentní úspěšnosti jeho léčby, který pro výzkumně orientovaného pracovníka nezní zvláště přesvědčivě, existuje dnes už řada výzkumných studií s kontrolními skupinami, které dokazují vysokou a trvalou účinnost behaviorálních metod (Grawe 1994). Ukázky některých z nich jsou v kapitole o výzkumu.

Další vývoj behaviorální terapie vedl ke snahám rozšířit behaviorální model o důraz na subjektivní děje a podtrhnout patogenní i terapeutickou roli kognitivních procesů. Přes deklarativní důraz behaviorálního směru na vnější podněty a vnější chování jako protiklad k nespolehlivým subjektivním údajům pracuje vlastně již i Wolpeho metoda systematické desenzibilizace s představami, tedy se subjektivními zážitky. Další autoři věnovali subjektivním zážitkům ještě větší pozornost. Cautela vytvořil techniku *vnitřní senzibilizace*. Při ní se v představách opakovaně spojuje nežádoucí chování s nepříjemnými důsledky. (Obézní pacient si spojuje představu konzumace vysokokalorického jídla, např. zákusku, s představou dávení a zvracení, s pocity hnusu a společenské ostudy.)

Redukcionistické behaviorální schéma S–R ustoupilo a nahradilo je rozšířené Lindleyovo schéma S–O–R–K–Kp. Symbol O zde znamená organismus s jeho biologickou a genetickou podmíněností, s jeho historií a aktuálním stavem, i osobnost s inteligencí, temperamentovými rysy, postoji, motivačními faktory a okamžitou zaměřeností. Reakce není určena pouze podnětem (prostředím). Působí zde *osobnostní faktory* a *vnitřní kognitivní zpracování* jako *intervenující* (vymezené, zprostředkující) *proměnné*.

K a Kp ve schématu představují faktory související s operantním podmiňováním. K (konsekvence) jsou bezprostřední důsledky chování, které mohou znamenat pozitivní nebo negativní posílení. Ovlivňují pravděpodobnost a frekvenci opakovaného výskytu příslušné

reakce nebo chování: mohou ji zvyšovat, snižovat nebo být irelevantní. Kp je kontingenční poměr, který určuje, s jakou častostí a v jakém časovém sledu má určitá reakce jedince určité důsledky.

Zájem o *sebeovládání a seberegulační procesy* posunul behaviorální terapeuty od výlučného determinismu prostředí k recipročnímu determinismu. Jedinec není pouhým pasivním produktem prostředí, ale aktivním účastníkem, který je s prostředím v interakci. Věnuje se pozornost schopnosti člověka přemýšlet o sobě, řídit vlastní chování a ovládnout reakce, které mají bezprostředně důsledky příjemné, ale perspektivně pochybné (Kanfer a Phillis 1970, Thoresen a Mahoney 1974, Hartigová 1974, Karoly a Kanfer 1982). Sebeovládání směřuje ke vzdání se bezprostřední příjemnosti ve prospěch vzdálenějšího kladného výsledku (omezování jídla k dosažení štíhlosti, vzdání se kouření či pití k odstranění negativních zdravotních důsledků a závislosti, provádění namáhavých tělesných cvičení k dosažení tělesné zdatnosti).

K technikám nácviku patří:

1. Cílevědomá volba podnětů – vyhýbání se podnětům, které vedou k nežádoucímu chování nebo je usnadňují, a vyhledávání podnětů, které jsou s ním neslučitelné nebo od něj odpoutávají.
2. Sebekontrola – sledování a zaznamenávání výskytu chování, které je žádoucí nebo nežádoucí. Vedení záznamů již samo o sobě může ovlivňovat častost výskytu.
3. Sebeodměňování – poskytnutí si odměny za uskutečnění žádoucího chování. Je to extrapolace z laboratorního výzkumu operantního podmiňování.
4. Sebetrestání – osoba si sama působí za trest nějakou nepříjemnost nebo si odřekne příjemnost, když došlo k nežádoucí reakci.

Trendy v behaviorální psychoterapii, které připisují značný význam i subjektivním dějům a využívají je terapeuticky, se začaly označovat jako *kognitivně-behaviorální terapie* (Mahoney 1974, Meichenbaum 1977). Využívají i některých koncepcí a technik, které původně vycházejí z jiných teoretických východisek než behaviorální terapie, např. racionálně-emoční terapie A. Ellise a kognitivní terapie A. Becka, které tvrdí, že základem psychopatologie je iracionální myšlení. Těmi se budeme zabývat v následující kapitole o kognitivní psychoterapii, do níž zařadíme i podrobnější charakteristiku kognitivně-behaviorální terapie, která oba přístupy kombinuje a ve vzniklém širším rámci rozvíjí i vlastní nové metody. Současně vznikly snahy o zapojení behaviorální psychoterapie do ještě širšího terapeutického pojetí, jak to naznačila např. *širokospektrá behaviorální terapie* A. Lazaruse (1971, 1976) a později jeho eklektická *multimodální terapie* (1981), kterou uvedeme až v rámci eklektických a integrativních směrů.

Na Slovensku již v roce 1966 vypracoval Kondáš (1964, 1966, 1969, 1973, 1985) analogický širší přístup pod názvem *discentná psychoterapie*, který překonával jednostrannost pojetí podnět-reakce a včlenil navíc zřetel k subjektivním faktorům. Vytvořil užitečnou koncepční základnu pro rozvoj technik vycházejících z teorií učení s důrazem na specifické rysy lidského učení a se zřetelem a) k vlivu vědomí jako regulujícího činitele, b) k významu celé osobnosti, zejména motivačních činitelů a postojů, c) k možné vícefaktoriální podmíněnosti neurozy a d) k pozitivnímu terapeutickému vztahu. Světový vývoj behaviorální terapie mu dal plně za pravdu.

K základním klasickým pracím v oblasti behaviorální terapie patří Wolpeho „Psychotherapy by reciprocal inhibition“ (1958) a Eysenckem redigovaný sborník „Behaviour therapy and the neuroses“ (1960). Přehled technik založených na recipročním útlumu podal Wolpe a Lazarus v příručce „Behavior therapy techniques“ (1966), po jejich roztržce pak samostatně Wolpe v „The practice of behavior therapy“ (1973, 4. vyd. 1990). Lazarusův příklon ke komplexnějšímu klinickému pojetí se odráží v jeho práci „Behavior therapy and beyond“ (1971) a „Multimodal behavior therapy“ (1976). Pojetí anglické školy obsahuje zejména Eysenckova a Rachmanova monografie „The causes and cures of neurosis“ (1965). Techniky vycházející z operantního podmiňování, s aplikacemi mj. též u schizofeniků a dětí, shrnují v přehledových statích L. Krasner (1971) a A. Kazdin (1978).

Důkladnými díly základního významu jsou monografie A. Bandury „Principles of behavior modification“ (1969) a A. Yatese „Theory and practice in behavior therapy“ (1975). Kvalitními učebnicemi jsou knihy K. O. Learyho a G. T. Wilsona „Behavior therapy: application and outcome“ (2. vyd. 1987) a J. Masterse a kol. „Behavior therapy“ (3. vyd. 1987).

Od r. 1963 vychází Eysenckem a Rachmanem redigovaný časopis „Behaviour research and therapy“, od r. 1970 časopisy „Behavior therapy“ a „Journal of behavior therapy and experimental psychiatry“. Dále vychází anglický „Behavioural psychotherapy“ a ještě 5 časopisů dalších. Publikace se tak hromadí, že od r. 1973 začali C. Franks a G. Wilson vydávat objemné ročenky „Annual review of behavior therapy“, které systematizují a komentují vývoj vždy za 1–2 roky. Zpočátku přetiskovaly vybrané nejvýznamnější stati. Od osmého svazku (1982) se k Franksovi a Wilsonovi připojili další autoři a namísto přetiskování statí podává každý autor podrobné shrnující přehledy dílčích oblastí behaviorální terapie (12. svazek vyšel v roce 1990).

Na Slovensku vydal O. Kondáš nejprve výzkumně zaměřenou publikaci „Podiel učenia v psychoterapii“ (1964) a pak obsáhlou základní monografií „Discentná psychoterapia“ (1969, 1973), ve které jsou mj. zachyceny osobnosti, vývoj, teorie a metody psychoterapie učením a její aplikace na různé poruchy i s autorovými vlastními zkušenostmi a dílčími výzkumy.

V češtině jsou nověji zásluhou překladů P. Možného dostupné – zatím jen „pro vnitřní potřebu České společnosti kognitivně-behaviorální terapie“ – dvě základní současné práce anglických autorů: Murdocha a Barkera „Základy behaviorální terapie“ (1991) a Hawtona a kol. „Kognitivně-behaviorální terapie u psychiatrických problémů“ (1989). Praško s Kosoovou vydali příručku „Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí“ (1998) a Možný s Praškem připravili základní učebnici „Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe“ (1999).



## Kapitola 5

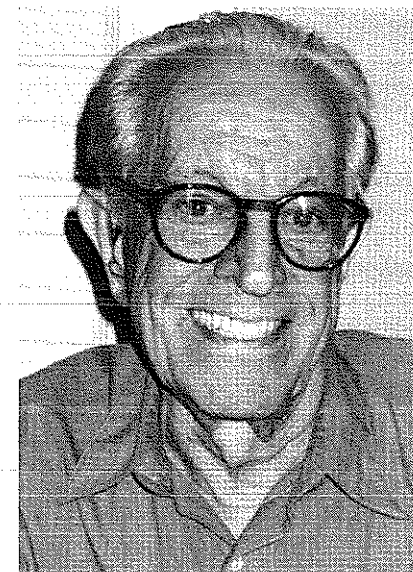
# Kognitivní psychoterapie

Pod název kognitivní psychoterapie řadíme psychoterapeutické postupy, které věnují prvořadou nebo alespoň značnou pozornost poznávacím procesům, a to především *myšlení*. Odlišují se tím jak od behaviorální terapie, která ve své extrémní podobě vnitřní procesy zcela ignorovala, tak od škol psychoanalytických, které z vnitřních procesů zajímaly spíše pudové tendence a děje odehrávající se v nevědomí. Název kognitivní terapie volíme jako nadřazený pojem pro racionálně-emoční terapii A. Ellise a kognitivní terapii A. Becka, dva přístupy, které mají odlišný název, odlišnou historii a zčásti i odlišnou terminologii, ale věcně jsou si značně blízké, a pro kognitivně-behaviorální terapii, která spojuje ovlivňování myšlení s ovlivňováním chování. Společným rysem těchto přístupů je orientace na vědomou činnost, na přítomnost a na využívání racionální logické argumentace.

## 5.1 Racionálně-emoční terapie

Racionálně-emoční terapie (RET) je psychoterapeutické pojetí vytvořené v padesátých letech 20. století americkým klinickým psychologem A. Ellisem, které zdůrazňuje vliv přesvědčení a názorů při vzniku a léčení neurotického chování.

Albert Ellis, narozený v r. 1915, získal doktorát z klinické psychologie na Kolumbijské univerzitě v New Yorku. Byl vycvičen v psychoanalýze (jako analytik pocházel ze školy Karen Horneyové) a sám pak prováděl řadu let různé formy psychoanalytické léčby. Postupně však byl stále více nespokojen s účinností jak klasické analýzy, tak psychoanalytické psychoterapie. Opustil neplodné zabývání se nevědomými konflikty pocházejícími z raného dětství a začal přikládat význam aktuální iracionální životní filozofii svých pacientů. Otevřeně a přímo napadal jejich iracionální postoje a nutil je, aby tyto postoje aktivně přehodnotili. K tomu měl Ellis vhodné osobnostní předpoklady: aktivitu, rychlost, direktivnost, bojovnost, radost z konfrontačních diskusí, slovní pohotovost, jasný a přesvědčivý způsob vyjadřování, tendenci jít přímo k jádru věci a víru v účinnost racionálních argumentů. Své pojetí poprvé přednesl na sjezdu Americké psychologické společnosti v r. 1957. V roce 1959 založil v New Yorku Institut pro racionálně-emoční terapii, kde se léčí pacienti a školí terapeuti. V r. 1962 publikoval svou první monografii „Reason and emotion in psychotherapy“, která dodnes tvoří



OBR. 15 A. Ellis

základ jeho pojetí, a postupně vydal sám nebo se spolupracovníky více než 50 knih, zčásti odborných, zčásti pro laiky a pacienty. Jeho životní filozofie je hedonistická, spíše však v dlouhodobé perspektivě než se zaměřením na okamžité potěšení s možným pozdějším negativním dopadem. Dovede asertivně hájit své priority a zásluhy. V diskusi s D. Meichenbaumem, referujícím o současné kognitivně-behaviorální terapii (na anaheimské konferenci o vývoji psychoterapie, 1990) poukazoval důrazně na to, že většinu uváděných inovací sám už dávno uveřejnil ve svých pracích. Svůj základní přístup Ellis dopracovává a začleňuje do něj další poznatky. V r. 1990 oznámil rozšíření názvu svého přístupu na „*racionálně-emoční behaviorální terapie*“.

Ellis od počátku pracuje s jednoduchým základním schématem, které označuje jako ABC. Později je rozšířil ještě o písmena D, E a G.

Následuje-li po určitém vnějším podnětu A („activating event“) emočně nabitý důsledek C („consequence“), vypadá to zdánlivě tak, jako by podnět či událost označená jako A byla příčinou důsledku C. Ve skutečnosti však jsou emoční důsledky do značné míry způsobeny systémem názorů, postojů a přesvědčení jedince, který Ellis označuje jako B („belief system“). Ellisovo schéma A–B–C je vlastně specifickou formou behaviorálního schématu S–O–R, v němž O (organismus, osobnost) představuje soubor intervenujících proměnných, vsunutých mezi podnět a reakci a spoluurčujících, jakou reakci podnět vyvolá. Ellis z těchto intervenujících proměnných vybírá myšlení (racionální či iracionální názory), jemuž připisuje rozhodující význam pro přiměřené či nepřiměřené emoční reagování. Jako základní motto cituje Epiktetův výrok „*Člověka neznepokojují samotné věci, ale jeho mínění o nich*“.

Za hlavní úkol psychoterapie považuje Ellis pomáhat pacientovi odstranit jeho nerealistické názory. Často to není úkol lehký, protože pacient se těmito názory opakovaně



sám indoktrinuje. Ellis proti nim používá přímý útok s využitím veškeré autority terapeuta a všech dostupných didaktických a přesvědčovacích technik, apelujících na logické myšlení pacienta. Snaží se u něho vypracovat racionální životní filozofii.

Podívejme se po tomto stručném shrnutí na Ellisovu koncepci podrobněji z hlediska teorie osobnosti, psychopatologie a terapeutického procesu.

Člověk zpracovává *události* (A), které se jej dotýkají, např. rozchod s partnerem nebo neúspěch u zkoušky, za pomoci svých *přesvědčení* (B) či názorů. Tyto názory mohou být rozumné, jako např. že rozchod je politováníhodný a neúspěch u zkoušky nepřijemný, ale není to žádná katastrofa, nebo mohou být iracionální, např. „nikdo mě nemá rád“ a „nedokážu zvládnout studium“. Jedinec si obvykle jasně neuvědomuje, že výsledná reakce – zklamání, zlost, smutek či beznaděj – není přímým důsledkem samotné události, ale důsledkem toho, jak si ji sám svým myšlením zpracoval. Zpracoval-li ji tak, že se jako výsledek (C) objeví déletrvajících potíže a poruchy, je potřeba jeho iracionální názory konfrontovat se skutečností. Nastupuje D, *diskuse* s nimi, na jejímž základě se může vytvořit E, *efektivní nová filozofie*, racionální a zdravý soubor názorů. Terapeut a klient spolupracují na překonání dětského, vyžadujícího a absolutizujícího stylu myšlení a na dosažení logického zpracovávání informací, které charakterizuje dospělého a zodpovědného člověka.

Novější rozšíření schématu o písmeno G (goals) pro *cíle* znamená rozšíření Ellisova pohledu o důraz na význam hodnot v lidském životě. K základním cílům (FG, fundamental goals) obvykle patří přežít, žít pokud možno bez bolesti a být osobně spokojen. Dílčími cíli může být spokojenost se sebou, s druhými lidmi, s intimním vztahem, s povoláním, ekonomickými podmínkami, vzděláním a rekreací. Tyto cíle a hodnoty (G) mají vliv na názory (B) a zřetel k nim se stává součástí diskusí a argumentační práce psychoterapeuta (D).

Tendence k iracionálnímu myšlení je podle Ellise vrozená a často je ve vývoji zesilována příklady rodičů a vlivy rodinného prostředí. Některé iracionální názory se vyskytují obecněji. Ellis je sbírá a ve svých publikacích uvádí v různých obměnách. Uvedeme pro ilustraci některé z nich.

1. Je nutné, aby člověka měli všichni rádi a oceňovali ho.
2. Hodnota člověka je určována jeho schopnostmi a jeho úspěchy.
3. Když věci nejsou takové, jak si přejeme, je to katastrofa.
4. Lidské štěstí je způsobeno vnějšími událostmi, které lidé nemohou ovlivnit.
5. Nejlepším způsobem, jak zvládnout nepřijemnou událost, je stále na ni myslet a dělat si s ní starosti.
6. Je snazší se životním nepříjemnostem a zodpovědnosti vyhnout než se k nim postavit čelem.
7. Musíme si udržet souhlas autorit, protože naše existence je na nich závislá. (Varianta: Musíme se opírat o někoho, kdo je silnější než my sami.)
8. Naše současné chování je určeno převážně naší minulostí.
9. Musíme se znepokojovat problémy jiných osob.
10. Každý problém má dokonalé řešení a to je vždy nutné najít.

Společným rysem iracionálních názorů je dogmatické přesvědčení, že věci *musí* být určitým způsobem uspořádány, že lidé se *musí* určitým způsobem chovat, že my *musíme* něco udělat. (Ellis to označuje slovem „musturbace“.) Charakteristickým

rysem je vyžadující a absolutizující charakter iracionálních přesvědčení. Není-li něco, co by mělo nebo musí být, lze očekávat katastrofální následky. Během terapie pomáhá terapeut pacientovi obecná i individuálně specifická iracionální přesvědčení odhalit a pomocí logických otázek a argumentace je zpochybňuje.

V terapeutických rozhovorech se RET příliš nezdržuje s podrobným rozбором událostí z pacientovy životní historie, protože ty už patří minulosti a nedá se na nich nic změnit. Také nezůstává dlouho u současných negativních emocí, které je zbytečné aktivizovat. Zaměřuje se na zpracování názorů a postojů. Terapeutovy *interpretace* nepoukazují na souvislosti mezi současnými problémy či potížemi a minulými zážitky, ale spíše na *souvislosti mezi současnými stížnostmi a současnými názory*, které jsou za nespokojenost a další negativní emoce zodpovědný především.

*Náhled* tak, jak jej chápe dynamická psychoterapie, tj. odhalení souvislostí současných problémů se zážitky z dětství, nevede podle Ellise k užitečným změnám. Je spíše zavádějící, protože spojuje A a C. RET směřuje k jiným druhům náhledu:

Náhled 1 znamená pochopit, že vliv událostí závisí na postoji k nim.

Náhled 2 znamená pochopit, že se pacient v současnosti udržuje a utvrzuje v nerozumných postojích k událostem.

Náhled 3 znamená pochopit, že k překonání takového sebeutvrzování a návyku na iracionální myšlení je třeba vyvinout aktivní úsilí a praktikovat odlišný přístup.

Kromě diskuse, v níž terapeut – na rozdíl od naslouchajícího rogersovského terapeuta – poměrně hodně mluví, vysvětluje, argumentuje a přesvědčuje, dostává pacient *domácí úkoly*, pomocí nichž si má ověřit nesprávnost svých dosavadních hypotéz a má praktikovat racionální myšlení.

Například plnění úkolu „chodit celý den ve zmačkaných kalhotách nebo s ponožkami v různých barvách na každé noze“ má pomoci perfekcionista opravit přesvědčení, že nedokonalost vede zákonitě ke společenskému odmítnutí a osobní katastrofě. „Nemusí“ být dokonalý.

*Vztah terapeuta s pacientem* je kooperativně pracovní, terapeut v něm vystupuje jako expert. Ellis nepovažuje za nutný „vřelý“ vztah. Terapeut „akceptuje“ klienta, ale kritizuje jeho názory a chování. Používá persuaze, dává mu úkoly, zkouší s ním přehrávat situace. Vznik přenosu se v RET nepodporuje, a pokud k němu dojde, slouží terapeutovi jako ukázka dalšího iracionálního postoje, kterého se pacient má za pomoci kritického úsudku rychle vzdát. Pokud RET využívá *práce ve skupinách*, nezaměřuje se na vztahy mezi členy skupiny, ale na využívání členů skupiny ke vzájemným komentářům o racionální kvalitě jejich myšlení a jednání. Zabývání se sny, symboly či archetypy se v RET považuje za ztrátu času.

Ellis považuje za účelné, aby klient získal *životní postoj*, který je charakterizován minimálními požadavky pro sebe a na sebe a maximální tolerancí k druhým. Má akceptovat sebe, ať už je úspěšný, nebo ne a ať ho druzí uznávají a milují, či ne, a tolerovat druhé, i když jejich chování neodpovídá jeho přáním.

Efektivní nová filozofie (E) se do konkrétních dílčích postojů promítá např. takto: „Dal bych přednost tomu, abych měl úspěch a byl milován, ale nemusí to být“, „Rád bych, aby mne druzí uznávali, ale není to nutné“, „Velmi si přeji, abych měl pohodlný život, ale mohu se bez toho obejít“.

Podle Ellise má terapeut pomáhat klientům, aby se plně aktualizovali, plně prožívali a co nejvíce se radovali z toho, co se děje „tady a teď“ a zároveň se dokázali některých momentálně příjemných, ale perspektivně nevýhodných činností vzdát. Při základní hedonistické orientaci nemají ztrácet ze zřetele její dlouhodobý aspekt, tj. *respektování a plánování radosti pro sebe a pro druhé také v budoucnosti*.

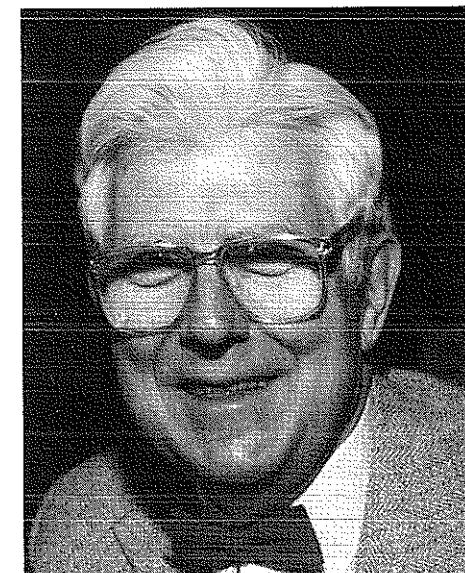
## 5.2 Kognitivní terapie

Kognitivní terapie A. Becka má v podstatě stejné východisko jako racionálně-emoční terapie Ellisova: za emoční poruchy odpovídá především nesprávné myšlení. Terapeut se zaměřuje na to, jak pacient interpretuje skutečnost, a vede ho k přezkoumávání názorů. Učí ho rozlišovat mezi objektivní skutečností a subjektivním hodnocením.

Aaron Těmkin Beck, profesor psychiatrie na Pennsylvánské univerzitě, se narodil roku 1921 v Providenci (Rhode Island) v USA. Jeho rodiče, kteří se seznámili v USA, pocházeli z Ukrajiny. Podobně jako Ellis se Beck původně vyškolic v psychoanalýze. Zajímal se o depresivní stavy a pokoušel se ověřovat Freudovu teorii depresí, předpokládající, že deprese je „na sebe zaměřená agrese“. Beck prováděl klinická pozorování depresivních pacientů a zkoumal jejich léčení pomocí tradiční psychoanalýzy. Místo výskytu do sebe obrácené zlosti v myšlenkách a snech depresivních pacientů zjistil spíše negativní předsudky v jejich myšlení. Na základě těchto poznatků vypracoval svoji teorii emočních poruch a kognitivní model deprese. Později se pokusil vypracovat kognitivní modely i jiných psychiatrických poruch. Řídí léčebné a výukové Středisko pro kognitivní terapii při Pennsylvánské univerzitě, kde vychoval řadu žáků a spolupracovníků. V osobním styku působí jako člověk klidný, mírný a zdvořilý. Obvykle nosí motýlka. Je ženatý; má 4 děti a 8 vnoučat.

Osobnost se utváří pomocí schémat, poznávacích struktur, které se skládají ze základních přesvědčení. Ta se tvoří brzy v životě na základě osobních zkušeností i na základě identifikace s osobami, které jsou v životě jedince významné. Lidé si vytvoří představy o sobě, o druhých a o tom, jak to na světě chodí. Schémata mohou být adaptivní nebo dysfunkční. Tak např. depresivní pacient smýšlí negativně o sobě, o svém okolí i o své budoucnosti. Toto dysfunkční pesimistické myšlení ovlivňuje jeho náladu, motivaci, produktivitu i jeho vztah k druhým a vede k psychickým i somatickým příznakům typickým pro depresi. Uvedené negativní myšlenky nazývá Beck *automatické myšlenky*, protože se pacientovi samy nabízejí. Označují se také jako kognitivní zkreslení nebo *kognitivní omyly*. Uvedeme příklady některých z nich (Beck aj. 1979, Burns 1980, Dostálová 1986, Praško a Šlepecký 1995).

1. *Nepodložené závěry.* Závěry nevyplývají z pozorované skutečnosti. Potkáme např. na ulici známého, který si nás nevšimne. Vyvodíme z toho, že se s námi nechce setkat, že se na nás zlobí nebo že je mu naše společnost nepříjemná. Někdy mají takové nepodložené závěry charakter předpovědi do budoucna („věštby“), která se pak na základě očekávání skutečně naplní: „Určitě mi tam zase bude špatně“.
2. *Zkreslený výběr faktů.* Nepodstatný detail je vytržen z kontextu. „Usmála se na něj. Určitě spolu něco mají“.



OBR. 16 A. T. Beck

3. *Nepřiměřené zevšeobecňování.* Na základě jednotlivého případu se vyvozuje všeobecné pravidlo. „Nepovedlo se mi to. Nikdy se mi nic nepovede“.
4. *Přehánění a bagatelizace.* Maximalizují se neúspěchy a nepříjemné zážitky, minimalizují se příjemné zážitky a zásluhy. Rodina strávila hezký týden na rekreaci. „Byla to zkažená dovolená. Poslední den jsme se pohádali“.
5. *Vztahovačnost.* Jediněc vztahuje na sebe věci, které se ho ve skutečnosti netýkají, nebo na sebe přebírá nadměrnou zodpovědnost. „Protože jsem tam nepřišel včas, tak jsem to všechno pokazil“.
6. *Pohled černými brýlemi.* Vidí se převážně to, co je špatné. Člověk, který se vrací ke svému autu a vidí, že je má znečištěné od ptáků, si pomyslí: „To už je můj osud. Ptáci se vždycky musí (...) právě na moje auto“.

Terapeut učí pacienta poznávat tyto automatické myšlenky, označit je, *vzít je jako hypotézy*, podrobit je logické kritice a postavit proti nim myšlenky věcně přiměřenější, které zachycují i kladné stránky života.

Například „Něco je špatně a něco je dobře. Auto je sice umazané, ale zároveň mám štěstí, že mi je nikdo nepoškodil ani neukradl. Ptáci trus se snadno setře.“

Terapeut v kognitivní terapii neříká pacientovi, které jeho názory jsou správné nebo nesprávné, ale klade otázky týkající se smyslu, užitečnosti a důsledků jeho názorů. Základním postupem tedy není argumentace, vysvětlování a přesvědčování, ale tzv. *sokratovský dialog*. Terapeut se v něm pacienta dotazuje tak, aby pacient sám na základě těchto otázek mohl dojít k logickým závěrům. Kromě toho mu terapeut navrhováním různých ověřovacích zkoušek pomáhá *nové poznatky objevovat*.

Terapeut také může pacienta požádat, aby si doma zaznamenával své automatické myšlenky, kdykoli se objeví, a způsob, jakým je zpracoval. Lze k tomu využít

i různých předtištěných formulářů, kde jsou rubriky pro: a) situace, v nichž se myšlenka objevila, b) obsah myšlenky, c) pocity, které provázely objevení se myšlenky a d) racionální zpracování myšlenky.

Při zpracovávání dysfunkční automatické myšlenky se může klient řídit třemi otázkami: 1. jaké jsou důkazy pro a proti, 2. jaký je jiný možný výklad situace nebo události, ke které se myšlenka vztahuje, a 3. co z těchto názorů vyplývá.

Kromě logického uvažování učí terapeut depresivní pacienty překonávat také tendence k nečinnosti. Využívá k tomu písemného denního programu, přizpůsobeného možnostem pacienta. Důraz se klade na prožívání radosti ze splnění i malých úkolů.

Beckova kognitivní terapie byla původně vypracována jako přístup k léčení unipolární nepsychotické deprese a postupně byla aplikována i na léčení dalších emočních poruch, poruch osobnosti (Beck a Freeman 1990), závislosti a na řešení manželských problémů (Beck 1988).

Pokud jde o účinnost u depresí, byla podrobena četným výzkumům v kontrolovaných pokusech s placebem a antidepresivy s různými výsledky, které však vcelku její efektivitu potvrzují. Klinický pracovník, který má zkušenosti s endogenními depresemi a dystymními osobnostmi, se však těžko zbaví námitky, že nejen myšlenky mohou ovlivňovat emoce, ale že také emoce ovlivňují myšlení a že v mnoha případech může být příčinný vztah opačný, než kognitivní teorie předpokládá. Kognitivní terapie pak může sice pomoci opravit kognitivní omyly, ale nezajistí tím automaticky návrat dynamogie a dobré nálady.

Nověji i sám Beck (1996) připustil, že jeho pojetí myšlení jako faktoru určujícího emotivitu a chování bylo příliš zjednodušující, a vypracoval koncepci komplexnější psychologické funkce, kterou označil jako „modus“. V modech, které jsou podle Becka „specifickými suborganizacemi v rámci osobnosti“, jsou zahrnuty myšlení, citění, motivace a chování jako vzájemně se ovlivňující složky, které se navíc ovlivňují s fyziologickými procesy v organismu. „Primární mody“ mají vztah k situacím, které mají pro jedince životní význam, a mohou působit jako automatické impulzy nebo útlumy. Lze je však ovládnout pomocí „vědomého řídicího systému“. Dalším novým doplňkem Beckovy teorie je pojem „kathexo“, energetického náboje, který příslušné systémy aktivizuje. Z původně velmi jednoduchého lineárního pojetí tak Beck postupně vypracovává poměrně složitou teorii osobnosti.

## 5.3 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie je poměrně mladý směr, jehož obrysy se začaly vytvářet v sedmdesátých letech. Název naznačuje, že je *určitou kombinací či integrací* jemu historicky předcházejících *přístupů, behaviorálního a kognitivního*. Tak se to také vymezuje v některých současných publikacích. Zároveň však existují v chápání kognitivně-behaviorální terapie tři poněkud odlišná pojetí, která stojí za povšimnutí.

První pojetí ji chápe pouze jako jednu z forem behaviorální terapie, která spočívá v tom, že se při ovlivňování chování bere „navíc“ zřetel i na „vymezené proměnné“, tj. vnitřní psychické procesy, zejména myšlení a postoje, které mohou k žádoucí změně chování také napomoci (Wilson 1989, Fishman a Franks 1992).



DBR. 17 D. Meichenbaum

Druhé pojetí ji vidí naopak spíše jako formu kognitivní terapie, která využívá experimentování s chováním k tomu, aby se dosáhlo žádoucích změn v myšlení, které jsou pro efekt terapie rozhodující (Crowder, Casey a Dryden 1988).

Třetí pojetí spočívá ve vymezování kognitivně-behaviorální terapie jako přístupu, který má ve srovnání s kognitivní a behaviorální terapií zcela specifické rysy. Ty nespočívají ani tak v používaných metodách jako spíše v odlišném filozofickém východisku. Na rozdíl od racionalistického, objektivistického či logicko-pozitivistického paradigmatu, na němž jsou založeny jak kognitivní, tak behaviorální terapie, chtějí Mahoney (1988, 1991) a Meichenbaum (1992) budovat kognitivně-behaviorální terapii na epistemologickém paradigmatu radikálního konstruktivismu.

Epistemologie (noetika) je filozofický obor, který se zabývá lidským poznáním. Paradigma je obecný teoretický model, užitečný pro účely vědy. Zpravidla představuje soubor vzájemně propojených názorů, hodnot a technik. V tradiční experimentální vědě převládá jako paradigma racionalismus a *logický pozitivismus*. V epistemologii to znamená, že vnější svět a jeho zákonitosti existují objektivně, nezávisle na našem poznání a my si o nich můžeme vytvářet správné nebo nesprávné názory. Racionalistické přístupy v psychoterapii se snaží opravit klientovy „nesprávné“, „narušené“ nebo „iracionální“ názory a pomoci mu vytvořit si správnější a objektivnější pohled na skutečnost. Dosahují toho pomocí logické argumentace, přesvědčování, instrukcí a získávání empirických dokladů pro přezkoušení klientových názorů v konfrontaci s vnější skutečností. *Podle konstruktivistického paradigmatu* však poznání neodráží „objektivní“ realitu, ale pouze určité uspořádání světa, které je určeno naší zkušeností. Skutečnost nelze nalézt „venku“, skutečnost si konstruujeme každý sám. Neexistuje tedy jedna skutečnost nebo soubor pacientových názorů, který by měl být zhodnocen a pozměněn podle racionality a „shody se skutečností“. Lidé si vytvářejí své vlastní skutečnosti a o ty se musejí opírat.

Pacient si nevědomky vytváří skutečnosti, které potvrzují jeho názory na sebe a na svět. Může si vytvářet schémata, která mají sebedopřívající charakter. Jsou to *sebedopřívající přesvědčení*, která působí jako automaticky se naplňující negativní předpovědi, a *sebedopřívající vzorce interpersonálního chování*, které vedou k očekávaným negativním reakcím okolí a vytvářejí tak bludný kruh. Terapeut pomáhá pacientovi tato schémata měnit a ve spolupráci s ním vytvářet takové reality, které by napomáhaly dosahování pacientových vlastních cílů. Z konstruktivistického hlediska má tedy být terapeutův přístup spíše chápavě zkoumající než přesvědčující a spíše pružně tvořivý než direktivně opravující.

Přestože se Mahoney a Meichenbaum počítají k zakladatelům kognitivně-behaviorálního směru a ve prospěch konstruktivistického modelu bojovně argumentují, nezdá se, že by většina psychoterapeutů, kteří se dnes ke kognitivně-behaviorální terapii hlásí, měla tendenci opouštět půdu „tradiční“ vědy ve prospěch subjektivistického pohledu na svět. V našem výkladu se proto přidržíme vyváženého integrujícího pojetí, které jsme uvedli na začátku této kapitoly, k němuž se také hlásí autoři příručky kognitivně-behaviorální terapie přeložené do češtiny (Hawton aj. 1989) i naši autoři Praško a Šlepecký (1995) a Možný (1996), a budeme věnovat pozornost některým praktickým novinkám, které tento přístup přinesl.

V tomto typu léčby tedy terapeut pomáhá pacientovi, aby si uvědomil svůj způsob zkresleného *myšlení* a dysfunkčního jednání. Pak pomocí systematického rozhovoru a strukturovaných *behaviorálních úkolů* pomáháme pacientovi hodnotit a měnit jak zkreslené myšlenky, tak dysfunkční jednání. Léčba má poskytnout příležitost pro nové učení. Důležitou součástí je systematické řešení problémů. Léčebné postupy se pacientovi otevřeně a jasně vysvětlují a mezi terapeutem a pacientem se vytváří vztah vzájemné spolupráce. Přenosové mechanismy se nepodporují. Terapie je časově omezená a směřuje k dosažení předem dohodnutých konkrétních cílů (Hawton aj. 1989).

Programy využívají technik jak z behaviorální, tak z kognitivní terapie a kombinují je podle aktuální potřeby. K hlavním rysům přístupu patří (Praško a Šlepecký 1995, Možný 1996):

1. krátkost a časová omezenost (do 20 sezení, jen výjimečně do 30 sezení a více);
2. otevřená aktivní spolupráce jako základ vztahu mezi terapeutem a pacientem;
3. východisko v teoriích učení;
4. zaměření na přítomnost;
5. zaměření na konkrétní ohraničené problémy;
6. zaměření na to, co je pozorovatelné a vědomé;
7. stanovení konkrétních funkčních cílů;
8. směřování k soběstačnosti klienta: procvičováním získává dovednosti, zvládá situace a zvyšuje si pocit vlastní zdatnosti;
9. důraz na vědeckost: sbírá konkrétní fakta, měří frekvenci, trvání i míru závažnosti problémového chování, vytváří hypotézy a ty pak empiricky prověřuje.

Podstatnou součástí jakéhokoli programu je *kognitivně-behaviorální vyšetření* (assessment) – přesná diagnostika současných způsobů myšlení a chování. Ta zahrnuje jak přesnou charakteristiku současné poruchy, tak i faktorů, které projevům symptomu či problému bezprostředně předcházejí a které po něm následují – ve shodě s již uvá-

děným schématem S-O-R-K. (Diagnostický postup je podrobně popsán v překladu příručky K. Hawtona a kol., 1995.)

K novinkám, které kognitivně-behaviorální terapie přinesla, můžeme zařadit změnu atribucí a naučený optimismus, sebeinstrukční trénink, zvládání situací a řešení problémů.

*Atribuce* je kognitivní proces, který spočívá v přisuzování významu určitým událostem, který z těchto událostí přímo nevyplývá. Atribuce souvisí se snahou člověka o vysvětlení pozorovaného jevu, o pojmenování jeho příčiny. V interpersonálních vztazích jde zpravidla o *přisuzování úmyslů a vlastností* druhým lidem na základě pozorovaného chování (např. „chtěl“ mne urazit, je to „zlý“ člověk).

V přisuzování můžeme rozlišit tři základní dimenze.

1. *Dimenze „vnější-vnitřní“*. Tato dimenze se týká toho, zda klient přisuzuje určitou událost vlivům vnějším, nebo vnitřním. Například „Udělal (neudělal) jsem zkoušku, protože jsem se dobře (nedostatečně) připravil“ – „Udělal jsem zkoušku, protože zkoušející byl v dobré (špatné) náladě“. „Manžel mi nechtěl pomoci s úklidem“ – „Manžel neměl čas pomoci mi s úklidem“.
2. *Dimenze „stálé-přechodné“*. V této dimenzi se jev označuje za projev trvalé tendence nebo vlastnosti, nebo se považuje za záležitost okamžitou. „Nemám na to, nemohu to nikdy zvládnout“ – „Tentokrát se mi to nepodařilo, byl jsem unaven“. „Stále se hádáme, protože je hysterická“ – „Pohádali jsme se, protože jsme ten den byli podráždění“.
3. *Dimenze „všeobecná-specifická“*. Událost je vnímána buď jako následek faktorů, které působí v mnoha situacích, nebo faktorů, které působily jen v daném případě. „Co se může pokazit, to se pokazí“ – „Tentokrát se mi to nepovedlo“. „Co si člověk neudělá sám, to nemá“ – „Někdy mi nepomáhají, jindy ano“.

Duševní zdraví je spojeno s atribučním stylem, který připisuje dobrým událostem převážně charakter obecnosti a stálosti a považuje je za důsledek osobního vlivu, zatímco špatné události jsou považovány za dočasné, specifické a za způsobené spíše vlivy vnějšími. Zabývání se charakteristickými rysy vlastního atribučního stylu v rámci terapeutických rozhovorů a domácích úkolů může opravit nevýhodné sebedopřívající složky navykého stylu, který doposud neuvědoměle ovlivňoval hodnocení skutečností týkajících se pacienta samotného, osob kolem něj a života vůbec.

Takto zaměřená kognitivně-behaviorální terapie pomáhá pacientům, aby překonali naučenou bezmocnost, rozvinuli vědomí vlastní zdatnosti (Bandura 1977, 1997) a získali „naučený optimismus“ (Seligman 1990).

*Naučená bezmocnost* byla zkoumána v četných pokusech Seligmana aj. nejprve na zvířatech. Psi vystavení opakovaně elektrickým ranám, kterým nemohli nijak zabránit ani před nimi utéct, se přestali pokoušet o únik i tehdy, když to pozdější změněné uspořádání experimentu již umožňovalo. Také lidé, když získají přesvědčení, že se svými nepříznivými situacemi, vztahy a událostmi nemohou nic udělat, se podávají pesimismu a pocitu bezmocnosti a nepokoušejí se je změnit, i když by mohli. Opačným způsobem přístupu k životu je *naučený optimismus*, který lze rovněž vypěstovat. Jeho součástí je *vědomí vlastní zdatnosti*, přesvědčení či očekávání, že jedinec je schopen situace a úkoly zvládnout a dosáhnout žádoucího výsledku.

V této souvislosti stojí za povšimnutí výsledky některých výzkumů, které naznačují, že lidé, kteří mají o sobě nadměrně dobré mínění (iluze), jsou z dlouhodobého hlediska zdravější než lidé, kteří se posuzují realisticky (Mischel 1993).

**Sebeinstrukční trénink** podle Meichenbauma spočívá v tom, že terapeut naučí pacienta, aby si v duchu říkal určitá tvrzení, kterými ovlivňuje svoje prožívání a chování. Při vypracovávání této techniky vyšel Meichenbaum z pozorování dětí, které samy sebe při hře často povzbuzovaly a chválily, např. „teď si vezmu kbelíček a dám tam písek“, „teď udělám bábovku“ ... „jsem šikovná holčička, pěkně jsem to udělala“. Podobně se pacient může usměrňovat např. příkazy: „Napřed dojdou na roh a potom na další. Strach je sice nepříjemný, ale není nebezpečný. To zvládnou. Výborně se mi to povedlo.“

**Trénink „očkování proti stresu“** podle Meichenbauma předpokládá záměrné vystavování se obtížným situacím a cvičení se v jejich zvládnutí tak, aby klient uměl zvládat situace, které se vyskytují neplánovaně.

**Trénink v řešení problémů** rozčleňuje řešení problémů na několik kroků, k nimž patří přesný popis problému, vymýšlení různých možností řešení, vybírání vhodného řešení, rozhodování se mezi řešeními a praktické vyzkoušení přijatého řešení.

Některé další metody podrobně probíráme v prakticky orientované kapitole o nácvikových metodách.

Z Ellise si lze pro další studium vybrat základní učebnici „Reason and emotion in psychotherapy“ (1962, 1996) nebo příručky „Humanistic psychotherapy: The rational emotive approach“ (1973), Ellis, Dryden „The practice of rational emotive therapy“ (1987) a „Better, deeper and more enduring brief therapy. The rational emotive behavioral approach“ (1996). K základním dílům o kognitivní terapii patří publikace Becka a kol. „Cognitive therapy of depression“ (1979) a „Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective“ (1985). Populárně je napsána knížka D. Burnse „Feeling good: The new mood therapy“ (1980). Nové trendy přináší sborník pod redakcí P. Salkovskise „Frontiers of cognitive therapy“ (1996). Kognitivně-behaviorální přístup prezentují knihy M. Mahoneye „Cognition and behavior modification“ (1974) a D. Meichenbaum „Cognitive behavior modification: An integrative approach“ (1977). Od roku 1977 vychází časopis „Cognitive therapy and research“.

Do češtiny byly přeloženy výborné příručky anglických autorů Hawtona a kol. „Kognitivně-behaviorální terapie u psychiatrických pacientů“ (1989) a Murdochova a Barkera „Základy behaviorální terapie“ (1991). Z Ellisova přístupu vychází přeložená populární knížka kanadského psychologa L. Augera „Strach, obavy a jejich překovávání“ (1998), nověji vyšly překlady Ellisových prací „Člověče, neboj se“ (2001), „Trénink emocí“ (2002) a příručky „Racionálně emoční terapie“, napsané společně s jeho spolupracovnicí C. MacLarenovou (2005) a shrnující vývoj jeho pojetí až do současnosti.

Původní práce představují manuál J. Praška a M. Šlepeckého „Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch“ (1995), monografie J. Praška a J. Kosové „Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí“ (1998) a P. Možného a J. Praška „Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe“ (1999). Tuto monografii lze v současné době využívat jako základní ucelenou českou učebnici principů a technik kognitivně-behaviorální psychoterapie.

Psychiatrické centrum v Praze postupně vydává pod vedením J. Praška dílčí příručky kognitivně-behaviorální terapie, zaměřené na agorafobii, panickou poruchu, sociální fobie, deprese aj., s průvodními svépomocnými příručkami pro pacienty. Některé zdravotně výchovné publikace na uvedená témata, připravené Praškem společně s jeho manželkou H. Praškovou a dalšími spolupracovnicí, pak vycházejí v Gradě (1996, 1998, 1999 aj.) a v Portálu.

Kognitivně-behaviorální přístup při práci s dětmi představuje příručka T. Ronenové „Psychologická pomoc dětem v nesnázích“ (2000). Je rovněž důkladně popsán K. Balcarem v učebnici „Dětská psychoterapie“ Langmeiera, Baicara a Špitze (2000).

# Komunikační psychoterapie

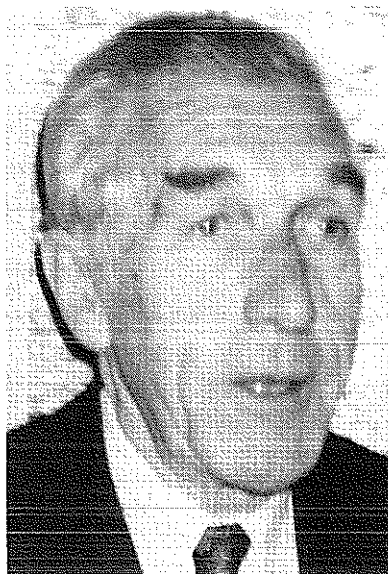
Komunikační psychoterapie vychází z teorie komunikace, kterou vypracovala kalifornská škola z Palo Alto. Opirá se o systémový přístup a zaměřuje se na současné interakce jedince s okolím a na jeho současnou rodinu, kterou chápe jako celek propojený vzájemnými interakcemi. Uvádí se někdy také pod názvem interakční psychoterapie. V léčbě využívá různých skrytých manipulací a strategií včetně paradoxů, a proto se označuje také jako strategická psychoterapie a jeden dílčí přístup v jejím rámci jako paradoxní psychoterapie.

Pracovní skupina, kterou označujeme jako škola z Palo Alto, prošla od svého vzniku v padesátých letech několika vývojovými etapami, v nichž hrály roli odlišné pracovní týmy. V letech 1952–1962 tvořili významný pracovní tým Bateson, Haley, Weakland, Fry a Jackson, kteří v psychiatrické nemocnici pro bývalé vojáky v Menlo Parku zkoumali zvláštnosti komunikace u schizofreniků. Obecně známým z té doby se stal jimi vytvořený pojem komunikační dvojné vazby, již připisovali patologenní význam ve vývoji schizofrenie. V roce 1958 založil D. Jackson v Palo Alto Ústav pro mentální výzkum (MRI), do kterého se pak práce z nedalekého Menlo Parku přenesla.

Druhý pracovní tým vytvořili v dalším desetiletí Watzlawick, Weakland, Fisch a Bodin, kteří se zaměřili zejména na propracování manipulačně direktivní krátké komunikační terapie v rozsahu maximálně deseti sezení, opírajíce se o praktickou a výzkumnou činnost Střediska krátké terapie. Praxi ovlivnilo zkoumání netradičních psychoterapeutických technik úspěšného arizonského hypnotherapeuta Miltona Ericksona. V teorii se kromě systémového přístupu začala věnovat pozornost celostní (analogové) komunikaci a činnosti nedominantní hemisféry. Významným představitelem této etapy vývoje paloaltoské školy je Paul Watzlawick.

P. Watzlawick se narodil v roce 1921 ve Villachu v Rakousku. Vystudoval na univerzitě v Benátkách filozofii a jazykovědu. Psychoterapeutický výcvik získal v Jungově ústavu pro analytickou psychologii v Curychu. Pak pracoval v soukromé praxi. V letech 1957–1960 byl profesorem na psychologickém ústavu v Salvádoru. Později působil několik měsíců v ústavu pro psychoterapii na Templeově univerzitě ve Filadelfii a od r. 1960 pracuje v MRI v Palo Alto. Od roku 1976 je současně asistentem na lékařské fakultě Stanfordovy univerzity. Vydal se spolupracovníky několik knih, zpravidla souběžně v angličtině a němčině (pod odlišnými názvy), které shrnují a na mnoha příkladech dokumentují poznatky školy v Palo Alto o lidské komunikaci a o principech terapeutické změny.





OBR. 18 P. Watzlawick

Klasické práce paloaltoského týmu z padesátých let popsaly zejména *tři druhy vztahů v lidské komunikaci*, které mají význam i pro psychoterapii: vztah symetrický, komplementární a metakomplementární.

1. **Symetrický vztah:** na obou stranách je týž druh chování, ve vztahu je zdůrazněna rovnost. Obě osoby mohou začínat činnost, kritizovat, radit. Obě osoby mají tendenci rovnost vztahu zdůrazňovat. Vypráví-li např. jedna o určitém vlastním úspěchu, uvede druhá svůj stejně významný úspěch.
2. **Komplementární vztah:** jeden dává, příkazuje, kritizuje, radí, druhý spíše přijímá, poslouchá. Osoby si nejsou rovné. V takovém vztahu je např. otec k dítěti a učitel k žákovi.

V obou základních vztazích může docházet vlivem okolností k přesunu. Tak např. ve vztahu dítěte k rodičům se může vztah původně komplementární v dospělosti změnit v symetrický a posléze v komplementární v opačném směru. Může rovněž docházet k různým aktivním pokusům o změnu vztahu, o jeho redefinování. Tak např. v komplementárním vztahu docent–student docent přednáší a student se táže. Student však může položit otázku tak, aby ukázal, že toho ví stejně tolik jako docent, a aby se tím dostal do postavení symetrického. Docent se pak snaží redefinovat vztah jako komplementární tak, že ve své odpovědi ukáže, že přece jen toho student neví tolik jako on, nebo naznačí „že si vyprošuje takový tón otázky“.

Komunikační chování, kterým se snaží jeden z partnerů uvést existující druh vztahů v pochybnost, se nazývá „manévrem“. V uvedeném příkladě provedl student symetrický manévr, docent manévr komplementární. Takové manévry se v lidských vztazích provádějí často, zejména v těch, které nejsou plně stabilní. Žádá-li osoba

A osobu B, aby něco vykonala, je osoba B postavena před otázkou, zda její vztah je takový, aby to A měla právo žádat. B to musí buď provést a tím připustit, že vztah je komplementární, nebo odmítnout, a tedy učinit manévr, kterým vztah definuje jinak. Konečně má třetí možnost: provést to s konstatováním, že „dovoluje“ osobě A, aby to chtěla. Tím se dostáváme ke komplikovanému vztahu metakomplementárnímu.

3. **Metakomplementární vztah** spočívá v tom, že jedna osoba dovoluje druhé osobě, aby užívala určitých manévru, nebo ji k tomu nutí. Tak např. X jedná bezmocně a Y se o něj stará. X je zjevně v podřízeném postavení, avšak sám tento vztah zaranžoval. Tedy X vlastně celý vztah na vyšší úrovni ovládá.

V komunikaci má vedle obsahu verbálního sdělení důležitý význam tón hlasu, mimika, gesta a celý kontext situace. Tyto faktory určují na jiné úrovni, jak má být obsah verbálního sdělení chápán. Autoři je proto nazývají metakomunikací. Verbální sdělení může provázet *metakomunikace*, která je s jeho obsahem v souladu, může však s ním být též v nesouladu a na jiné úrovni ho popírat. Tato dvojí úroveň komunikace umožňuje existenci vztahu, který autoři nazývají „*dvojná vazba*“: jedinec je uzavřen do situace, v níž druhá osoba vyjadřuje dva druhy příkazů vzájemně neslučitelných, např. matka říká svému dítěti „pojď ke mně, drahoušku“, přičemž v jejím tónu je cítit nepřátelství, nebo v jejím chování lze pozorovat tělesné odtážení se od dítěte, když se dítě přibližuje. Paloaltoská škola se domnívala, že takovému opakované situace ve významných vztazích v dětství (zejména ve vztahu k matce) hrají úlohu v etiologii schizofrenie.

Příkaz dvojí úrovně může být obsažen i v jediném požadavku, řekne-li např. jedna osoba druhé: „Neposlouchej mne!“ Druhá osoba pak nemůže ani poslechnout, ani neposlechnout. Nastává neřešitelná situace, porovnatelná s klasickým paradoxem Eubulidovým: Kréťan Epimenides tvrdí, že všichni Kréťané jsou lháři. Lže, nebo mluví pravdu? Podobným paradoxům věnují autoři značnou pozornost, opírajíce se o Russellovu teorii logických typů.

Haley (1963) uvádí, že pacienti s psychogenními potížemi řídí pomocí svých chorobných symptomů mezilidské vztahy, které jiným způsobem zvládnout nedovedou. Reakce jejich okolí tento přístup k řešení problémů utvrzuje. Terapeut, který se chová stejně jako ostatní lidé, pacientovi nepomůže, nýbrž jej utvrdí v jeho nešťastném přístupu k lidem. Terapeut musí celý vztah řídit tím, že akceptuje pacientovo chování a ovládá pravidla toho, co se v terapeutické situaci děje. Ve smyslu Eubulidova paradoxu musí pacient současně cítit, že to, co se s ním děje, je pravdivé a reálné, a současně odhalit, že je to nepravdivé a nereálné. Prožívá např. lásku i hostilitu k terapeutovi a pak zjistí, že tyto pocity nejsou určeny terapeutovi, ale určitému obrazu ve vlastní mysli, který na terapeuta přenesl, např. obrazu vlastního otce. Terapeut tímto otcem zároveň je a zároveň není.

Terapeut se nesnaží určovat terapeutický vztah jako komplementární, nýbrž spíše jako metakomplementární. Je bezpředmětné nařizovat pacientovi, aby se choval jinak, než jak se chová dosud. Terapeut pacienta akceptuje, staví se na jeho stranu, i když pacient tvrdí, že za své chování nemůže. Dá najevo, že pacient je ovládán silami, kterým nerozumí, zatímco terapeut jim rozumí. Pacientův manévr je tak akceptován a redefinován.



Nověji podtrhla paloaltoská škola (Watzlawick 1977) *dělení komunikace na digitální a analogovou*. Digitální komunikace se opírá o rozum a logiku, používá věcné argumentace a logických zákonů. Analogová komunikace je obrazná, intuitivní a imaginativní. Nadhodí se dílčí obraz, průměr, metafora, malá ukázka, ze které si člověk vytvoří celkový obraz. Autoři se odvolávají na novější neuropsychologické výzkumy a spojují digitální komunikaci s funkcí dominantní (u praváků levé) mozkové hemisféry, a analogovou komunikaci s funkcí hemisféry pravé. V nedominantní hemisféře probíhá zpracovávání vnější skutečnosti ne na podkladě rozumové analyticko-syntetické činnosti, ale v dojmech a obrazech. Watzlawick v návaznosti na některé postupy hypnotherapeuta M. Ericksona zdůraznil, že někdy lze ovlivnit postoje a chování pacienta snáze a účinněji, neargumentujeme-li logicky, ale pokusíme-li se zasáhnout jeho pravou hemisféru. K zablokování bdělé činnosti dominantní hemisféry se přitom používá výroků málo srozumitelných a matoucích, buď příliš složitých a učených vzhledem k mentální úrovni pacienta, nebo naopak zcela triviálních a banálních, ale přednášených tak, jako by nesly důležitou informaci. Podobnému účelu mohou sloužit paradoxy a paradoxní příkazy, jako např. předepisování symptomů, doporučování pacientovi, aby se „zhoršil“ apod.

*Krátká komunikační terapie* se nezaměřuje na rozbor příčin současného chování v minulosti (neklade otázku, proč to vzniklo), ale zkoumá, co v současnosti příslušné patické chování udržuje. Zkoumá tedy, co se děje a jak se to děje. Často při tom zjišťuje, že pacient se pokouší řešit své problémové situace nevhodným způsobem, čímž se problémy opakují nebo fixují. Jedno z nevhodných řešení označují Watzlawick aj. (1974) jako „více téhož“.

Tak např. v rodině, kde muž je uzavřenější a žena naopak sdílá a vyžadující otevřené informace, se snaží žena přiblížit ke svému muži tím, že naléhá, aby víc mluvil a více se jí svěřoval. Muž se pod tímto tlakem, který vnímá nepříjemně, ještě více uzavírá do sebe a před ženinými snahami o sblížení uniká. Ženin pokus je tedy neúspěšný, přičemž žena, aby situaci zvládla, aplikuje více téhož: ještě víc do manžela mluví a snaží se ho přimět ke sdílnosti. Řešení se hledá ve zintenzivnění chování, které činí řešení nemožným. K dosažení změny je třeba volit jiný, např. opačný přístup.

Terapeut se snaží změnit chování, které vede k udržování symptomů. Ke dvěma nejdůležitějším technikám patří předepisování chování a změna rámce.

*Předpisy chování* mají často ráz paradoxních úkolů a předepisování příznaků. Předpis symptomů směřuje k tomu, aby si pacient sám záměrně své symptomy vyvolával nebo si je zhoršoval. Je to pokus o terapeutickou dvojnou vazbu, kdy jakýkoli výsledek lze označit za pokrok. Když se vyvolávání symptomů nedaří, stav se zlepšuje (např. pacient se úmyslně snaží mít co největší trému a tím ji ztrácí), když se daří, je to projev terapeuticky plánovaný, který ukazuje na měnitelnost symptomu a možnosti jeho záměrného ovládnutí.

Paradoxní návody může terapeut zdůvodnit tím, že pacient má dostat symptom pod svou kontrolu. Pacient např. plánuje, že bude každý den ráno v určenou hodinu patnáct minut depresivní. Má při tom pozorovat svoje chování, zjišťovat, co a jak se v něm opakuje a jak na něj reagují ostatní. Učí se svou depresi řídit a využívat jí. Někdy zjišťuje, že když chce být záměrně depresivní,

deprese se rozplývá. Jindy si uvědomí nečestné výhody, které svými symptomy získával, a rozhodne se jich vzdát. Jindy se naučí se svými symptomy „vycházet“ bez dřívějšího znepokojení.

*Změna rámce* nabízí pacientovi odlišná řešení, než byla dosavadní. Tak např. rodičům, kteří mají vzdorovitě dospívající dítě, poukazuje terapeut na jejich potřebu ovládat toto dítě a současně na to, že jejich dosavadní autoritativní chování toto ovládnutí snižovalo (princip „více téhož“). Tím se stanou přístupnější návrhu na jinou formu chování, např. více permissivní a chápatelší, která učiní dosavadní vzdorovitost zbytečnou. Jednou z forem změny rámce je také přejmenování problému či chování. Ve vzdorovitosti lze např. vidět pozitivní „snahu o rozvíjení vlastní vůle“. Hádky manželů označí terapeut za „projev zájmu jednoho o druhého“. Pacient se učí dívat na chování jiných, které mu dosud bylo nepříjemné nebo ho dráždilo, pod novým zorným úhlem. To, co se dosud negativně značkovalo jako vzteklost partnera, si pozitivně přeznačkovává jako jeho energičnost či průbojnost. Chování druhých se připisují kladné motivy a dobrý úmysl.

Tak pasivita je schopnost přijímat věci takové, jaké jsou, plačtivost je schopnost projevit své city, impulzivita schopnost pouštět se bezprostředně do činností, nejistota schopnost předem prověřit různé možnosti (Weeks a Abate 1982). Otravnou práci lze přejmenovat na práci zásluhovou, zajímavou, uklidňující apod. Tyto návody mají pacientovi umožnit nové chování v dosavadních situacích a vztazích, které přestane využívat jako neúčinných řešení.

Komunikační terapie získala značnou oblibu v *oblasti rodinné terapie*, zejména při zdolávání odporu rodinného systému ke změně, při jeho tendenci k udržení získané rovnováhy za cenu přetrvávání symptomů (neurotických, psychotických, disociálních, závislosti na alkoholu) u jednoho člena rodiny. Různé neočekávané paradoxní manipulace znesnadňují obranu, matou členy, rozkolísávají zrigidněný systém a dosahují dílčích změn, kterých lze pak využít k dosahování změn větších, ať již v souladu s příkazy terapeuta, nebo v protestu proti nim.

Právě toto matení, provokování, vymýšlení triků a polopravd, skrytá manipulativnost a neupřímnost ve vztahu terapeuta k pacientovi jsou faktory, které jiné terapeutů od tohoto přístupu odrazují.

Do češtiny byla přeložena základní monografie této školy, kniha Watzlawicka, Bavelasové a Jacksona „Pragmatika lidské komunikace“ (1999) a dva malé vtipné Watzlawickovy eseje „Úvod do neštěstí“ (1994) a „Všechno dobré je k něčemu zlé“ (1995). K dalším významným pracím paloaltoské školy patří dva sborníky vydané D. Jacksonem pod názvem „Human communication“ (1968), J. Haleyho „Strategic psychotherapy“ (1963), P. Watzlawicka, J. Weaklanda a R. Fische „Lösungen“ (1974), P. Watzlawicka „Die Möglichkeit des Andersseins“, komentovaný Watzlawickův a Weaklandův výbor z prací paloaltoského týmu z let 1965–1975 pod názvem „Interaktion“ (1980) a příručka krátké terapie od R. Fische, J. Weaklanda a L. Segalové „The tactics of change: doing therapy briefly“ (1982).

Z jiných pracovišť pocházejí knihy „Paradoxical psychotherapy“ od Weekse a L'Abata (1982) systematicky shrnující paradoxní strategii, a M. Selviniové-Palazzoliové aj. „Paradox and counterparadox: A new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction“ (1978). Druhá kniha reprezentuje pojetí vlivné milánské školy rodinné terapie, která má značné zkušenosti s využitím těchto technik u rodin se schizofrenním pacientem. Podněty získané od hypnotherapeuta M. Ericksona zachytil J. Haley v knize „Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton M. Erickson“ (1973, český překlad 2003).

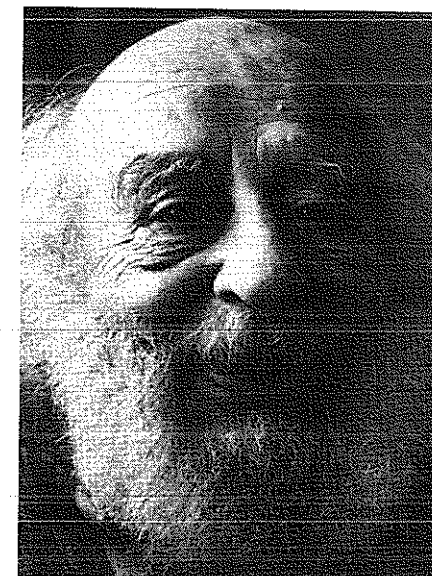
# Gestalt terapie

Gestalt terapie je forma expresivní terapie, zaměřená na přítomnost a na prožívání a vyjadřování emocí. Název převzal její tvůrce, F. Perls, z německé školy tvarové psychologie. Přestože jsme se ji pokoušeli uvádět k nám pod českým názvem tvarová terapie, zdomácněl i u nás, podobně jako v angličtině, z němčiny převzatý název Gestalt terapie.

Frederick Perls (1894–1970) získal doktorát lékařství v Berlíně a podrobil se psychoanalýze u W. Reicha, který mj. podnítl jeho zájem o neverbální motorické projevy a význam svalového „krunýře“. V r. 1926 pracoval Perls ve Frankfurtu jako asistent u neuropsychologa K. Goldsteina a zároveň se zde prostřednictvím studentky psychologie Laury, své budoucí manželky, seznámil s tvarovou psychologií Koffky, Köhlera a Wertheimera. Emigroval z Německa před nacismem, a to nejprve do Holandska a později do Johannesburgu v Jižní Africe, kde pracoval jako psychoanalytik a zároveň byl ovlivněn holistickou filozofií ministerského předsedy Smutse. Začal být kritický k psychoanalýze a připravil zde svoji první knihu „Ego, hunger and aggression“, ve které položil základy svého pozdějšího přístupu. V roce 1946 se přestěhoval do USA, kde spolu s manželkou v New Yorku založili Institut pro Gestalt terapii. V roce 1951 publikoval s Hefferlinem a Goldmanem knihu o Gestalt terapii s množstvím ukázek a technik. Řadu let vedl semináře a výcviky v Esalenu v Big Sur v Kalifornii v krásné krajině na pobřeží Tichého oceánu. Byl osobností velmi vitální, podněcující, provokující a svéráznou. Zemřel v Kanadě krátce poté, co se tam přestěhoval, aby založil nový Gestalt institut s komunitou pro osoby sdílející jeho názory.

Perls nazval svůj přístup tvarovou terapií v návaznosti na klasický německý psychologický směr, který experimentoval zejména s percepcí a zdůrazňoval, že psychické zážitky je nutno chápat v celistvosti. Podle Perlse mají neurotici špatný percepční kontakt s vnějším světem i se svým tělem a nedovedou se též otevřeně projevit. Perls se domnívá, že problémy lidí vznikají z nedostatečného uvědomování si pocitů. Terapeut tedy zaměřuje pozornost na tuto oblast a zadává různé úkoly, aby zvýšil klientovo „uvědomování“. Toto uvědomování se týká bezprostředních zážitků. Například při jídle si má jedinec plně uvědomovat vzhled, vůni i chuť jídla, kinestetické pocity při žvýkání a polykání a s tím spojené pocity příjemnosti či odporu apod.

Hlavním pravidlem terapie je *princip přítomnosti*. Terapeut klade otázky „co máte nyní ve vědomí“, „co se nyní děje“, „co cítíte v tomto okamžiku“. Pozornost se dále



OBR. 19 F. Perls

věnuje vztahu „já“ a „ty“. Pacient se často chová, jako by jeho slova směřovala do stěny nebo do vzduchu. Terapeut se ptá „komu to říkáte“ a i ve skupině klade důraz na přímý kontakt: „nemluv o něm, ale řekni to jemu“. V terapii se má jedinec též naučit přijmout odpovědnost za své tělesné orgány a funkce. Obvykle o nich hovoří ve třetí osobě: „oko mrká“, „ruce se chvějí“. Tento způsob vyjadřování převádí tvarovou terapii do formy „já mrkám“, „já se chvějí“ a často vede pacienta k tomu, aby se vžil do svých orgánů a mluvil za ně, sděloval, co svými projevy vyjadřují.

Terapeutickou orientaci dobře ilustruje následující úryvek z dialogu mezi terapeutem a pacientkou.

T: Co si teď uvědomujete? P: Uvědomuji si, že mluvím, vidím ostatní v místnosti. Uvědomuji si, že Jan se mračí, cítím napětí v ramenou. Uvědomuji si, že na mne jde úzkost, když to říkám. T: Jak prožíváte tuto úzkost? P: Slyším, jak se mi chvěje hlas. Mám sucho v ústech. Mluvím nejistě. T: Uvědomujete si, co dělají vaše oči? P: Nyní si uvědomuji, že se dívají stranou. T: Můžete se stát svými očima a vést dialog za ně? P: Jsem Mariiny oči. Je mi zatěžko dívat se přímo. Těkám sem a tam...

Cítí-li se pacient nepříjemně a odvrací-li se od nepříjemného pocitu, často ho terapeut zastaví otázkou „Můžete zůstat u tohoto pocitu?“ nebo pokynem „Zůstaňte s tím!“ Pacient má tyto pocity a s nimi spojené představy víc rozvinout, víc o nich hovořit a projevoval je.

Podle Gestalt terapie se lidé podrobují různým konvencím, místo aby žili a projevovali se autenticky. Autentická existence přitom v sobě zahrnuje různé polarity, které je třeba přijmout. Jednou z nich je *pán a otrok* („top dog“ a „under dog“). „Pán“ je část, která nás nutí mít vždy pravdu a jednat správně, žádá, nařizuje, naléhá, působí také jako svědomí. „Otrok“ je část, která se navenek podrobuje, ale uvnitř je

v pasivním odporu. Jedná hloupě, líně a neschopně. Lidé se vyhýbají přijetí opačného pólu, než je ten, jak se chtějí jevit. Zdráhají se uznat, že jsou i silní i slabí, i krutí i laskaví, i páni i otroci a tím brání dosažení „úplného tvaru“ svého života.

Integraci osobnosti brání podle Perlse také úzkost, které se jedinec snaží vyhnout několika mechanismy. Při projekci připisuje ty části sebe, které nechce vlastnit, jiným. Při introjekci do sebe přijímá vnější svět, ale pasivně a nediferencovaně. Při retroflexi dělá sám sobě to, co by rád udělal jiným, nebo co by si přál, aby jiní dělali jemu. Při deflexi se vyhýbá přímému kontaktu tím, že mluví všeobecně a nejasně, zatímco při konfluenci se vším konformně souhlasí, místo aby jednal podle sebe. *Slepá ulička* pak představuje stav, kdy jedinec spoléhá na pomoc druhých, která nepřichází, a místo toho, aby hledal zdroje v sobě, projevuje bezmocnost nebo se pokouší druhými manipulovat. V terapii je třeba tyto procesy a stavy odhalovat a odstraňovat.

Pacienti se v tvarové terapii učí intenzivně vnímat a cítit. Mají vyjadřovat pocity namísto odtahitého popisování vnímané skutečnosti. Perlsovo chování při vedení skupin bylo plné nečekaných zvratů, klient si nikdy nebyl jist, co Perls za chvíli udělá, zda položí otázku, podivně se zašklebí, pískne či setrvá v mlčení. Podle Perlse tu terapeut není proto, aby klientovi něco vysvětloval a činil věci jasnými, nýbrž proto, aby dal klientovi *příležitost prožívat*. V souladu s tím ho provokuje a zneklidňuje i svým neobvyklým chováním, neboť tak může spíše nalomit jeho naučené konvenční formy společenského styku a vyprovokovat ho k projevení i akceptování toho, co se skutečně odehrává v jeho nitru. Své psychoterapeutické krédo vyjádřil Perls slovy:

*Já dělám svou věc a ty děláš svou věc.  
Nejsem na světě proto, abych žil podle tvých představ,  
a ty nejsi na světě proto, abys žil podle mých.  
Ty jsi ty a já jsem já.  
Najdeme-li se náhodou vzájemně, je to krásné.  
Nenajdeme-li se, nedá se nic dělat.*

Je v něm, kromě respektu k individualitě, obsažen i důraz na samostatnou *odpovědnost pacienta za vlastní myšlenky, emoce a činy*. Terapeut v tvarové terapii už předem varuje, že nepřebírá odpovědnost. To ovšem, zejména při práci s vážněji narušenými pacienty, ale dokonce i ve výcvikových skupinách, by neměl terapeut sám pro sebe nikdy brát doslova. Jakmile uvádí do pohybu silné emoční procesy, je za možné důsledky spoluodpovědný. Pro pacienta je však nácvik odpovědnosti významný. V tvarové terapii nabývá někdy charakteru systematických cvičení v uvědomování si odpovědnosti. Tak např. namísto „tys mne naštval“ se pacient učí říkat „já mám na tebe zlost a přijímám za to odpovědnost“. Podobně má zkoušet zaměňovat formulace „nemohu“ formulacemi „nechci“, např. „nemohu být otevřený“ za „nechci být otevřený“. Převzetí odpovědnosti vytváří předpoklad pro aktivní úsilí o žádoucí změnu.

Dalším významným pojmem tvarové terapie jsou „*nedokončené záležitosti*“, které se vztahují k minulosti a zahrnují nevyjádřené pocity zlosti, smutku, zklamání, strachu či viny. Pacient je má dokončit tím, že si je zpřítomní a verbálně či neverbálně přebírá za pomoci terapeuta či skupiny.

Gestalt terapie většinou využívá práce ve skupině, terapeut však pracuje vždy jen s jedním členem, který je na „horké židli“. Ostatní jen přihlížejí, nanejvýš mohou být požádáni o pomoc při některé technice. K provokování konfrontace pacienta s různými složkami vlastní osoby a s neuzavřenými záležitostmi a prožitky se využívá mnoha různých technik („experimentů“). Velmi oblíbená je technika „*prázdná židle*“. Pacient si má v představě na prázdnou židli před sebou posadit různé části svého já nebo svého těla a nebo různé osoby ze svého života, s nimiž si potřebuje něco vyřídit, a střídavě pak mluví za sebe a za toho nebo „to“, co si posadil na prázdnou židli, přičemž si *vyměňuje místo*. Gestalt terapie dává zásadně přednost akci před vyprávěním. Při různých podobných konfrontacích dochází často k dramatickým katartickým zážitkům, které terapeut podněcuje např. vyžadováním, aby pacient opakoval svůj výrok vícekrát, stále hlasitěji a v ostřejší nebo až přehnané formulaci (např. „nenávidím tě“ místo „zlobím se na tebe“). Terapeut při tom odmítá převzít ochranný postoj. Pacient za své emoce a rozhodování musí převzít plnou odpovědnost sám.

Perls klade důraz na *čin, projev, dotek a emoční vyjádření* a odmítá to, co nazývá intelektualizovanou verbalizací. Domnívám se, že to může být terapeuticky účinné u pacientů s vnitřními konflikty, řešenými tlumením vlastních pohnutek a citů, ale že je to méně účelné u osob, které mají naopak nedostatek zábran a které by spíše potřebovaly výcvik v ovládnutí svých projevů.

Ve světě v současnosti existuje množství samostatných ústavů pro Gestalt terapii a výcvik, které mezi sebou většinou nemají vzájemné propojení. Ve vývoji Gestalt terapie je po Perlsově smrti patrný odklon od původních značně tvrdých frustrujících technik a příklon k větší měkkosti i k terapeutově odpovědnosti. U nás na to důrazně upozornil Rektor (2001, 2003). Do „dialogického vztahu“ se nyní začleňuje spíše rogersovská triáda empatie, akceptace a opravdovosti a vytváří se „pracovní spojení“. Britská představitelka J. Mackwenová (2004) odmítá i Perlsovo krédo jako redukcionistický výklad vztahu „já a druzí“. Také teorie se v Gestalt terapii dále rozvíjí, zejména v Německu, a to ve směru větší propracovanosti i komplikovanosti (srv. Staemmler 1996). Zdůrazňuje se teorie pole („jedinec není izolovaný, ale je součástí pole, které ho obklopuje“) a fenomenologická metoda (prvořadý zřetel k subjektivnímu prožívání klienta, ovlivněnému minulou zkušeností).

Principy a ukázky tvarové terapie jsou obsaženy v Perlsových spisech „Gestalt therapy“ (s Hefferlinem a Goodmanem 1951, česky 2004), „Gestalt therapy verbatim“ (1969, česky 1996), „The gestalt approach and eyewitness to therapy“ (1973) a ve sborníku „Gestalt therapy now“, vydaném jeho žáky Faganem a Shepherdovou (1972). Systematický výklad je v knize E. a M. Polsterových „Gestalt therapy integrated“ (1973, česky 2000). Novější stručný přehled shrnuje stať Yontefa a Simkina „Gestalt therapy“ (1989). Německou teorii změny v procesu Gestalt terapie přináší např. kniha Staemmlera a Boeka „Ganzheitliche Veränderung in der Gestalttherapie“ (1991). Nové pohledy, kritické k Perlsovi a vstřícnější ke klientovi, přináší překlady knih J. Mackwenové „Gestalt psychoterapie“ (2004) a J. Zinkera „Tvůrčí proces v Gestalt terapii“ (2004).

# Existenciální a humanistická psychoterapie

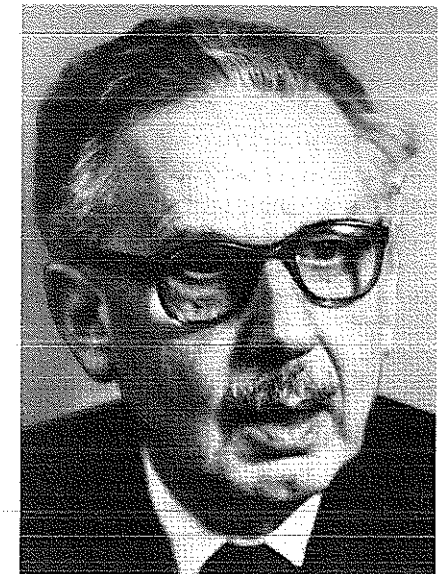
Tyto přístupy podtrhují jedinečnost každé osobnosti a úkol psychoterapie vidí v podporování osobního růstu. Nepovažují za důležitou adaptaci člověka na prostředí, ve kterém žije, ale zdůrazňují jeho seberealizaci a uskutečňování individuálních hodnot nebo životního poslání. Orientují se především fenomenologicky na *vnitřní zážitkový svět jedince*. Některé přístupy zaměřují pacienta k nadosobním hodnotám, jiné spíše na bezprostřední emocionální prožitky v přítomnosti, na schopnost poddat se dojmům a být v souladu sám se sebou. Vztah s terapeutem nabízejí jako jedinečné „setkání“. Některé z nich odmítají manipulaci, jiné mají výrazně manipulativní charakter. U některých, zejména těch, které vznikly na evropské půdě, se uplatnil výrazný filozofický podtext, u jiných, zejména amerických, spíše praktická orientace.

K existenciální psychoterapii patří zejména evropské školy daseinsanalýza a logoterapie. Nastolují otázky podstaty člověka, vyrovnávají se s problematikou lidského bytí a jeho smyslu, s otázkou lidského ducha, svědomí, odpovědnosti, utrpení a smrti. Reagují na dilemata člověka, kterého, jak se někdy zdá, degradují války i technický rozvoj na bezvýznamný objekt, důležitý pouze jako součást celku.

Humanistická psychoterapie vznikla v USA jako „třetí síla“, která se postavila proti redukcionismu a determinismu psychoanalýzy a behaviorální terapie a položila důraz na svobodu a sebeaktualizaci jedince, na potenciál osobnosti, na vrcholné zážitky a na lidské „setkání“. K jejím dílčím proudům se zpravidla počítají rogersovská psychoterapie a Gestalt terapie, které jsme vyložili v samostatných kapitolách.

## 8.1 Daseinsanalýza

Daseinsanalýza je filozoficky laděný směr, vycházející z existenciální filozofie Martina Heideggera, od něhož přejímá základní terminologii, a z fenomenologické metody, navazující na filozofa Edmunda Husserla. K vedoucím osobnostem tohoto směru patří Švýcaři Ludwig Binswanger a Medard Boss.



DBR. 20 L. Binswanger

Ludwig Binswanger (1881–1966) pracoval na psychiatrické klinice v Curychu pod vedením E. Bleulera. Jung jej jako svého doktoranda vzal k Freudovi. Binswanger byl Freudem značně ovlivněn a přes podstatné názorové rozdíly ho s ním pojilo trvalé přátelství. Pod vlivem četby Heideggera vypracoval svou koncepci. Po smrti svého otce převzal vedení sanatoria Bellevue v Kreuzlingenu u Bodamského jezera, kde prožil celý život v klidné, pravidelné práci, schopný najít si čas pro své bohaté kulturní zájmy, zejména poezii a hudbu.

K dalším významným reprezentantům daseinsanalytického směru patřil M. Boss (1903–1991), profesor na lékařské fakultě v Curychu, R. Kuhn, W. Bräutigam, P. Christian, A. Storch, G. Condrau, R. Straus aj. Lze sem volně přiřadit i V. E. von Gebssattela (1959), který nazval svůj přístup „lékařskou antropologií“. Daseinsanalýza je směr, který odpovídá spekulativnímu způsobu myšlení klasické německé filozofie. Základní práce jsou psány těžkým květnatým stylem v rozvinutých souvětích s vymyšlením nových kombinovaných pojmů. Jsou značně vzdáleny pragmatickému operacionalistickému myšlení či statistické exaktnosti moderní americké psychologie. Představují odklon od exaktnosti a kontrolovaného experimentování k intuitivnímu chápání člověka.

Daseinsanalýza vychází z faktu člověka „bytí ve světě“ („In-der-Welt-Sein“) a pokouší se o analýzu jeho prožívání, v psychopatologii pak o analýzu jeho psychotické nebo neurotické existence. Chce být cestou k *pochopení lidské existence*. Chce pomoci pacientovi pochopit a uskutečňovat jeho existenci. Předkládá řadu tezí o podstatě člověka: člověk je schopen uvědomovat si sám sebe i to, co dělá. Je schopen činit rozhodnutí a nést za své jednání odpovědnost. Je schopen si též uvědomit možnost úplné izolace, ztráty všech významných vztahů k okolí i možnost neexistence, smrti. S tím souvisí pocit úzkosti. Význam člověka není v tom, čím byl v minu-

losti, nýbrž v tom, čím je nyní, a zejména ve směru jeho vývoje, který má směřovat k uskutečňování, k aktualizaci jeho vrozených schopností. Terapeut nemá pacientovi nic vnucovat ze sebe a zvenčí.

V oblasti poruch se daseinsanalytici vyhýbají zařazování pacientů do diagnostických příhrádek a zdůrazňují, že poruchy chování můžeme pochopit jen z hlediska příslušného jedince. Pro každého pacienta je tak vlastně nutná samostatná teorie poruch chování. Zdůrazňuje se *jedinečnost a neopakovatelnost osobnosti pacienta* a individuálnost přístupu k němu. Proto najdeme v daseinsanalytické psychologické literatuře především řadu pečlivě vypracovaných kazuistických rozborů. Daseinsanalytik chce pacienta důkladně pochopit v kontextu jeho jedinečné osobnostní struktury. Nezaměřuje se na jeho chování, nýbrž především na jeho *subjektivní zkušenost*. Pokouší se k ní proniknout vcítěním. Nacházíme zde spojitost s chápaním psychologií Diltheyovou. Psychopatologovi se doporučuje vžít se do pacienta, poddat se dojmům, které v něm vzbuzují jeho výroky. Má hledat význam odchylek od normy jako zvláštní formy lidského bytí. Ve slovním vyjádření se daseinsanalýza uchyluje k vyspekulovaným interpretacím, obrazům a metaforám, jak ukazuje Binswangerova analýza případu schizofreničky (nebo bulimičky-anorektičky?) E. Westové:

„Její bytí stoupalo zprvu vzhůru jako rozjásaný pták a bylo letem ve světě světla a neomezené šíře. Nemohlo pak však už ani pevně stát na zemi, ve světě rozhodného jednání, a proto se ke konci proměnilo v plesnivého červa, plazícího se v plesnivém hrobě. Teprve v sebevraždě prolomila žalář minulosti a vydobyla si vlastní přítomnost: slavnost smrti byla zároveň zrozením její existence.“ Analýzy často vrcholí v konstatování, že v psychóze jde o zastavení vývoje v nejvlastnějších možnostech lidského bytí, o útek před sebou samým.

V terapii hledá daseinsanalýza pro pacienta způsob existence, který je snesitelným pevným způsobem „bytí ve světě“. Prostředkem je *vztah k pacientovi*, který má ráz „komunikace jedné existence s druhou“. Postoj k technikám je rezervovaný a v tomto směru nepřináší daseinsanalýza nic nového. Postoj vyplývá z přesvědčení, že pro pacienta je osudné, je-li léčen jako objekt. Základní význam se přikládá terapeutickému vztahu, nazývanému zde často „setkáním“, v němž je rozhodující vnitřní zkušenost. Terapeutické postupy nejsou pečlivě plánovanou činností, spíše se využívá intuice. Cílem terapie je uvolnění pacientových dřímajících možností, aby byly využity jím samým i jinými. Má poznat své možnosti a jednat na jejich základě. Má pochopit a uskutečňovat svou vlastní existenci. Konečným cílem je, *aby byl sám sebou*. Zdůrazňuje se jeho vlastní schopnost volby. Otevírají se mu nové obzory a pomáhá se mu vytvořit zralejší postoj k životu a zralejší svědomí. Osvětluje se myšlenka jeho bytí, má je prožívat plně. Je položen důraz na jeho vlastní rozhodnutí, závazek člověka, který bere svou existenci vážně a odpovědně.

Povšimněme si daseinsanalytického postoje k otázce *adaptace*, jak jej formuluje Rolo May (1959). Důležitým rysem daseinsanalytické psychoterapie, odlišujícím ji od řady psychotherapeutických postupů, je protest proti obvyklému pojetí vyléčení v naší kultuře. Zpravidla uznávané požadavky stát se přiměřeně adaptovaným a žít co nejdéle jsou samy o sobě popřením bytí, zradou daného života. Adaptace znamená stát

se schopným zapadnout do příslušné kultury. Když toho člověk dosáhne, přijímá svět bez konfliktů, neboť nyní je svět totožný s kulturou. A jelikož úzkost vzniká pouze ze svobody a z možnosti nových forem chování, pacient svou úzkost ztrácí. Může se zbavit i symptomů, které jej přivedly k léčbě. To však znamená vyléčit se „vzdáním se vlastního bytí“. Daseinsanalýza je zásadně proti takovému vyléčení jako cíli terapie. Podle ní není cílem, aby se člověk přizpůsobil, ale *aby „naplnil své bytí“*. Terapie ho má přivést k poznání a plnému využívání vlastních možností.

Významným představitelem tohoto přístupu v USA, který se tam uvádí pod názvem existenciální psychoterapie, byl Rolo May. Eklekticky orientovaný psychoterapeut, stanfordský psychiatr Irvin Yalom, výstižně popsal v obsáhlé monografii „Existenciální psychoterapie“ (1980) čtyři významné problémy života, kterým existenciální psychoterapie věnuje pozornost. Jsou to: 1. smrt, 2. svoboda a odpovědnost, 3. existenciální osamění a 4. životní smysl. Existenciální psychoterapii chápe jako přístup, který může významně zvýšit psychotherapeutovu kvalifikaci, protože u některých pacientů má práce s těmito problémy zásadní význam. Jeho práce je dobře srozumitelným praktickým klinickým příspěvkem v péči jak o psychiatrické pacienty, tak zejména o pacienty se somatickými chorobami s invalidizujícím průběhem či infastní prognózou.

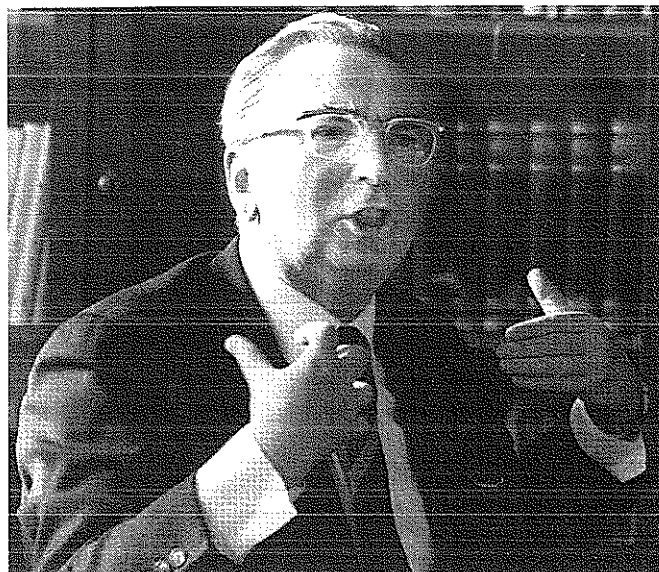
L. Binswanger vyložil svou koncepci zejména v knize „Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins“ (1942). M. Boss v knize „Psychoanalyse und Daseinsanalytik“ (1957) a G. Condrau v knize „Daseinsanalytische Psychotherapie“ (1963). R. May vydal mj. sborník „Existential psychology“ (1961) a zajímavé monografie „Love and will“ (1970, slovensky 2005) a „Freedom and destiny“ (1981). Prakticky využitelná je zejména již zmíněná Yalomova monografie „Existential psychotherapy“ (1980), která se překládá. V českém překladu vyšly práce G. Condraua „Sigmund Freud a Martin Heidegger. Daseinsanalytická teorie neurózy a psychoterapie“ (1999) a M. Bosse „Včera v noci se mi zdálo“ (1993). Kontroverzní kazuistiku Ellen Westové ve výtahu přeložil a kriticky zhodnotil J. Vacek v monografii „Velké psychiatrické případy“ (2001). U nás se věnovali filozofickým základům daseinsanalýzy v kratších statích O. Čálek (1994) a J. Mrkvička (1996). J. Růžička s Čálkem (1997, 2001, 2003) propagují daseinsanalytický přístup pod názvem *antropologicko-hermeneutická psychoterapie* (viz též Růžička „Péče o duši v perspektivách psychoterapie“, 2003). Kriticky se k daseinsanalýze vyjadřuje J. Vacek (1996), pozitivně P. Hlavinka (2003).

O. Čálek v rozsáhlé monografii „Skupinová daseinsanalýza“ (2005) opakovaně zdůrazňuje, že jak v individuální, tak ve skupinové psychoterapii jde především o to, aby člověk „nalezl sám sebe“, „stal se sám sebou“ a „byl sám sebou“. Omezené využití skupinových technik jiných škol je přípustné, ale pouze v zájmu klienta „bytí sebou“, bez nátlakových tendencí, které autor nachází v dynamické a behaviorální psychoterapii. (Jestliže Binswangerova Ellen „našla sama sebe“ uskutečněním sebevraždy, nabízí se otázka, co může znamenat „být sám sebou“ pro jedince s disociační osobností nebo s náboženským fundamentalismem.)

## 8.2 Logoterapie

Vídeňský neurolog a psychiatr Viktor Frankl označil svůj přístup jako existenciální analýzu a logoterapii. Na rozdíl od daseinsanalýzy je jeho způsob podání přístupný, popularizující a přitažlivý.





OBR. 21 V. E. Frankl

V. E. Frankl se narodil r. 1905, vystudoval medicínu ve Vídni, zpočátku byl ovlivněn Freudem, potom existenciálními filozofy. Principy své existenciální analýzy a logoterapie promyslel ještě před válkou. V letech 1942–1945 byl vězněn v koncentračních táborech v Terezíně, Osvětimi a Dachau, kde sdílel se svými spoluvězni hraniční situace lidského bytí, což dodalo zvláštní váhu jeho úvahám o životním smyslu. Tuto problematiku popsal v knize „Ein Psycholog erlebt das Konzentrationslager“ (1949). Později se stal přednostou neurologického oddělení vídeňské polikliniky a profesorem vídeňské univerzity. V rámci propagace svého učení podnikal častá přednášková turné do celého světa. Byl též profesorem pro logoterapii na Americké mezinárodní univerzitě v San Diegu. V r. 1994 mu byl udělen čestný doktorát Karlovy univerzity. I v pokročilém věku dovedl nadchnout posluchače svou zaníceností, vřelostí i sdělováním poselství. Zemřel v r. 1997.

Frankl postavil vedle Freudovy „touhy po slasti“ a Adlerovy „touhy po moci“ třetí základní lidskou potřebu, kterou označil jako *touhu po smyslu*. Nenaplnění této touhy nazývá existenciální frustrací. *Existenciální frustrace* vzniká tehdy, když člověk pochybuje o smyslu své existence, když se smysl bytí stal sporným, dosavadní smysl ztratil své odůvodnění a člověk neví, co dál, nebo když pochybuje o smyslu svého života vůbec. Existenciální frustrace se může za určitých okolností stát patogenní a vést k neuróze nebo depresi se suicidálními tendencemi. Takto vzniklá neuróza se označuje jako *noogenní* nebo *existenciální neuróza*. Vyskytuje se zejména v rozvinuté konzumní společnosti a je projevem „existenciálního vakua“. Její zvláštní formou je víkendová deprese, která se objevuje po skončení shonu pracovních dnů, jakmile člověku začnou do vědomí pronikat myšlenky o prázdnotě a nesmyslnosti jeho života.

*Logoterapie* pomáhá pacientovi najít východiska z jeho existenciální frustrace. Logos zde neznámá slovo, nýbrž smysl a „duchovnost“. Logoterapie nechce pacientovi

vnutit nějaký životní smysl zvenčí podle představ terapeuta, nýbrž mu chce pomoci najít jeho vlastní osobní životní smysl v souladu s jeho osobností. Člověk může dát svému životu smysl uskutečňováním hodnot. Proto logoterapie rozšiřuje pacientovi především jeho obzor pro hodnoty. Proti autotelickému zaměření na vlastní uspokojení a štěstí staví heterotelické zaměření k dosahování vyšších cílů a hodnot, přesahujících jedince. Zdůrazňuje, že pocit štěstí se snáze dostaví jako vedlejší účinek plnění úkolu, než usiluje-li člověk jen o štěstí samo. Kritickou otázkou bilančních sebevrahů „co ještě mohu čekat od života“, která se objevovala často např. v koncentračním táboře, obrací autor v duchu svého pojetí v otázku „co ještě život čeká ode mne“. V této souvislosti cituje Nietzscheho výrok „Kdo má proč žít, dovede snést skoro každé jak žít“. Objevení potřebnosti a užitečnosti vlastního života pro jiné lidi a pro nadosobní cíle dává předpoklady i pro snášení útrap. V logoterapii člověk přijímá odpovědnost za sebe a za uskutečňování hodnot tím, že reaguje na požadavky a úkoly, které před něho staví život.

Otázce hodnot věnuje Frankl značnou pozornost. Rozděluje je na *hodnoty tvůrčí* (např. práce), na *hodnoty zážitkové* (poznávání, četba, studium, vnímání umění, láska) a *hodnoty postojové*. Postojové hodnoty nabývají zvláštního významu u lidí zbavených v důsledku těžkých nevyléčitelných chorob možností i naděje na realizaci hodnot tvůrčích i zážitkových, u lidí odsouzených k utrpení. Vyjadřují pacientův postoj k utrpení, způsob, jakým utrpení přijímá. Pacient uskutečňuje tyto hodnoty tím, že bere osudové utrpení na sebe a příkladně je nese. Konečný smysl utrpení pak hledá Frankl ve vztahu k absolutní říši hodnot. Tím se dostává do kontaktu s náboženstvím, k němuž má i jinak jeho filozofická koncepce blízký vztah. Ve své dimenzionální ontologii pojímá člověka ve třech dimenzích, tělesné, duševní a duchovní. Za základní atributy lidského bytí považuje *svobodu a odpovědnost* před svědomím. Svoboda znamená jistý stupeň indeterminismu: člověk není pouze produktem dědičnosti a prostředí, může se i sám rozhodovat mezi různými možnostmi a cestami ve svém životě. Je bytím orientovaným k cíli a usilujícím o smysl. Konečným cílem však nemůže být pouze seberealizace, ale *sebetranscendence*. Člověk musí být schopen překročit úzké zaměření pouze na sebe a být otevřen hodnotám, které ho přesahují.

Kromě kauzální terapie „noogenních neuróz“ pomocí racionálního hledání konkrétního životního smyslu zahrnul Frankl do logoterapie ještě dvě nespecifické techniky, doporučené zejména u poruch spánku, potence, fobií a obsesí: paradoxní intenci a dereflexi. Požadavkem paradoxní intence je vedení pacienta k tomu, aby si paradoxně přál to, čeho se bojí. Má se tím vzít vítr z plachet strachu z očekávání. *Dereflexe* je zaměřena proti škodlivému sebezpozorování, které nahrazuje odpoutáním pozornosti, jejím zaměřováním jiným směrem.

Franklova logoterapie svým důrazem na smysluplné směřování k budoucnosti zásadním způsobem obohacuje pohledy psychoterapeutických škol, které pacientovu pozornost zaměřují na minulost i na přítomnost. Citlivá individualizovaná pomoc při zpracování ztráty životního smyslu je často jedním z důležitých úkolů praktického psychoterapeuta (Kratochvíl 1966).

I když je Franklovo poselství často přijímáno jako jistý završující doplněk jiných přístupů, má Frankl také žáky, kteří se plně hlásí k jeho škole, rozvíjejí jeho učení a zajišťují



systematický výcvik v logoterapeutickém přístupu. K výrazným agilním osobnostem patří zejména klinická psycholožka Elisabeth Lukasová, vedoucí Jihoněmeckého ústavu pro logoterapii a autorka více než 15 knih s tematickým zaměřením na životní smysl a logoterapii. Druhého významného pokračovatele představuje vídeňský psychiatr a psycholog Alfred Längle, který postup tvořivě zpracovává do širšího integrujícího pojetí pod názvem existenciální analýza. (Frankl k němu zaujal negativní postoj.) Ke zkoumání životního smyslu a existenciální frustrace vytvořili Crumbaugh a Maholick psychometrický „Test životního smyslu“ a Lukasová kvalitativní „Logo-test“.

Z Franklových knih byly do češtiny přeloženy knihy „Člověk hledá smysl. Úvod do logoterapie“ (1994) a „...a přesto říci životu ano“ (1996), které obě obsahují jeho zprávu o zkušenostech z koncentračních táborů. Dále je v češtině soubor vybraných Franklových přednášek „Vůle ke smyslu“ (1994, 1997), monografie „Lékařská péče o duši“ (1995) se systematictější výkladem logoterapie, o jejichž překlady se zasloužila brněnská katedra psychologie (V. Smékal), a Franklova autobiografie „Co v mých knihách není“ (1997). K dalším základním Franklovým dílům patří ještě „Teorie a terapie neuróz“ (1999) a „Psychoterapie pro laiky“ (1998). Z publikací Franklovy žákyně E. Lukasové vyšly česky knihy „Logoterapie ve výchově“ (1997) a „I tvoje utrpení má smysl“ (1998), z publikací A. Längleho „Smysluplně žít“ (2002). Z českých autorů referoval o logoterapii zasvěceně K. Balcar (1997, 2003, 2004). Důkladnou monografickou studii „Zmysel života podľa Frankla“ napsal slovenský psycholog P. Tavel (2004).

## 8.3 Humanistická psychoterapie

V šedesátých letech se ve Spojených státech stal značně aktivním směr označující se jako humanistická psychologie, který vyrostl z opozice proti behavioristickému redukcionismu. Bugental (1967) to formuloval takto: Zatímco behavioristická psychologie si staví za cíl dosažení schopnosti popsat, predikovat a ovládat chování organismů, humanistická psychologie se snaží pochopit vnitřní zážitky jedince a naučit jej, aby byl sám schopen své poznání zážitky ovládat a tak se stal též odolným vůči jakékoli manipulaci zvenčí. K vůdčím osobnostem tohoto směru patřil především A. Maslow.

Abraham Maslow (1908–1970) se narodil v Brooklynu v New Yorku jako nejstarší ze sedmi dětí. Rodiče byli imigranti s nízkým vzděláním. Otec ve 14 letech přešel z Ruska autostopem celou Evropu, aby se dostal do Spojených států. Tuto houževnatost zdědil i jeho syn. Abrahamovo dětství však bylo velmi těžké. Vyrostl bez lásky rodičů i bez přátel. Otec byl citově chladný a často pobýval mimo domov; unikal z nešťastného manželství. Měl rád whisky, ženy a rvačky. Matka byla podezřivá osoba, která syna trestala za maličkosti a vyhrožovala mu boží odplatou. Upřednostňovala mladší sourozence a k Abrahamovi se chovala nepřátelsky. Když si jednou donesl domů dvě koťata, rozbila jim hlavy o stěnu. Nenávisť k matce ovlivnila Maslowovu životní filozofii. Ve vztahu k vrstevníkům měl pocity méněcennosti a snažil se je překonat výkony v atletice. Když však v této oblasti neuspěl, obrátil se ke knihám a ke studiu. Ve 20 letech se oženil se svou o rok mladší sestřenicí a v manželství konečně získal pocit bezpečí a sounáležitosti. Vystudoval psychologii; zpočátku byl zaujat Watsonovým behaviorismem, později pracoval s Thorndikem a stýkal se také s neoanalytiky. Učil v New Yorku, pak byl řadu let vedoucím katedry psychologie na Brandeisově univerzitě ve Walthamu a nakonec se v Kalifornii věnoval zpracovávání své koncepce.

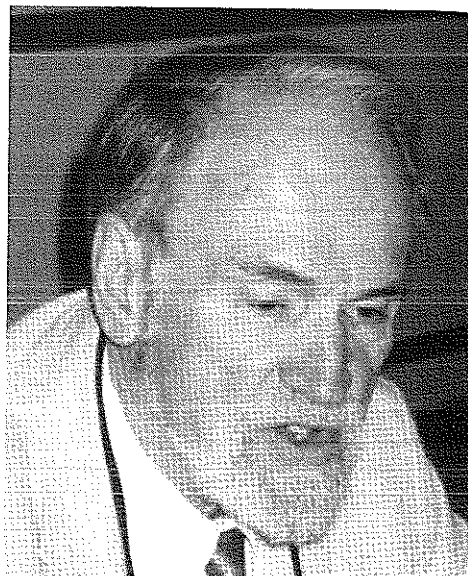
Sám se nezabýval přímo praktickou psychoterapií, ale pro humanistickou psychoterapii vytvořil koncepční základnu.



OBR. 22 A. Maslow

Dalšími vůdčími osobnostmi humanistického směru byli Ch. Bühlerová (1962), J. Bugental (1967) a S. Jourard (1964, 1968). Připojil se k nim též C. Rogers. V r. 1962 vytvořili Americkou společnost pro humanistickou psychologii, proklamující přesvědčení, že „lidská bytost je tvořivá a že základními determinantami lidského jednání jsou hodnoty a intencionalita“. Pozornost se zaměřuje na prožívající osobu, *vnitřní zážitek* se pokládá za primární jev při studiu člověka. Zdůrazňuje se cena každého jedince a podtrhuje se důležitost rozvoje jeho drímajících schopností. Pozornost je věnována takovým tématům jako láska, spontánnost, tvořivost, hra, vřelost, sebezpřesazení, odpovědnost, autentičnost, smysl, transcendentální zážitek a odvaha.

Psychoterapie zaujímá v tomto přístupu důležité postavení. Zaměřuje se na *pomoc lidem v jejich duchovním růstu a v realizaci vlastního duševního potenciálu*. Zabývá se jedincem v jeho celosti, jedinečnosti, výjimečnosti a nepředpověditelnosti. V duchu chápající psychologie Spranger a Diltheye tu proti vysvětlování stojí pochopení, proti přístupu nomotetickému (objevování obecných zákonitostí) přístup idiografický (objevování jedince). Humanistická psychoterapie vidí člověka jako jedinečnou osobu, která žije s účelem a záměrem a která aktivuje své vlastní potence, aby je přivedla k uskutečnění, a projevuje se tvořivě v *dosahování cílů, které přesahují jedince* (sebe-transcendence). Psychoterapeutické „setkání“ je bratrským vztahem a „sdíleným zážitkem“, v němž terapeut slouží pacientovi jako model autentičnosti. Autentičnost znamená totéž co u Rogerse kongruence: člověk nehraje předepsané role, ale je sám sebou. Je zde mlčky opět obsažen předpoklad, že může-li být člověk sám sebou, může-li se realizovat či aktualizovat, stává se dobrým a dokonalým. Sebeaktualizace v Maslowově pojetí zahrnuje již současně sebe-transcendenci: „*sebeaktualizující lidé jsou ponořeni do něčeho, co je mimo ně*“. Jsou něčemu oddáni, pracují na něčem, co



OBR. 23 J. Bugental

je jim drahé, cítí se k něčemu povolání. To, na čem pracují, mají současně rádi, takže u nich mizí dichotomie mezi prací a zábavou. Zasnívají život něčemu, co Maslow nazývá „hodnotami bytí“, konečnými hodnotami, které již nelze redukovat na nic jiného. Patří k nim např. spravedlnost, dokonalost, jednoduchost, úplnost, řád, pravda, dobro a krása. Jsou schopni hlubokých vztahů, ale dovedou být nezávislí, jsou tolerantní a tvořiví a umějí se radovat i z drobných věcí kolem sebe, které jiným unikají. Někteří jsou schopni prožívat také mimořádné „vrcholné zážitky“, např. extatického, mystického nebo náboženského charakteru.

Maslow rozdělil lidské potřeby (motivy) do pěti skupin, které uspořádal do vývojového pořadí. Nižší umístěné potřeby musí být dostatečně uspokojovány, aby se mohly uplatnit potřeby vyšší úrovně. Hierarchie postupuje zdola nahoru takto: 1. fyziologické potřeby, 2. potřeba jistoty a bezpečí, 3. potřeba někam patřit a být milován, 4. potřeba ocenění druhými a kladného sebehodnocení a 5. potřeba sebeaktualizace. Zatímco první čtyři potřeby lze označit jako nedostatkové, motivující k jednání, když organismu něco chybí a potřebuje to získat (D-potřeby od deficiency, nedostatek), je sebeaktualizace potřebou růstovou, nesměřující k odstranění nějakého nedostatku a k vlastnému uspokojení, ale k *přesažení přítomného stavu a k nadosobním cílům* (B-potřeba od being, bytí). Při dosažení úrovně růstové motivace v osobním vývoji se mění dřívější podřízenost vyšších potřeb nižším. Pomocí směřování k vyšším cílům může člověk dokázat překonat neuspokojení základnějších potřeb svého organismu. Na vývoj člověka má značný vliv uspokojování potřeb v dětství, ale není jím zcela předurčen, zůstává mu dost prostoru pro jeho svobodnou vůli a snahu. To Maslowovi potvrdila i jeho vlastní životní zkušenost.

O humanistické psychologii mluví její američtí zastánci jako o třetí síle v psychologii, která má být protiváhou jak psychologie hlubinné, tak psychologie chování. Proti psychologii chování je zde důraz na bezprostřední vnitřní zážitky. Proti psychoanalýze,

zaměřené na analýzu pudových „hlubin“ osobnosti a objasňování minulých kauzálních patologických zážitků, se stává humanistická psychoterapie stejně jako existenciální analýza finálně zaměřenou *analýzou „výšín“*, duchovních problémů, hodnot a perspektiv. Významným představitelem „duchovní větve“ se stal po Maslowovi kalifornský psycholog J. Bugental.

To, co bylo řečeno o finalitě, platí zejména o pojetí výše uváděných autorů. U jiných proudů v hnutí humanistické psychologie však je *důraz na bezprostřednost a přítomnost* tak silný, že nejen minulost, ale i budoucnost se odsunuje do pozadí: člověk se má především naučit být „zde a nyní“. Má se naučit projevovat to, co cítí vůči sobě i vůči lidem, kteří jsou právě kolem. Má se rovněž naučit přijímat a prožívat to, co cítí lidé vůči němu. Prostředkem k tomu jsou skupiny „výcviku v interpersonální senzitivitě“ („sensitivity training groups“), „skupiny setkání“ („encounter groups“) nebo skupiny „osobního růstu“ („personal growth groups“). Osobní rozvoj spočívá v rozvíjení schopnosti *plně prožívat a projevovat své city*, v rozvíjení fantazie a tvořivosti a v kultivaci smyslových zážitků, zejména hmatu. Proto se propracovávají i různé techniky dotýkání (Gunther 1968), využívané též jako prostředek neverbální komunikace. Podporuje se agrese i pláč, cílem však je radost (Schutz 1967). Jourard (1964, 1968) požaduje, aby člověk odložil masku a byl křišťálově průhledný. Shostrom (1967, 1976) formuluje cíl terapie jako přechod od manipulace k aktualizaci. Manipulátor je člověk, který používá, využívá a ovládá sebe i ostatní jako věci. „Aktualizátor“ je člověk, který si váží sebe i druhých jako skutečných lidských bytostí a který aktualizuje svůj vnitřní potenciál.

Významnou roli v tomto proudu hrál ústav Esalen v Big Sur, v tiché lesnaté kalifornské krajině na pobřeží Pacifiku, kde se pořádají víkendové, týdenní i dlouhodobější „setkání“ a kurzy a kde se vedle protestu vůči konformitě a odcizené racionalitě prosazují i prvky pohrdání civilizací a „návratu k přírodě“. Ústav vedl řadu let Frederik Perls.

Humanistická psychologie se stala nejen určitým pojetím člověka a psychoterapie, ale i svérázným společenským jevem. Její značná část (jak se to projevovalo mj. i na pravidelných velkých sjezdech) představovala jakési hippie-hnutí intelektuálů nespokojených se společenskou orientací na honbu za ziskem a za kariérou s výslednými pocity prázdnoty, izolace a odcizení. Stavěla se kriticky vůči konzumní společnosti a společenskému řádu, ale i vůči „oficiální“ vědě. V hnutí humanistických psychologů se stále více začalo uplatňovat přijímání různých iracionálních praktik, mystických ezoterických výkladů a neprofesionálních postupů, provokování emocí bez racionálního zpracování, odmítání vědeckého ověřování a stále větší oddalování se od akademické psychologie. To vedlo k tomu, že významné osobnosti, které se v hnutí v šedesátých a sedmdesátých letech angažovaly, se z něj v osmdesátých letech spíše stáhly. Univerzity nebyly ochotné nabízet akademická postavení osobám projevujícím antiintelektuální a intuitivní postoje a pohrdajícím empirickým výzkumem, na nějž byl kladen důraz ještě v pracích C. Rogerse a jeho žáků (Rice a Greenberg 1992). Další vývoj tohoto hnutí je zatím nejasný. Koncem století však opět posílilo vědecky založené křídlo a vyšly významné publikace zabývající se důkladně teorií i výzkumem (Cain a Seeman 2002, Elliott 2002, Elliott, Greenberg a Lietaer 2004).

K významným pracím humanistické psychoterapie patří sborník pod redakcí J. Bugental „Challenges of humanistic psychology“ (1967) a knihy Ch. Bühlerové „Values in psychotherapy“ (1962), A. Maslowa „Toward a psychology of being“ (1962) a „Religions, values and peak experiences“ (1964) a J. Bugental „Psychotherapy and process: The fundamentals of an existential-humanistic approach“ (1978). Východiska a metody proudu zaměřeného na „zde a nyní“ lze nalézt např. v publikacích W. Schutze „Joy. Expanding human awareness“ (1967) a „Here comes everybody“ (1971). Od roku 1960 vychází časopis Journal of Humanistic Psychology. K novějším kolektivním monografiím, které se zabývají i výzkumem, patří Schneider, Bugental a Fraser „Handbook of humanistic psychology“ (2001) a Cain a Seeman „Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice“ (2002, česky 2006).

V češtině je orientace humanistické psychologie velmi dobře vystižena ve statí M. Nakonečného ve skriptech Hoskovce, Nakonečného a Sedlákové „Psychologie XX. století“ (1993). Pronikáním jejích idejí k nám se zabývá článek R. Decarvalha a I. Čermáka (1997). Na Slovensku vyšel překlad Maslowovy knihy „Ku psychologii bytia“ (2001) a K. Schneidera a R. Maye „Psychológia existencie“ (2005) s podnětnými ukázkami případů z praxe. Atmosféru Esalenu zachycuje překlad knížky O. Druryho „Nové horizonty“ (1996).

## Jiné přístupy

Vedle směrů, které považujeme v současnosti za základní, ve světě všeobecně rozšířené a známé, existuje řada dalších přístupů a vznikají stále nové, s novými názvy, s novými důrazy nebo novými technikami. Některé mají výrazný nástup a po čase se z povědomí odborné veřejnosti vytratí, některé si zachovávají vliv v určité sociokulturní oblasti, v některých zemích nebo v některé speciálně zaměřené skupině psychoterapeutů. Uvedeme alespoň základní informace o některých z těch, které v poslední době vzbudily pozornost u nás a většinou zde zahájily i specializované výcvikové aktivity.

### 9.1 Transpersonální psychoterapie

Transpersonální psychoterapie vyšla z psychoterapie humanistické a zaměřila se na rozšíření jejího zřetele k vnitřnímu světu člověka ještě za hranice toho, co její představitelé označují jako ulpění na scientismu, tzv. klasickém přírodovědném newtonsko-karteziánském paradigmatu s lineární kauzalitou, ignorujícím spirituální dimenzi člověka. Transpersonální psychoterapie se zaměřuje na neobvyklé zážitky překonávající hranice prostoru a času, na náboženské praktiky starověkých i současných kultur, neobvyklé stavy vědomí, zážitky provázející smrt a návrat z klinické smrti, setkání s mimozemskými bytostmi (UFO), studium mnohočetných osobností i parapsychologii (Grof 1994).

Stanislav Grof, nar. 1931 v Praze, vystudoval lékařství na Univerzitě Karlově. Působil jako psychiatr nejprve v Kosmonosích a později v pražském Výzkumném ústavu psychiatrickém, kde získal bohaté zkušenosti s experimentálním i klinickým využíváním LSD. V roce 1967 odjel do USA, aby zde ve Výzkumném psychiatrickém středisku v Baltimoru pokračoval ve svém zkoumání změněných stavů vědomí za pomoci psychedelik. Po ruské invazi do Československa zůstal v USA v emigraci. V Marylandském výzkumném psychiatrickém ústavu se zabýval mj. možnostmi připravit pomocí psychedelických zážitků pacienty s infaustní prognózou na smrt. Stal se rovněž profesorem psychiatrie na Univerzitě J. Hopkinse v Baltimoru. Později, po všeobecném zákazu práce s psychedeliky, odchází v r. 1972 do Esalen institutu v Big Sur v Kalifornii, kde se svou ženou Christinou vypracovává techniku holotropního dýchání, která umožnila navozovat změněné stavy vědomí bez použití drog. Manželé Grofovi pak organizovali v Esalenském institutu výukové a výcvikové programy, kterých se zúčastnilo mnoho významných osob sympatizujících s transpersonální psychoterapií.

jících s transpersonální orientací. S Maslowem a Sutichem založil Grof Společnost pro transpersonální psychologii a na konci sedmdesátých let Mezinárodní transpersonální společnost, jejímž se stal předsedou. V roce 1992 uspořádal v Praze 12. Mezinárodní transpersonální konferenci. V současné době má Grof soukromý institut v Mill Valley u San Franciska, kde se věnuje zejména profesionálnímu výcviku v holotropním dýchání a v transpersonální psychologii.

Grof došel k názoru, že v sezení s halucinogeny (i pomocí holotropního dýchání) lze vybavit zážitky, často v symbolické podobě, nejen z raného dětství, ale i zážitky perinatální a prenatalní, z období porodu a období vývoje plodu v děloze, a také zážitky transpersonální, překračující rámec jedincova biologického života a postihující případně i jeho „minulé životy“.

Pokud jde o porod, existovala zde už Rankova teorie o významném vlivu „traumatu z porodu“ na lidskou psychiku. Grof na základě zážitků svých subjektů pracoval navíc tři zážitková období nitroděložního života a vytvořil koncepci čtyř tzv. *bazálních perinatálních matic*.

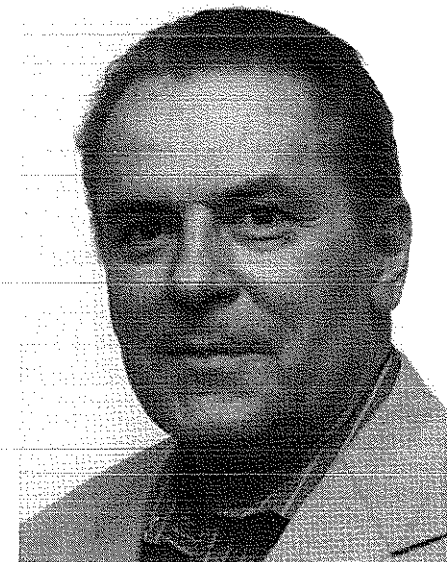
První matrice má svůj základ v prožitku původní symbiotické jednoty plodu s mateřským organismem v době nitroděložní existence. Při nerušeném průběhu těhotenství je dítě v téměř ideálních podmínkách. Takový stav může být při znovuprožívání v holotropní terapii provázen zážitky oceánu, vodních živočichů nebo mezihvězdného prostoru a ráje. Pokud docházelo v těhotenství k narušování harmonického stavu vlivem různých fyzikálních, chemických, biologických či psychologických faktorů, objevují se zážitky nebezpečí pod vodní hladinou, znečištěných řek a jezer, nehostinné přírody a zálných démonů.

Druhá perinatální matrice se vztahuje k první klinické době porodu. Když je toto stadium rozvinuto, plod je periodicky stlačován děložními stahy, přičemž je děložní hrdlo dosud uzavřeno a cesta ven není možná. Charakteristické jsou při reprodukování tohoto stadia zážitky spirály, nálevky nebo vtahujícího vodního víru, polykání netvorem, krokodýlem nebo velrybou. Symbolickým protějškem je zážitek uvíznutí v kleci, bezvýchodnosti nebo pekla.

Třetí perinatální matrice odpovídá druhé době porodní, postupnému vytlačování plodu porodním kanálem. Vedle realistického znovuprožívání tlaků, dušení a boje o přežití se mohou objevovat symbolické zážitky titánského zápasu, ale i sexuálního vzrušení, sadomasochismu a setkání s ohněm.

Čtvrtá perinatální matrice má vztah k vlastnímu narození dítěte. Po vystupňování napětí a bolesti následuje náhlá úleva a uvolnění. Symbolicky jde o zážitek smrti a znovuzrození, zakončení a vyřešení zápasu.

Od zážitků perinatálních se přechází ještě hlouběji do *sféry zážitků transpersonálních*. Ačkoli se vyskytují v prožívání subjektu, nelze je podle Grofa považovat pouze za intrapsychické jevy. Grof se přiklání k názoru, že mohou čerpat bez zprostředkování smyslovými orgány přímo ze zdrojů informací, které jsou mimo hranice jedince, mohou zasahovat do vzdálených časů a míst nebo do jiných dimenzí existence. Vědomí se rozšiřuje za obvyklé hranice ega a překračuje omezení časem a prostorem. Pro popis těchto jevů nestačí žádný západní psychoterapeutický systém a je nutno se uchýlit „k dávným nebo orientálním filozofiím, jako védantě, různým systémům jógy, kašmířskému šivaismu, mahajana buddhismu, tibetské vajrajáně, taoismu nebo sufismu“ (Grof 1993b). Tyto zážitky mohou mít vztah i k minulým reinkarnacím jedince. Jejich zpřítomněním a odžitím – stejně jako odžitím zážitků perinatálních – může být dosaženo významného terapeutického účinku.



OBR. 24 S. Grof

Myšlenku *přetělování* přijímají i někteří američtí hypnoterapeuti, jejichž práce byly přeloženy do češtiny nebo slovenštiny (Moody a Perry 1992, Wambachová 1992, Whitton a Fisher 1992, Williston a Johnstone 1992). Pokoušejí se vrátit své pacienty do minulých životů, aby jim pomohli odhalit a odžít některá traumata v těchto životech a tím je zbavili příznaků s nimi spojených. Typickým příkladem je často uváděný případ úspěšného vyléčení pacientky, která trpěla bolestmi v boku, pro něž nebylo možno najít ani organické, ani psychogenní vysvětlení v její životní historii. Teprve regrese do jednoho z minulých životů, v níž se ukázalo, že byla indiánským bojovníkem, který byl střelen nepřátelským šípem do boku, dovolila potíže pochopit a odreagovat a tím se jich zbavit. Takový postup jistě může být terapeuticky účinný, ale jeho účinnost je vysvětlitelná působením sugesce. Představy o minulých životech patří z hlediska současné vědy do oblasti víry nebo do říše fantazie.

*Technika holotropního dýchání* nebo holotropní terapie má podle Grofa (1992b) dvě základní formy. V první se kromě hyperventilace využívá hudby a práce s tělem a obvykle proběhne abreakce. Ve druhé se pomocí holotropního dýchání a introspekce směřuje přímo k navození mystického stavu. Častěji se využívá první formy, a to obvykle v kolektivních sezeních trvajících 2–3 hodiny, kterých se může zúčastnit až 40 osob. Účastníci se střídají v roli prožívajících a asistujících. Jedna polovina „dýchá“ a pohružuje se do zážitků a druhá polovina je využita tak, aby každý prožívající měl svého pomocníka a strážce (sittera), pomáhajícího v práci s tělem a zajišťujícího bezpečnost. Začíná se v poloze vleže. Subjekt se má soustředit na dýchání a pochody v těle a dýchat postupně rychleji a hlouběji. Krátké období takové úvodní hyperventilace navodí tělesné pocity a emoce. K podpoření procesu se používá intenzivní hudba. Pomocníci pomáhají zesílit pomocí doteků, tlaků nebo masáže vznikající tělesné pocity. Ke konci pak mohou poskytnout podpůrný tělesný kontakt. Práce se pohybuje mezi půlhodinou a hodinou a půl. Interpretace se nevyžaduje. Intelektuální zpraco-

vání je nahrazováno sdílením toho, co se událo. Jedním z důležitých úkolů terapeuta je však zajistit, aby se zážitky prožily v plné síle a byly vnitřně dokončovány.

Taková kolektivní sezení jsou častěji zaměřena spíše na výcvik nebo na zážitkové obohacení než na terapii, při které terapeut za pacienty obvykle přijímá větší díl zodpovědnosti. Nezpracování silných zážitků, k nimž v těchto setkáních dochází, však s sebou může i u zdravých osob nést riziko zhoršení psychického stavu.

Vliv na vypracování Grofovy koncepce měla v oblasti psychoterapie zejména učení Junga, Reicha, Ranka, Lowena, Perlse a Maslowa. O transpersonální psychologii lze říci, že ve velké míře opouští půdu reality (Vacek 1991). Grof (1992b) se snaží výtkám z iracionality čelit promyšlenou argumentací, opírající se mj. i o názory některých odborníků z oblastí filozofie (Feyerabend), fyziky (Capra), biologie (Sheldrake) a neurochirurgie (Pribram), která rozhodně stojí za zvážení. Nezdá se však, že by jím navrhovaná zásadní revize vědeckých paradigmat mohla v současné vědě v dohledné době převládnout.

Pro autentické seznámení se s transpersonální psychoterapií a psychologií jsou k dispozici překlady čtyř nejvýznamnějších Grofových monografií, „Dobrodružství sebeobjevování“ (1992), „Za hranice mozku“ (1992), „Holotropní vědomí“ (1993) a „Psychologie budoucnosti“ (2004) i informativní stati v Čs. psychiatrii (1994) a v učebnici „Psychiatrie“ (Höschl a kol. 2002). D. Binarová (2003) potvrdila vliv sezení s holotropním dýcháním na snížení myšlenkové rigidity a dogmatismu, S. Kudrle (1995) doporučuje využití v léčbě závislých. Se sympatiemi, ale zároveň kriticky posuzuje transpersonální psychologii Nakonečný ve skriptech „Psychologie XX. století“ (Hoskovec, Nakonečný, Sedláková 1994). Jako iracionalitu v psychiatrii ji spolu s příbuzným hnutím „New Age“ odmítá psychiatr J. Vacek (1991).

## 9.2 Procesorientovaná psychoterapie

Nepříliš známá procesorientovaná psychoterapie A. Mindella vzbudila zájem na Slovensku nejprve zásluhou její propagace dvěma slovensko-švýcarskými kolegy a posléze navázáním přímých kontaktů s Mindellovým centrem v USA, které uspořádalo v Bratislavě mezinárodní seminář a podpořilo zahájení několikaletého systematického výcviku.

Arnold Mindell se narodil r. 1940 v New Yorku, kde vystudoval nejprve teoretickou fyziku a pak psychologii. Od r. 1963 žil v Curychu, kde studoval na Institutu C. G. Junga a pak zde dále působil jako učitel a cvičný analytik. Rámec analytické psychologie se mu posléze zdál příliš úzký a vytvořil si svůj vlastní model. Pracoval pak v soukromé praxi a v r. 1982 založil v Curychu Společnost pro procesorientovanou psychologii. V r. 1989 přesídlil zpět do USA, kde vybudoval své centrum v Portlandu ve státě Oregon. Jeho manželka je rovněž psychoterapeutka a spoluautorka některých jeho prací.

Mindell si – snad pod vlivem původní erudice ve fyzice – vytvořil pro svou psychologii a psychoterapii především svéráznou terminologii. Informace jsou signály, které probíhají v komunikačních kanálech, jichž je celkem šest. Název *kunikační kanály* označuje jednak některé smysly (zrak, sluch a propriocepci), jednak pohybové projevy (kinetický kanál) a také vztahy k lidem (je složen z předchozích kanálů) a ke

světu (kanál světa). *Snové tělo* vyjadřuje spojitost snů a tělesných procesů. Na rozdíl od reálného těla je to neznámé území, ve kterém má člověk méně kontroly nad svým chováním a emotivitou. *Primární proces* jsou děje vědomé a sekundární proces děje nevědomé (opačně než u Freuda). *Sekundární proces* zahrnuje vlastnosti, které jsou nám cizí a nespojujeme je s naší identitou. *Metakomunikátor* je ta část osobnosti člověka, která pozoruje primární a sekundární proces a je schopná o nich diskutovat. V procesu terapie má psychoterapeut mj. *amplifikovat*, tj. zesilovat signály vysílané klientem a všimát si, jak klient kanály přepíná, když se dostává k nepříjemným obsahům. Tělesné příznaky jsou poselství, kterými s námi komunikuje naše nevědomí. Závěrem se má dosáhnout integrace poznatků, které terapie vynesla na povrch.

Kromě fyziky je koncepce ovlivněna jungiánskou psychologií, taoismem a přístupy, které využívají práci s tělem. Praktická činnost v terapii a výcviku má eklektický charakter. Využívá se technik zaměřených na vnitřní zážitky, zejména sny, stejně jako technik expresivních, při nichž má dojít k sebeprojevoval v pohybech i komunikačních kontaktech.

Do češtiny byly přeloženy Mindellovy monografie „Snové tělo“ (1993) a „Kóma“ (1994) a do slovenštiny „Telo a sny“ (1992). O základních pojmech Mindellova přístupu stručně referují v časopiseckých článcích Heretik a Šimkovič (1993) a Gurský (1995).

## 9.3 Satiterapie

Satiterapie je přístup vytvořený českým psychologem M. Frýbou, který žil delší dobu na Srí Lance, kde se připravoval na dráhu buddhistického mnicha. To mu umožnilo využít k psychotherapeutickým účelům řadu podnětů z buddhistických meditací a buddhistické filozofie. Název sati znamená v jazyce, v němž se na Srí Lance vyučuje Buddhova nauka, *všímavost*. Spolu s několika českými spolupracovníky, které vyškolil, zejména M. Němcovou, u nás Frýba rozvinul systematický výcvik v tomto přístupu.

Mirko Frýba, narozený r. 1943 v Praze, studoval v šedesátých letech psychologii nejprve na Univerzitě Karlově a pak od r. 1969 na Bernské univerzitě ve Švýcarsku, kde r. 1975 získal doktorát filozofie. Od r. 1971 pracoval jako klinický psycholog na Univerzitní psychiatrické poliklinice a potom od r. 1976 přednášel též klinickou a poradenskou psychologii na Filozofické fakultě Univerzity v Bernu.

V r. 1967 odcestoval do Indie, kde se rok věnoval v tantrickém klášteře výzkumu jógy a hinduistické meditace. Později od r. 1975 pokračoval během každoročních několikaměsíčních pobytů na Srí Lance s tímto výzkumem v buddhistických klášterech, přičemž ověřoval možnosti využívání meditativních postupů při klinické práci ve Švýcarsku. Pod vlivem českého syntetického a diferencovaného přístupu a psychoterapie zaměřené na klienta začal tehdy vytvářet základy satiterapie. Kromě intenzivního výcviku v meditaci získal výcvik i v několika významných přístupech západní psychoterapie – a to v psychoanalýze u Freuda žáka E. Bluma v Bernu, v psychoterapii zaměřené na klienta u C. R. Rogerse v La Jolle a v psychodramatu u J. L. Morena a Z. Morenové v Beaconu. V teorii psychoterapie byl výrazně ovlivněn r. 1979 během krátkého údobí spolupráce s G. Batesonem hostujícím v Curychu.



Od r. 1982 žil Mirko Frýba na Srí Lance a jen krátce navštěvoval Evropu, aby zde přednášel a prováděl výcvikové kurzy satiterapie. Vzhledem k narůstajícím politickým nepokojům na Srí Lance se r. 1989 vrátil opět do Švýcarska. Po pádu totality navázal kontakt s univerzitami v Olomouci a v Brně, od r. 1993 přenesl svoji výcvikovou činnost plně do Brna, kde se habilitoval, a do Velké Bíteše, kde zřídil základnu, „Ateliér satiterapie“. Poté opět odejel na Srí Lanku.

Satiterapie jako přístup vycházející ze sympatií k meditaci je založena na vedení klienta ke všímavému uvědomělému vnitřnímu prožívání. Toto prožívání má být podle Frýby zakotveno v tělesné skutečnosti. Zde má satiterapie přímou návaznost na zážitkovou techniku Rogersova žáka Eugena Gendlina, který ji nazývá „focusing-oriented“ psychoterapie (1996). Protože jde o spojování meditativních zážitků s tím, jaké je provázejí tělesné pocity, jimž je třeba věnovat pozornost, používá Frýba pro focusing vhodný český termín „kotvení“ nebo „zakotvené prožívání“. *Léčivé všímavé znovuprožívání patologických obsahů mysli* tedy spočívá v tom, že se je člověk naučí zakotvit, spojit s tím, co se odehrává v jeho smyslech a v různých orgánech jeho těla. Jednou z úvodních otázek satiterapie je otázka „Máte všech pět pohromadě?“ Ta vede klienta ke zkoumání, co všechno je v daném okamžiku schopen vnímat všemi svými pěti smysly, když tomu začne věnovat pozornost. Tělesné zakotvení se dále rozvíjí otázkami spojujícími vnitřní představy a meditativní obrazy s tělesnými pocity, např. „Kde cítíte tu nenávisť?“ „Ve které části těla a jak?“ „Kde a jak cítíte tu radost?“ „Co se děje v těle?“ Podobně i naopak se k primárně prožívaným tělesným pocitům hledají příslušné zážitkové obsahy.

Na základě takto probíhajícího hlubšího sebepoznávání nachází klient postupně svůj vlastní způsob překonávání problémů a zvládání života. Tento způsob nemá již vyrůstat z toho, co je jen převzato nebo vnuceno zvenčí, ale z vlastního prožitého vědění a ze svobodného rozhodnutí. S tím souvisí druhá základní otázka pokládaná satiterapií: „Co tady chcete?“ Ta se týká motivace, rozhodování a vůle, a to jak pokud jde o okamžitou situaci tady a teď, tak zejména pokud jde o dlouhodobé životní cíle. V satiterapii se uplatňují čtyři prožitková kotvení: již zmíněné tělesné kotvení v reálné pěti smyslech teď a tady, v prožitkovém předjímání cílů jednání a smyslu života, ve znovuprožívání nosných mezilidských vztahů a v uvědomování společenské vázanosti vlastní osoby. Při tomto kotvení dochází k zásadnímu řešení problémů po důkladném průzkumu „psychotopu“. Ten představuje souhrn prožitků jednotlivých životních událostí, o kterých klient v terapii postupně vypráví a ve kterých se za pomoci komentování a empatického reflektování terapeuta stále lépe orientuje. Terapeutův postup se při tomto procesu řídí převážně principy rogersovské psychoterapie. Frýbova zkušenost s morenovským psychodramatem se však zároveň odráží v příležitostném nabízení akčních technik, které umožňují zvnějšnění vnitřních zážitků pohybem, hraním rolí a psychodramatickým agováním.

Frýbovu satiterapii můžeme považovat za ukázkou *vlivu asijských ideových směrů a východního životního stylu* na západní psychoterapii. Tomuto působení se mezi současnými směry otevírají přístupy humanistické a transpersonální (Walsh 1989). Mimo meditaci se k asijským vlivům řadí také využívání jógy, která vedle meditace užívá nacvičování tělesných pozic (asán) a dýchání (Adžaja, 2000). Lze se domnívat,

že použitelnost těchto postupů bude rozdílná podle osobností klientů. Zatímco osoby zaměřené na vnější činnost a sociální kontakty je mohou pro sebe považovat za málo podnětné, málo dynamické a v podstatě nudné, osoby, kterým vyhovuje zaměření „do sebe“, ať už typologicky, nebo programově, mohou z těchto přístupů pro zvládání života (včetně zvládání potíží a problémů) a pro sebezdokonalování hodně vytěžit.

Frýba popsal východiska svého přístupu v knize „Abhidhamma – Základy meditativní psychoterapie a psychohygieny“ (1991), jejíž čtivost značně snižuje prokládání textu výrazy v cizokrajném jazyce. Srozumitelný stručný výklad podala M. Němcová v brožurce „Úvod do satiterapie“ (1995). Psychologicko-etický buddhistický systém abhidhammy rozvíjí Frýba dále se zaměřením na duševní hygienu ve skriptech „Psychologie zvládání života – aplikace metody abhidhammy“ (1995). Zahraniční satiterapeuti, organizovaní v European Association for Satithery, se řídí strategiemi popsanými Frýbou v knize „Anleitung zum Glücklichein – Die Psychologie des Abhidhamma“ (1987, anglicky „The art of happiness“, 1989) a „Principles of satithery“ (1992, český překlad 1993). Výklad Gendlinovy „zakotvující“ psychoterapie je v knížce „Focusing“ (český překlad 2003). Problematiku dále rozpracovává K. Hájek v monografii „Tělesné zakotvené prožívání“ (2002).

V souvislosti s buddhistickým meditativním pohledem, s náboženským pohledem křesťanským a židovským i pohledem jungovské a franklovské psychoterapie se v současné psychoterapii častěji vynořuje *otázka spirituality* či duchovního rozměru lidské bytosti, která nezanedbatelným způsobem doplňuje dnes běžně přijímaný komplexní pohled biopsychosociální. Z psychologického hlediska podtrhli u nás význam spirituality např. Smékal (2001) a Baštecká (2001), z medicínského Irmiš (2001). V zahraničí je této problematice věnována např. monografie A Schreuerové „Psychotherapy and spirituality“ (2001). Spiritualita či duchovnost nemusí mít nutně vztah k učení určitého náboženského směru, konkrétní církve či společnosti, ale představuje jistý přesah (transcendenci) běžného života, jak to formuluje např. ve svých populárních esejích „Nevyšlapanou cestou“ americký psychiatr M. S. Peck (1993, 1994). Základní orientace psychoterapeuta v této oblasti, která stojí mimo rámec exaktní vědy, může být pro něj a pro jeho pacienty užitečná. Podnětné úvahy a konkrétní pokyny, vycházející z kritického rozboru situace v Česku, přináší J. Balcar (1997) a P. Říčan (1997).

## 9.4 Bioenergetika, terapie realitou a pozitivní psychoterapie

Na rozdíl od předchozího přístupu patří bioenergetika k přístupům převážně manipulativním a expresivním. Manipuluje člověkem tak, aby dokázal uvolnit svůj svalový krunýř, který ho drží staženého dovnitř, a aby všechny potlačené instinkty ze sebe „vybil“ prudkými pohyby, údery, kopáním, křikem a pláčem. Bioenergetika vychází z teoretického modelu psychoanalýzy, uznává nevědomí, vytěsnění, libido, Oidipův komplex a přenos, ale nespokojuje se s pomalým vyplavováním vnitřních konfliktů volnými asociacemi. Chce je dostat pomocí manipulace svaly a chováním ven rychle a hned. Tím ovšem není řečeno, že takovým katarťickým odrcováním je terapie



skončena. To je jen jednou, byť významnou součástí „analýzy charakteru“. Terapii vytvořil A. Lowen s využitím podnětů, které získal v analýze u W. Reicha.



DBR. 25 A. Lowen

Alexander Lowen, nar. 1910, získal lékařský titul na univerzitě v Ženevě. Prošel třetíou cvičnou analýzou u Reicha, v níž si uvědomil, že zadržuje projevy citů a že zadržuje dech, což spolu souvisí. Reich ho vedl k tomu, aby se poddal tělu a dovolil dýchání, aby probíhalo uvolněně a prohloubeně. Po analýze Lowen s Reichem spolupracoval, brzy si však vytvořil pojetí vlastní. Žije v New Yorku, kde řídí Mezinárodní institut pro bioenergetickou analýzu, který založil. I ve svých 84 letech působil na mezinárodní konferenci o vývoji psychoterapie v Hamburku (v r.1994) při demonstracích svých technik velmi energicky, optimisticky a svěže.

**Bioenergetická analýza** je podle Lowena psychotherapeutický přístup, který začleňuje do analytického procesu jako jeho podstatnou součást práci s tělem. Studuje pacientovy tělesné projevy k určení jeho problémů a konfliktů v jeho osobnosti. Pacienti si často neuvědomují, že se jejich problémy projevují v těle, zejména ve svalích a v dýchání, dokud se jim to neukáže. Sevření čelistí, svírání v krku, napjatá ramena, zadržování dechu, to vše jsou známky potlačování citů. Omezení svalové pohyblivosti je současně výsledkem i příčinou emočních potíží. Omezení přirozeného dýchání je výsledkem i příčinou úzkosti. Svalový krunýř těla a jeho ztuhlost demonstruje i podmiňuje přítomnost obran proti svobodnému sebeprojevení.

V bioenergetické analýze se má pacient dostat do kontaktu se svým tělem pomocí uvědomování si toho, co se v těle děje. Toto uvědomování však není pasivní, meditativní. Terapeut žádá pacienty o aktivní pohyby, dýchání a tělesná cvičení, která zvyšují tělesné uvědomění a zároveň podporují vyvolání silných emocí. Terapeut pracuje se svaly, v nichž u pacienta cítí největší odpor, nebo s těmi, v nichž je blokováno

nejvíce emocí a energie. Pomáhá odpor odstranit doteky, tlaky a různými svalovými manipulacemi a zároveň může pacienta vybízet, aby stále silněji, hlasitým dýcháním, výkřiky a prudkými pohyby vybíjel své emoce.

Nepříjemné zážitky, jež potřebují odreagování, pomáhá Lowen rychle evokovat např. tím, že vybídne ležícího pacienta, aby stále prudčeji kopal nohama do podložky a přitom vykřikoval stále hlasitěji „Ne!“ „Ne!“ „Nechci!“ Tělesné reakce se brzy spojí s odpovídajícím potlačovacím obsahem.

V bioenergetice však nejde při práci s tělem jen o podněcování dramatického odreagování. Pacient se učí se svým tělem žít pro radost, naplno využívat své tělesné energie. Například při cvičení ve stoje se pacient učí zaujímat polohy, které mu umožní získat pevnou základnu se zemí, zakotvení do země. Pacientům jsou nabízena různá bioenergetická cvičení ve skupinové formě a doporučována další samostatná cvičení doma. Práce s tělem je založena na předpokladu, že čím více dovede člověk uvolnit svou tělesnou energii, tím více je „živ“ – v pohybech, citech i myšlení.

Práci s tělem začleňuje bioenergetika do kontextu práce analytické. Své současné bloky a zábrany v tělesných projevech mají pacienti vztáhnout k minulosti a uvědomit si, které tělesné impulzy museli vytěšňovat. Lowen formuluje také vlastní teorii pěti hlavních typů „struktur charakteru“, kterými jsou struktura schizoidní, orální, narcistická, masochistická a rigidní. Každá z nich má podle něj určitá typická napětí v některých částech těla (např. krk, ramena, zádové svaly apod.), se kterými je třeba pracovat. Terapie využívá řady klasických analytických postupů, jako je analýza snů, analýza přenosu apod. Většina práce patří do rukou vycvičenému analytíkovi, a ne jen někomu, kdo se naučil manipulacím s tělem.

Kromě Lowenovy školy existují dnes i jiné školy bioenergetiky, základní principy jsou však shodné. Většina výcvikových programů v bioenergetice vyžaduje od frekvenciantů předběžný, pokud možno ukončený výcvik v psychoanalýze.

Z četných Lowenových knih uveďme jeho základní dílo „Bioenergetika“ (1975), které vyšlo v českém překladu (2002). V Brně je připraven k vydání překlad knihy „Proudý život“ švýcarského autora D. Boadelly (1966), který svůj přístup k práci s tělem nazývá „biosyntéza“.

Z dalších směrů upozorníme ještě stručně alespoň na dva, na terapii realitou W. Glasera a na pozitivní psychoterapii N. Peseschkiana.

**Terapie realitou** je zaměřena na aktivní racionální zvládání života a na uspokojování potřeb, k nimž patří potřeba někam patřit, potřeba úspěchu, potřeba radosti a potřeba svobody, a na respektování vnější reality. W. Glasser patří k americkým psychiatrům, kteří byli vyškoleni v tradičním psychoanalytickém přístupu, ale pro nespokojenost s jeho výsledky jej opustili. Namísto zkoumání určujících vlivů v minulosti a analyzování přenosu postavil Glasser svůj přístup na tezi, že lidé jsou zodpovědní za své současné jednání, protože mají *možnost volby*. Mohou se rozhodovat, jak uspokojovat své potřeby a přání. Terapeut pomáhá klientům porozumět tomu, co si přejí, a zda to čekají zvenčí, nebo od sebe. Vede je k tomu, aby převzali řízení do

svých rukou a zvládali problémy vlastním aktivním jednáním. Mají *plánovat* své činnosti se zřetelem k realitě. Plán má být jednoduchý, proveditelný a kontrolovatelný a s jeho plněním se má začít hned. Jsou to činy, a ne pouhé řeči, co posunuje terapii i život dopředu (Glasser 1965, Glasser a Wubbolding 1995, Wubbolding 1986). Glasserova „Terapie realitou“ byla přeložena do češtiny (2001) a J. Tureček (2002) uvádí první pozitivní zkušenosti s jejím využíváním.

**Pozitivní psychoterapie** zdůrazňuje, že pacient si s sebou nepřináší pouze nemoc, ale také schopnosti, které umožňují nemoc překonat. Ty vycházejí jednak z oblasti emoční (např. láska, trpělivost a důvěra) a jednak z výkonové orientace (např. poctivost, věrnost, pečlivost, přesnost a spolehlivost). Terapeut při analýze pacientova problému zaměřuje pozornost také na to, jaké má pacient i jeho protějšek pozitivní vlastnosti, a učí ho jich využívat. Autor tohoto přístupu, N. Peseschkian (1991, 1995, 1996, 1999), je německý lékař íránského původu, který tvořivým způsobem využívá orientálních příběhů, z nichž může pacient získávat podněty a poučení a směřovat k moudrosti, která umožňuje překonávat těžkosti života. (Sto takových příběhů vyšlo v českém překladu pod názvem „Kuce a papoušek“, 1996.) Přístupu se u nás prakticky i výukově věnuje v Brně J. Kulka.

# Eklektická a integrativní pojetí

Kromě základních směrů se v oblasti psychoterapie stále častěji setkáváme s přístupem eklektickým a s pokusy o pojetí syntetická a integrativní.

*Eklektická psychoterapie* se obvykle chápe jako kombinované využívání různých metod bez ohledu na jejich původní teoretické východisko, podle toho, jak se to prakticky orientovanému psychoterapeutovi zdá nejvhodnější.

*Integrativní psychoterapie* se chápe jako přístup pokoušející se sjednotit různé teoretické přístupy do vyššího celku nebo vytvořit teorii jim nadřazenou.

*Syntetická psychoterapie*, ve smyslu jak tento pojem používáme u nás, tvoří mezi eklektikou a integrativní psychoterapií střední článek. Chce být více než pouhý technický eklekticismus a spojoval nejen metody, ale i teoretické koncepce, jak nejvíce to lze. Zároveň si však ještě nečiní nárok na vytvoření systému, který by dokázal protikladné teorie harmonicky propojit. K takové integraci pouze směřuje a vidí ji jako žádoucí cíl, který je zatím ještě obtížně dosažitelný.

*Eklektický přístup* je v praxi velmi častý. Terapeut využívá různých výkladových principů a metod, které ovládá buď alternativně, nebo je kombinuje podle toho, jak to v daném případě považuje za účelné. Může jít o kombinaci *souběžnou* – často se např. kombinují metody náhledové se symptomatickými – nebo o kombinaci *postupnou*, prosté nahrazení jednoho přístupu druhým, když se nedostavuje žádoucí účinek. Postupná kombinace však může mít i systematický plán podle etap psychoterapeutického procesu.

Tak např. na začátku mohou být výhodné empatické akceptující rozhovory, umožňující sebeodhalení, sebeexploraci a abreakci, později může být užitečnější aktivní vedení k náhledu a závěrem pak nácvik žádoucího chování a řešení problémů i relaxačně sugestivní terapie symptomatická. Jindy může být účelný i sled opačný, např. s úvodním pokusem o zvládnutí potíží přímými nácvikovými a sugestivními postupy a s přistoupením k hlubší analýze vztahů a minulých zážitků až poté, když se narazí na bloky znesnadňující další pokrok.

*Pokusy o integraci* mají buď charakter empirický, nebo se opírají o vědecký výzkum účinných faktorů v psychoterapii. Z vědecko-výzkumných dat dnes vycházejí tři dílčí integrativní hypotézy: 1. ve všech významných psychoterapeutických přístupech existují společné účinné faktory, 2. v různých přístupech mohou být různé účinné faktory, které vedou různou cestou ke stejnému výsledku, a 3. existují specifické účinné faktory, které působí na určitý příznak, na určitý problém nebo na určitého pacienta a jsou málo účinné v jiných případech.

## 10.1 Společné faktory v různých směrech

Společným faktorům v různých psychoterapiích se nejvíce věnovali Garfield (1989) a Frank (Frank a Franková 1991), shrnují je také Lambert (1992) a Weinberg (1993). Z jejich různého počtu a různých názvů vybíráme pět, které se zdají dobře vystihovat podstatu tohoto přístupu.

- Vztah mezi pacientem a terapeutem.* Pacient má k terapeutovi důvěru, očekává od něj pomoc a je přesvědčen, že terapeutovi na něm záleží. Aby takový vztah mohl vzniknout, má mít terapeut rozvinutou schopnost vcítit se do pacienta a přijmout jej i s jeho nedostatky a problémy a má být přesvědčen, že pacientovi může pomoci.
- Výklad poruchy.* Výklad umožňuje pacientovi, aby porozuměl svým symptomům, sám sobě a svým osobním problémům. Terapeutický účinek nezávisí na druhu a vědecké validitě podaného výkladu, ale na tom, zda jej terapeut podává dostatečně přesvědčivě a zda jej pacient přijímá jako vysvětlení pro něj smysluplné a významné.

Eklektický psychoterapeut, který není omezován teoretickou orientací jedné školy, může vybrat takový výklad, který nejlépe vyhovuje mentalitě daného pacienta. Frank (1991) vhodně podtrhuje, že má-li výklad pacientovi dodat naději, měl by být založen na filosofii, která je alespoň zčásti optimistická.

- Emoční uvolnění.* Pacient získává příležitost k ventilování minulých traumatizujících událostí i současných starostí a konfliktů, a to s příslušnými emocemi. To vše vede v atmosféře pochopení a zájmu k abreakci a katarzi.
- Konfrontace s vlastními problémy.* Pacient se vlivem terapie přestane vyhýbat problémům a situacím, které nezvládal. Naučí se jim realisticky čelit a zjišťuje, že nedochází k obávaným katastrofickým následkům. Terapeut mu pomáhá, aby mohl zažívat úspěch.
- Posílení.* Terapeuti bez ohledu na teoretickou orientaci posilují svými slovy a svým chováním žádoucí chování a prožívání pacienta a pomáhají k odstraňování nechvalného chování. Behaviorální terapeuti kladou na tento faktor výslovný důraz a zadávají i příslušné úkoly.

Zastánci hypotézy o společných faktorech se v počtu a pojmenovávání jednotlivých faktorů poněkud liší, ale rozdíly nejsou podstatné. Frank (1991) zdůrazňuje vztah mezi terapeutem a pacientem a poskytovaný výklad zdraví, nemoci, poruchy a jejího léčení, ale také rámec

terapie, který obsahuje řadu rituálů a podporuje pacientovo očekávání pomoci, a úkol předepsané teorie, který vyžaduje určité úsilí nebo obět. Tyto faktory ovlivňují pacienty tím, že jim poskytují novou příležitost k učení na kognitivní i zážitkové úrovni, zvyšují naději na zlepšení jejich stavu, zajišťují zážitky úspěchu, které podporují pocit schopnosti zvládnout problémy, emočně je podněcují a pomáhají jim překonávat odcizení.

Někteří autoři se domnívají, že společné faktory mají největší podíl na účinku všech psychoterapií bez ohledu na jejich teorie. Lambert (1992) připisuje – zřejmě realističtěji – společným faktorům asi 30 % podílu na celkovém terapeutickém efektu, přičemž 40 % připisuje vlivu faktorů mimo vlastní terapii (ať už v osobnosti pacienta, nebo v příznivých vlivech prostředí – takové zlepšení se také označuje jako „spontánní remise“). Určité místo pak podle Lamberta zůstává pro vliv očekávání (tzv. placebo efekt, 15 %) a konečně i pro specifický účinek použitých postupů či metod (také 15 %).

## 10.2 Alternativní cesty k uzdravení

V četných případech existuje více možností, jak pomoci pacientovi a jak dosáhnout zlepšení jeho stavu. Jednou z nich je sebezkoumání pacienta v empatickém terapeutickém vztahu, jinou přivést pacienta za pomoci terapeutových interpretací k náhledu na neuvědomované souvislosti s minulými zážitky a vztahy. Třetí možnost představuje intenzivní emoční korektivní prožitky, čtvrtou dosažení náhledu s nalezením životního smyslu a získáním odstupu od problému, pátou účinné řešení aktuálních problémů, šestou systematický nácvik žádoucího chování, sociálních dovedností, sebezprosažení nebo desenzibilizace, sedmou symptomatrické hypnosuggestivní ovlivnění nebo autogenní trénink. Přestože mechanismy terapeutického působení jsou značně odlišné, vedou nakonec ke stejnému výsledku.

Závěry o ekvivalentnosti alternativ jsou podporovány výzkumy, které neprokázaly významné rozdíly ve výsledcích léčby odlišnými psychoterapeutickými přístupy, k nimž byli kandidáti léčby náhodně nebo cíleně přidělováni. Zlepšení u léčených pacientů bylo přitom významně větší než u pacientů neléčených. Tak např. metodologicky dobře připravený výzkum Sloana a kol. (1975), v němž jako terapeuti vystupovali zkušení představitelé dynamického a behaviorálního směru, přinesl obdobná zlepšení v obou skupinách léčených pacientů. K podobným výsledkům dospěli i jiní. Luborsky a kol. (1975) shrnuli tyto poznatky v přehledové práci o výzkumech psychoterapie parafrázováním výroku ptáka Dodo z Carrollovy knížky Alenka v říši divů: „Všichni vyhrávají a každý si zaslouží cenu“. V práci z roku 1999 je znovu potvrzeno.

Populární a často citovaný „Dodův rozsudek“, jak se dnes v psychoterapeutické literatuře symbolicky označuje tvrzení, že „všechny psychoterapie mají stejný efekt“, je některými eklektickými psychoterapeuty ochotně přijímán, jinými naopak odmítán. Norcross (1994) např. upozorňuje, že neprokáže-li se při použití různých psychoterapeutických postupů statisticky významný rozdíl ve zmírnění průměrných hodnot symptomů, neplatí z toho, že celkový efekt odlišných psychoterapií je shodný. V dosažených změnách mohou existovat rozdíly, zejména pokud jde o vliv na osobnost pacienta.

K této sporné otázce přinesly další materiál metaanalytické přehledy kvalitních výzkumných studií (např. Grawe aj. 1994), které uvádíme v kapitole o výzkumu efektu psychoterapie.

Strupp a Bergin (1969) seřadili alternativní faktory, které mohou mít specifický léčebný účinek a využívají specifikovatelných mechanismů psychologického vlivu, do deseti bodů: 1. protipodmiňování, 2. vyhasínání, 3. kognitivní učení, 4. odměna a trest, 5. přenos a generalizace, 6. sociální učení včetně nápodoby a identifikace, 7. persuaze, 8. empatie, 9. vřelost a 10. konfrontace s problémem.

*Pro skupinovou psychoterapii* jsme uspořádali seznam účinných faktorů takto: 1. členství ve skupině, 2. emoční podpora, 3. pomoc jiným, 4. sebeexplorace a sebe-projevení, 5. odreagování, 6. zpětná vazba, 7. náhled, 8. korektivní emoční zkušenost, 9. zkoušení a nácvik nového jednání a 10. získání nových informací a sociálních dovedností (Kratochvíl 2005).

K uváděným činitelům je třeba doplnit ještě sugesci. Ta je v některých koncepcích a postupech faktorem nespecifickým, ale v sugestivní a hypnotické terapii je záměrně a explicitně využívaným činitelem léčebného působení.

Působení uváděných faktorů se v praxi často různě kombinuje, ale to nic nemění na předpokladu, že by mohly působit i samostatně a odděleně, tedy jako alternativní cesty k uzdravení a ke zvládnutí životních situací.

### 10.3 Specifické faktory působící diferencovaně

Výzkumná data svědčí také pro to, že některý přístup je účinnější u určitých poruch a jiný zase u poruch či problémů jiných. Tak např. u pacientů s konkrétními fobiemi, s chybějícími dovednostmi nebo s patologickými návyky je prokazatelně nejúčinnější behaviorální terapie s desenzibilizací a nácvikem, který lze přesně zacílit (Grawe 1992). Naproti tomu u pacientů s difúzními potížemi, kteří prožívají pocity odcizení, životní nespokojenosti a ztráty perspektiv, může podle klinických zkušeností, výzkumem zatím neověřených, pomoci spíše vyjasňování postojů k životu a nalezení kladných hodnot; uplatní se tedy spíše rogersovská empatická psychoterapie nebo franklovská logoterapie. Příznaky, které jsou měnlivé a souvisejí s poruchami osobnosti, mohou vyžadovat spíše hlubinně psychologický či dynamický přístup.

Také osobnostní rysy a očekávání pacientů hrají roli. Pro úspěšnost nedirektivní terapie je žádoucí schopnost a motivace pacienta vyrovnávat se samostatněji se svými těžkostmi. Tato terapie by mohla více působit na osoby, které mají vyšší úroveň reaktance (sklonu reagovat na vnější vedení, přesvědčování a tlaky stavěním se na odpor), a tedy vyšší potřebu autonomie. Naproti tomu na pacienty s větší submisivitou, kteří očekávají nebo potřebují od terapeuta strukturu a aktivní vedení, budou snáze působit postupy více direktivní (Beutler a Clarkin 1990, Grawe aj. 1994).

Z technického hlediska by se eklektická psychoterapie mohla stát souborem specifických technik, které se budou diferencovaně používat na specifické příznaky, problémy a osobnosti.

Významným současným pokusem o eklektický návod k cíleným psychoterapeutickým postupům je monografie Beutlera a Clarkina „Systematická volba léčby směřující k cíleným terapeutickým zásahům“ (1990). Vychází z integrativního pojetí čtyř okruhů proměnných v terapii.

Největší vliv na efekt psychoterapie mají zřejmě *proměnné v samotném pacientovi*, který přichází k léčbě. Jsou to jeho diagnóza, jeho osobní charakteristiky, např. věk, očekávání, typický způsob vyrovnání se s potížemi a problémy, motivace a rysy osobnosti a dále prostředí a životní okolnosti, které zahrnují jak stresory, tak faktory příznivé a podpůrné. Druhým okruhem proměnných je *kontext terapie*, k němuž patří rámec, ve kterém léčba probíhá (např. ambulantní nebo lůžkový), druh léčby (psychoterapie individuální, skupinová či rodinná, případně její kombinace s léčbou medikamentózní) a časová dimenze, tj. trvání léčby a frekvence sezení. Třetím okruhem představují *proměnné ve vztahu mezi terapeutem a pacientem*: osobní kompatibilita a schopnost vytvořit a udržet terapeutické spojení. Konečně čtvrtým okruhem jsou terapeutické strategie a techniky, které si terapeut může zvolit. Měl by si nejprve určit cíl a těžiště svého působení, zejména zvážit, zda je účelnější zaměřovat se spíše na symptomy, nebo na konflikty. Dále má zvolit psychické procesy, které budou v centru pozornosti, tj. zda hodlá pracovat spíše s city, myšlením, chováním, nebo s nevědomím pacienta. Další specifikace se týká dílčích cílů a fází léčby, např. zda a kdy bude na pořadu náhled, katarze, změna postojů, řešení problémů, nácvik chování apod. a zda bude terapeut ponechávat zodpovědnost více na pacientovi, nebo na něj bude působit direktivně.

Čtyři základní kroky při volbě vhodné terapie pro pacienta by měly podle Beutlera a Clarkina (1990) zahrnovat: 1. přizpůsobení celkových i dílčích cílů léčení komplexnosti pacientových problémů, 2. volbu úrovně léčebného postupu tak, aby odpovídala pacientově schopnosti vyrovnávat se s problémy (coping style), 3. pozměňování léčebného menu tak, aby odpovídalo dílčím úkolům v určitých etapách terapie, a 4. přizpůsobování specifických postupů okamžitým situacím, které se vytvářejí ve vztahu mezi terapeutem a pacientem.

### 10.4 Současné modely

Dnes už i v eklekticky a integrativně orientované psychoterapii existuje nabídka několika propracovanějších modelů či systémů, mezi nimiž lze volit, které lze srovnávat nebo kombinovat. Jsou spojeny se jmény svých autorů a pro vzájemné odlišení obvykle mají také vlastní názvy. Někteří z významných eklektiků a integracionistů vycházejí z konkrétní „čisté“ školy, v jejímž učení se původně vyškolili a jejíž teorie se jim později v praxi stala příliš těsnou. I když k ní přičleňují postupy i teoretické prvky školy či škol dalších, zůstává do jisté míry původní teorie pro jejich syntetizující snahy určitou základnou. Wachtelova integrativní psychodynamická psychoterapie tak má své východisko v pojetí analytickém, k němuž se přiřazovaly poznatky a techniky behaviorální, Fensterheimova behaviorální psychoterapie je původně terapií behaviorální, sekundárně obohacenou o zřetel k faktorům dynamickým. Někteří z autorů kombinují v podstatě dva z hlavních psychoterapeutických směrů (tradičně dynamický a behaviorální, ale i kognitivní a humanistický, kognitivní a analytický, behaviorální a humanistický, humanistický a systémový apod.).<sup>7</sup>

7 Kombinace přístupu kognitivního a behaviorálního se dnes většinou již nepovažuje za model integrativní, ale za jednotnou školu vzniklou propojením původně samostatných, ale sobě blízkých a vzájemně se přirozeně doplňujících, akčně orientovaných přístupů.

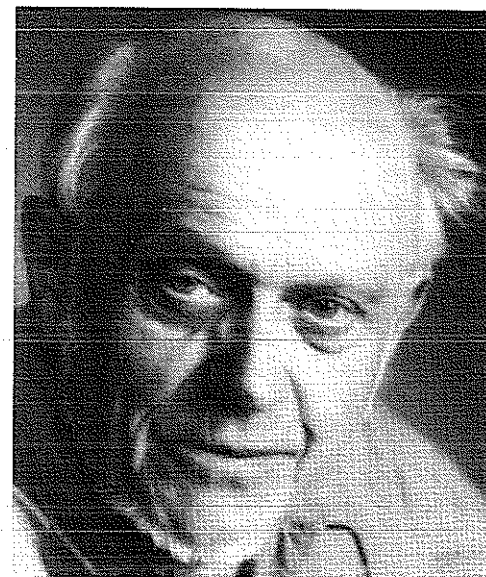
Někteří se pokoušejí takto druhotně napojit na své původní východisko směrů více nebo začleňovat všechny možné metody. U jiných terapeutů byla již jejich výchozí orientace eklektická a nemuseli se, jak zráli, pracně dostávat z Prokrustova lože své počáteční indoktrinace některou školou. U některých z nich to souvisí s jejich nejen klinickou, ale zároveň výzkumnou orientací, která je vedla k uznání společných faktorů v různých psychoterapiích a k diferencovanému posuzování faktorů specifických a která je tak už primárně naladila skepticky k přijímání dogmat čistých škol. Tak je tomu např. v Garfieldově eklektické psychoterapii a v Beutlerově systematické eklektické psychoterapii i v našem vlastním syntetickém a diferencovaném přístupu.

Z více než dvaceti publikovaných promyšlených modelů uvedeme zde devět příkladů, z nichž dva, Knoblochův a Lazarusův, rozvedeme podrobněji.

## 10.5 Integrovaná psychoterapie manželů Knoblochových

Ferdinand Knobloch se narodil v r. 1916 v Praze. Začal studovat medicínu, za okupace se oženil se svou židovskou přítelkyní, aby ji uchránil od pronásledování nacisty, oba však byli zatčeni a posláni do koncentračních táborů, kde jeho žena zahynula. Knobloch věznění přežil a po osvobození mohl v Praze dokončit studium. Pak se znovu oženil s nynější manželkou Jiřinou, lékařkou a celoživotní spolupracovnicí. Absolvoval psychoanalýzu, v letech 1948–49 strávil studijní rok u Eysencka v Maudsley Hospital v Londýně a zároveň se zúčastnil psychoanalytických seminářů A. Freudové a M. Kleinové i psychoanalyticky orientované skupinové terapie ve známém Tavistockém ústavu. Mohl se rovněž seznámit s terapeutickou komunitou M. Jonese. Již tehdy začal s pokusy o integraci, nejdříve psychoanalýzy a teorie učení, a v r. 1949 připravil k publikaci „Metodologický rozbor psychoanalytické teorie“, jejíž vydání však bylo z ideologických důvodů znemožněno. Zároveň se na několika místech pokoušel vybudovat speciální terapeutickou komunitu pro neurotiky, což se mu konečně podle jeho představ zdařilo v r. 1954 v bývalém zámečku v Lobči u Mělníka. Toto lůžkové zařízení bylo napojeno na ambulantní psychiatrické oddělení fakultní polikliniky v Praze a později na Denní psychiatrické sanatorium v Praze na Horní Palatě a stalo se součástí Knoblochova sedmistupňového integrovaného skupinově centrovaného psychoterapeutického systému (Knobloch 1964, 1968). Jiřina Knoblochová, rovněž psychiatr, spolupracovala s manželem na vytváření i realizaci koncepce a zároveň rozvíjela terapii manželskou a rodinnou. Své pojetí uveřejnili F. a J. Knoblochovi mj. v kolektivních monografiích „Neurosy“ (1956) a „Psychoterapie“ (1968).

V r. 1968 se manželé Knoblochovi po ruské invazi nevrátili z pobytu hostujících odborníků na univerzitách v USA a zůstali v emigraci. Z New Yorku přesídlili do Vancouveru v Kanadě, kde se Knobloch stal profesorem psychiatrie na Univerzitě Britské Kolumbie. Manželé Knoblochovi zde vybudovali analogický psychoterapeutický systém jako v Praze a získali tak příležitost k transkulturnímu srovnání. To se odrazilo v knize „Integrovaná psychoterapie“, která vyšla v USA v r. 1979 a brzy nato i v německém překladu. Teprve po pádu totality mohla být tato kniha vydána i u nás. Od r. 1991 začal Knobloch pořádat v České republice výcvikové kurzy ve svém integrovaném pojetí a v r. 1993 založil k tomuto účelu v Kroměříži Mezinárodní středisko pro Integrovanou psychoterapii a nový životní styl. V r. 1993 byl také zvolen předsedou psychoterapeutické sekce Světové psychiatrické asociace.



OBR. 26 F. Knobloch

Knobloch a Knoblochová (1979, 1993) označili svůj přístup jako *integrovaná psychoterapie*. Pokoušejí se integrovat prvky psychoanalýzy s teoriemi učení a jsou ovlivněni osobnostmi a koncepcemi A. Freudové, M. Kleinové, Schultze-Henckeho, Sullivana, Eysencka, Mowrera, Morena a M. Jonese. Pojem „integrovaná“ pro ně znamená organizační systém skládající se z ambulance, denního sanatoria a lůžkového zařízení s terapeutickou komunitou, využívající individuální, rodinnou a skupinovou psychoterapii s řadou technik zahrnujících psychodrama, psychogymnastiku, imaginaci a řízenou abreakci. Za významné považují „skupinové schéma“ každého pacienta, které obsahuje zkušenosti s osobami ve čtyřech základních rolích: v roli autorit, v roli podržovaných, v roli osob souřadných a v roli intimních partnerů. Zážitky s významnými osobami v těchto rolích, zejména s rodiči a sourozenci, se přenášejí do dalších podobných vztahů s očekáváním i projevováním podobného chování jako ve vztazích minulých. Tyto osoby mohou být ve skupině modelově zastupovány spolupacienty. Terapeut může na takovém modelu pomáhat pacientům k náhledu a ke korekci chování a postojů, jimiž si nevědomky v interpersonálních vztazích spoluvytvářeli nebo opakovali své problémy.

*Skupinové schéma* je obecný skupinový model, který si jedinec vytvořil na základě předpokladů o skupinách ze své minulé zkušenosti. Schéma mu napovídá, co očekávat od lidí od první chvíle, kdy se s nimi setká. Může být užitečné, ale pokud je předpojaté a nepružné, očekávání se mohou stát nepříznivými předpověďmi, které se automaticky vyplňují. Schémata rolí jsou silně zatížena zkušenostmi z dětství. *Korektivní zkušenost* je částečná reexpozice situacím, které jedinec nebyl schopen v minulosti zvládnout, ale reexpozice za příznivějších okolností, kdy toho může pacient dosáhnout.

Ve skupinové terapii se pracuje se skutečností, že chování druhých lidí je do značné míry reakcí na pacientovo vlastní chování. Pacient tak má možnost vidět, jak sám



ovlivňuje svůj osud. Pokud se vše dobře vyvíjí, dosáhne za pomoci korektivní zkušenosti a překonání odporu toho, že své sebepodrávající chování změní. Ze stavu, kdy se cítil jako bezmocná oběť vnějších sil, dosáhne stavu, ve kterém si uvědomuje, že jeho vlastní chování je článkem v příčinné síti skupinového systému. Začne chápat, co on sám dělá jiným a proč na něj ostatní reagují právě určitým způsobem. Tak může začít sám účinně ovlivňovat prostředí a stát se spoluvůdčím svého osudu.

Při práci se skupinovým schématem využívá Knobloch mj. velmi účinnou původní akční techniku. Probíraný pacient si uprostřed skupinového kruhu staví ze zvolených spolupacientů ve dvou osách kolem sebe představitele různých rolí. Na první ose (vertikální) stojí na jedné straně představitelé mužských a ženských rolí nadřazených (otce a matky), na opačné straně zástupci rolí podřazených (např. mladších sourozenců, domácích zvířat, hraček). Na druhé ose (horizontální) jsou vlevo představitelé osob souřadných, vpravo intimních partnerů. Pacient postupně pod vedením terapeuta vyjadřuje jednotlivým představitelům slova své pocity, přičemž má zároveň oběma rukama tlačit proti jejich rukám. V případě vzniku agresivních pocitů je může tlouct nabídnutým obuškem z pěnové hmoty, v případě pocitů blízkosti a lásky dochází naopak k objektivitě. To umožňuje dramaticky odreagovat významné minulé zážitky a v souvislosti s tím pochopit a korigovat současné postoje. Pomáhající spolupacienti si při tom často současně odžívají i některé své vlastní zážitky. Představitelé negativních postav je však třeba závěrem vrátit z jejich role do skutečnosti.

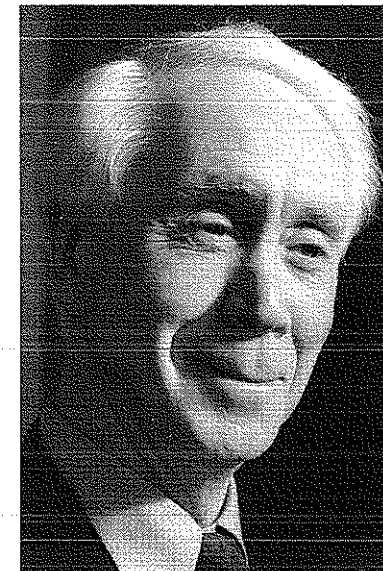
Sedmistupňový systém skupinově centrované integrované psychoterapie zahrnoval<sup>8</sup> podle Knoblochových (1964, 1993): 1. úvodní individuální pohovory připravující k přistoupení do systému, 2. účast na velké otevřené skupině, v níž dochází k setkání nových pacientů s pacienty, kteří již absolvovali léčbu v terapeutické komunitě, 3. léčbu ve specializovaném lůžkovém zařízení s terapeutickou komunitou, 4. skupinová setkání osob, které jsou pro pacienty důležité, a to jednak samostatně, jednak spolu s pacienty, 5. doléčování po návratu z komunity, 6. pokračující ambulantní terapii pro ty, kteří ji potřebují, a 7. klub bývalých pacientů.

Koncepci i zkušenosti manželů Knoblochových má český čtenář k dispozici především v monografiích Knoblochové a kol. „Psychoterapie“ (1968) a Knoblocha a Knoblochové „Integrovaná psychoterapie“ (1993) a „Integrovaná psychoterapie v akci“ (1999).

## 10.6 Multimodální terapie Lazarusova

Arnold Lazarus se narodil v r. 1932 v Jižní Africe. Vystudoval psychologii na univerzitě v Johannesburgu, kde se také seznámil s prací Wolpeho a ve své disertaci se zabýval užitím systematické desenzibilizace při léčení fobií skupinovými technikami. Přestěhoval se do USA, kde působil na několika univerzitách, a nakonec zakotvil na Rutgersově univerzitě ve státě New Jersey. S Wolpem vydal v r. 1966 příručku technik behaviorální terapie, ale již koncem šedesátých let začal propagovat „šírokospektrovou“ behaviorální terapii a technický eklekticismus, což vedlo k rozchodu s Wolpem. V sedmdesátých letech zvolil pro svůj eklektický přístup název multimodální terapie. Lazarus je osobností dynamickou, produktivní a bojovnou.

<sup>8</sup> Po zrušení rehabilitační odbočky pro neurózy v Lobči v r. 1991, která byla podstatnou součástí realizace tohoto systému, podobný systém v současnosti neexistuje (Matoušek 1995). To však nic nemění na významu zkušeností z let, kdy fungoval.



OBR. 27 A. Lazarus

Multimodální terapie vychází ze sedmi propojených modalit, jimiž jsou chování, city, vnímání, představy, poznání, interpersonální vztahy a biologické faktory. Při vysvětlování a léčení poruch kombinuje model edukativní, kognitivní, komunikační a model sociálního učení. Učí pacienta, jak se vyrovnávat se současnými i budoucími stresovými situacemi. Role terapeuta se podobá roli učitele, který aktivně vede a rovněž zadává domácí úkoly k procvičení a generalizování získaných dovedností.

Ze začátečních písmen anglických názvů sedmi základních činitelů či modalit vytvořil Lazarus jako mnemotechnickou pomůcku název BASIC I.D. Tento název specifikuje obsah psychoterapie a má vést terapeuta při volbě účinných postupů. Poruchy mohou primárně vycházet z každé z těchto modalit a pro každou z nich také existují určité techniky a určitý mechanismus změny. Uvedeme je ve stručném přehledu.

**Chování (Behavior):** pozitivní zpevňování a negativní zpevňování, trestání, protipodmiňování, vyhasínání.

**Emoční procesy (Affect):** akceptování a objasňování citů, abreakce.

**Vnímání (Sensation):** uvolnění napětí, vyvolávání příjemných pocitů.

**Představitost (Imagery):** představy pomáhající zvládat problémy, změna představy o sobě.

**Poznávací procesy (Cognition):** kognitivní restrukturační, zvyšování uvědomění, výuka.

**Interpersonální vztahy (Interpersonal relationships):** nabízení vzoru, výuka v asertivních a jiných sociálních dovednostech, akceptace, odstranění nepřiměřených očekávání.

**Biologické faktory (Drugs, biology):** zjištění případného somatického onemocnění, odstranění zneužívání návykových látek, racionální výživa a cvičení, farmakoterapie, je-li indikována.



Terapeut má z multimodálního hlediska posoudit pacientovu poruchu, vybrat pro něj příslušnou techniku a s ní zahájit terapii. Musí tedy ovládat poměrně široký repertoár technik. S pacientem si má vytvořit takový vztah, jaký odpovídá účelnému využití příslušné techniky.

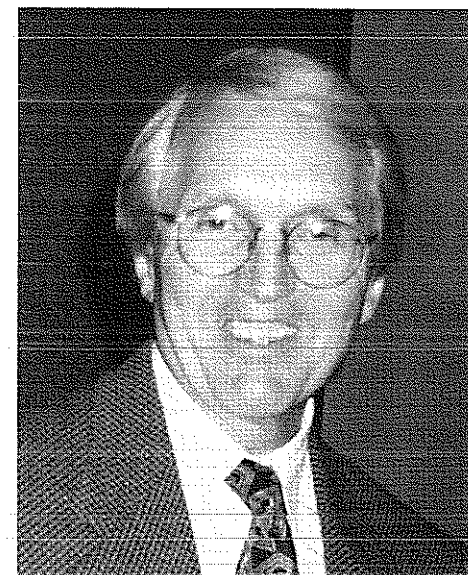
Multimodální terapie se zaměřuje na odstraňování poruch, a nikoli na jejich vysvětlování. Z výkladu je zřejmé, že v přístupu k poruchám a jejich léčení má nejblíže k současné kognitivně-behaviorální terapii.

Z Lazarusových četných monografií poskytuje nejpodrobnější informace o multimodální terapii kniha „The practice of multimodal therapy“ (1981 a 1989). Stručný výklad je např. ve statí „Multimodal therapy: Technical eclecticism with minimal integration“ (1992).

## 10.7 Další modely

L. Beutler (1983, 1986, 1990) nazývá svůj přístup *systematická eklektická psycho-terapie*. Domnívá se, že je potřebná nadřazená teorie, která by umožnila využít různé postupy bez ohledu na jejich původní teoretické zázemí. Jako takovou si zvolil teorii persuaze: „Terapie je formou sociálního vlivu, v níž se osoba s autoritou pokouší povzbudit receptivního jedince, aby změnil své pocity, myšlení, chování a interpersonální vztahy.“ Pro účinnost je důležitá kompatibilita pacienta a terapeuta, kterou Beutler rozpracovává z hlediska podobnosti a odlišnosti v charakteristikách a názorech, a volba technik podle charakteristik pacienta. Z pacientových charakteristik považuje za zvlášť důležitou: 1. jednoduchost nebo komplexnost příznaků, 2. formu vyrovnávání se s problémy a 3. úroveň reaktance, tj. citlivost na ohrožení pocitu svobody v interpersonálním vztahu. Počáteční výběr technik je třeba upravovat v průběhu terapie, když u pacienta začíná docházet ke změnám. – Významným přínosem autora jsou propracované směrnice pro výběr diferencovaných psychotherapeutických zásahů, o nichž jsme se již zmiňovali (Beutler a Clarkin 1990).

P. Wachtel (1987, Wachtel a McKinneyová 1992, Gold a Wachtel 1993) vyšel ve své *integrativní psychodynamické terapii* z dynamického přístupu, který spojil s behaviorálním. Pro výklad základní problematiky používá pojem cyklická psychodynamika. Lidé dobře nerozumějí svým citům a motivům, zejména těm, které neodpovídají sociálním normám. Chování je značně ovlivněno minulými zážitky a intrapsychickými konflikty, které již nejsou uvědomovány. Pacient jako v bludném kruhu opakuje své interakční vzorce získané v minulosti a posiluje je současnými reakcemi okolí. Potřebuje získat náhled, tj. pochopit jak jejich současnou nevhodnost, tak jejich podmíněnost minulými zážitky a významnými vztahy, a zároveň potřebuje měnit jejich projevy v chování pomocí nácvikových technik. Opakované vystavování se situacím, kterým se pacient dříve v důsledku traumatizujících minulých zážitků vyhýbal, a jejich nynější zvládnutí bez obávaných škodlivých následků může být součástí emoční korektivní zkušenosti. Při získávání náhledu i nacvičování nového chování hraje důležitou roli terapeutický vztah, založený na vřelosti, podpoře a aktivitě terapeuta.



OBR. 28 J. Prochaska

Ryleův integrativní model kognitivně-analytické psychoterapie zdůrazňuje v podobném smyslu nutnost přerušit bludný kruh a nabídnout pacientovi korektivní emoční zážitky, které umožní změnu chování. Safranův integrativní model, který propojuje kognitivní, interpersonální a zážitkový (humanistický) přístup a pracuje také s analytickou teorií objektivních vztahů, podobně zdůrazňuje, že pacient si na základě emočně významných zážitků vytváří interpersonální schéma, které vede k chování, jímž toto schéma potvrzuje. Také v Andrewsově modelu si „aktivní já“ vyhledává takovou zpětnou vazbu, kterou potvrzuje vytvořené „schéma o sobě“. Je třeba postupně nasazovat různé psychotherapeutické techniky, aby došlo k uvědomění této skutečnosti a k potřebné změně. Fensterheim v modelu, který označuje jako behaviorální psychoterapie, doporučuje pracovat s problémy nejprve na jednodušší, behaviorální úrovni bez hledání minulých kořenů a neuvědomovaných souvislostí, a teprve když to nevede k úspěchu, zaměřit se i na faktory psychodynamické (Stricker a Gold 1993).

S. Garfield (1980, 1989, 1992) koncipuje svůj *eklektický přístup* k psychoterapii jako pokus uspořádat významné proměnné v psychoterapii se zřetelem k výzkumně ověřeným poznatkům a cíleně těchto proměnných využívat. Jeho strhivé, věcné a jasné napsané monografie (1980) postupuje od důkladně zhodnocených proměnných v klientovi, v terapeutovi a v jejich vztahu přes specifické proměnné v psychotherapeutickém procesu až po charakteristiku tří časových stadií terapie a směřuje k hledání postupů, které by bylo možno nejučinněji přiřadit k určitým symptomům a osobnostem. Důležitě terapeuticky účinné faktory, které Garfield považuje za nejučinnější, jsme již uvedli. Jeho orientace je pragmatická, zaměřená na výzkumná data a skromná.

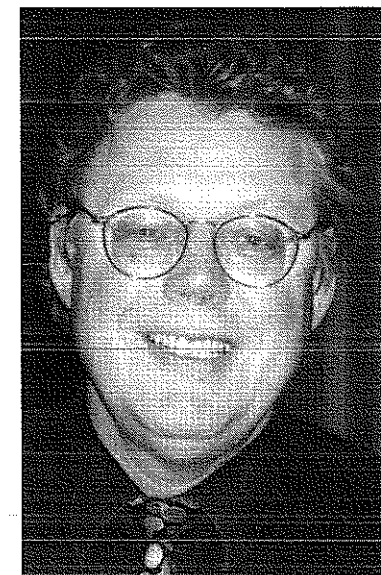
Garfield se intenzivně věnoval výzkumu a spolu s Berginem také podrobnému shrnování výzkumů jiných (Garfield a Bergin 1986, Bergin a Garfield 1994). Je zároveň zkušeným klinikem, jak ukazuje jeho praktická příručka krátké psychoterapie (1989), založené na eklektickém přístupu.



OBR. 29 J. Norcross

*J. Prochaska* (1984, Prochaska a Norcross 1999) provedl užitečnou transteoretickou srovnávací analýzu 24 významných teorií psychoterapie od psychoanalýzy přes racionálně-emoční terapii až po kognitivní terapii a systémová pojetí, v níž ozřejmuje jejich podobnosti a rozdíly a vyhledává pozitivní prvky. Z rozboru vyvozuje nespecifické proměnné (očekávání pacienta a terapeutova pozornost věnovaná pacientovi) a pět základních specifických procesů: pochopení či uvědomění, uvolnění emocí, rozhodnutí se pro změnu, podmiňování a využívání odměn. V další práci předkládají Prochaska s DiClementem (1984, 1992) *transteoretický přístup*, v němž rozlišují pět úrovní problémů, čtyři stadia změny a deset procesů, které mají ke změně vést. Pět úrovní problémů zahrnuje: 1. symptomy a situace, 2. nesprávné názory, 3. současné interpersonální konflikty, 4. rodinné a systémové konflikty a 5. intrapsychické konflikty. Ke čtyřem stádiím změny patří stadium předběžných úvah, stadium pozorování a promýšlení, stadium vlastní aktivity klienta a stadium udržení změny. Vyextrahovaných 10 procesů se pak má uplatňovat v různém stupni u různých úrovní problémů a v různých stádiích změny. Autoři je nazývají: zvýšení vědomí, sebeosvobození, protipodmiňování, ovládnutí podnětů, přehodnocení sebe, přehodnocení okolí, využití odměn, dramatické uvolnění a pomáhající vztah.

*J. Norcross*, vydavatel základních monografií o eklektickém a integrativním přístupu (1986, 1992) a koordinátor aktuálního výzkumu terapeutického vztahu (2002), napsal spolu s Prochaskou významnou učebnici psychoterapie přinášející integrativní pohled na současné psychotherapeutické směry, která je velmi ceněna i v českém překladu (1999).



OBR. 30 K. Grawe

*Van Queckelberghe* je německý autor, který ve významné monografii „Systematika psychoterapie“ (1979) uveřejnil dobře promyšlený eklektický systém, rovněž blízký našemu pojetí. Nazývá jej diferenciální psychoterapií, v níž usiluje současně o náhled i o změnu chování. Terapeut pomáhá pacientovi, aby porozuměl svému chování a mohl své problémy samostatně řešit. Techniky přizpůsobuje rozdílům v poruchách, v osobnostech i v terapeutických cílech, které pacientovi předem objasňuje.

*K. Grawe* (1943–2005), další významný německý autor, původně z Hamburku a později profesor psychologie v Bernu, se snaží na základě rozsáhlých metaanalytických přehledů výzkumů o efektivnosti různých psychoterapií předložit svou vizi integrativního přístupu, který nazývá „obecnou psychoterapií“ (Grawe, Donatiová a Bernauerová 1994). Má být obecná v tom smyslu, že překračuje rámce dosavadních jednotlivých škol. Jako mnozí jiní integrativně orientovaní psychotherapeuté se opírá také o konstrukt „schéma“. Jeho význam odvozuje z Piagetovy vývojové psychologie a chápe jej v širokém smyslu jako základní organizační jednotku psychických procesů. Schémata se vytvářejí z reálných interakcí jedince s okolím a stávají se základem dalších interakcí, určují výběr toho, co vnímáme, a podle jakých kategorií naše vnímání organizujeme. Často si jich nejsme vědomi. Jsou provázána emocemi a mají motivační složku ovlivňující naše chování. Pro psychoterapii mají význam zejména schémata, která vedou k vyhýbání se nepříjemným emočním stavům. Obecná psychoterapie s těmito schématy pracuje, aktivizuje je a problematizuje schémata se snaží pozměnit. Pracuje přitom jak s objasňováním, charakteristickým pro dynamické směry, tak s aktivní pomocí při zvládnutí problémů, typickou pro přístupy behaviorální. Oba tyto přístupy využívá obecná psychoterapie jak alternativně, diferencovaně podle potřeb jednotlivých pacientů, tak kombinovaně – mohou se vzájemně doplňovat.

Zvládání problémů se podle výsledků metaanalýz zdá přece jen důležitější než chápání příčin. Proto je pro terapeuta důležité ovládat postupy jako nácvik sebeprosazení u pacientů se sociálními zábranami, nácvik konfrontace s anxiogenními podněty u fobií, sexuální nácvik u sexuálních dysfunkcí, nácvik komunikace pro dvojice v konfliktu, rozvíjení aktivit a nahrazování iracionálních názorů racionálními u depresivních pacientů apod. Součástí nácviku je vytvoření očekávání vlastní úspěšnosti pacienta (poznání „mohu tuto situaci zvládnout“), opřené o oceňované a posilované dílčí úspěchy pacienta.

Pro řadu pacientů je však důležitá (a někdy i zásadnější) otázka „proč“ a zde má své místo proces objasňování, rozvinutý jednak rogersovskou a jednak dynamickou psychoterapií.

K obecné psychoterapii patří také vytváření vztahu mezi pacientem a terapeutem, protože interpersonální vztah je jedním z nejdůležitějších prostředků k navození terapeutických změn. Psychoterapie se odehrává v rámci interpersonálních vztahů a kvalita těchto vztahů má na výsledek velký vliv.

*Bernští autoři A. Blaser, E. Heim, Ch. Ringer a M. Thommen* označili svoje pojetí jako *na problém orientovaná psychoterapie* (s podtitulem integrovaná krátkodobá psychoterapie) a publikovali pod tímto názvem prakticky zaměřenou příručku (1992). Vycházejí z aktuálních životních těžkostí pacienta a formulují s ním hlavní problém, který je možno v ohraničeném čase posunout k reálnému řešení. Využívají k tomu širokého spektra metod, které mohou řešení problému napomoci. Tyto metody rozdělují do šesti okruhů podle toho, zda jsou zaměřeny: 1. na uvědomování, 2. na změnu myšlenkových návyků a postojů, 3. na změnu chování, 4. na podněcování emočního prožívání a projevu, 5. na uvolnění a vnímání těla a 6. na podporu. V příručce tyto metody podrobně charakterizují a podávají návod k jejich praktickému využití v rámci uvedeného základního úkolu. Tento výklad je velmi zdařilý a je třeba ocenit, že se kniha pohotově objevila v překladu J. Hašta ve slovenštině (1994).

Také slovenský překlad knížky amerických autorů Novalise, Rojcewicze a Peeleho „Klinická příručka podpornej psychoterapie“ (1999) má eklekticko-integrativní charakter. Kromě obecné části obsahuje navíc i část speciální, zaměřenou na diferencovanou aplikaci psycho-terapeutických postupů u různých druhů onemocnění a poruch.

## 10.8 Závěrečné poznámky

Přehlédneme-li vzorek předložených eklekticko-integrativních modelů, zjišťujeme, že mnohé poznatky se v mírně pozměněných formulacích opakují. Zároveň vidíme řadu odlišností. Je přirozené, že i integrátoři mají tendenci vnést do vlastního přístupu něco osobitého, čím by se odlišili od druhých.

Měl jsem příležitost zúčastnit se jednoho z kongresů integrativní a eklektické psychoterapie, a to kongresu, který pořádala Mezinárodní akademie eklektických psychoterapeutů v roce 1994 v Lyonu ve Francii pod heslem „Psychoterapie druhého tisíciletí – prolomení terapeutických příhrádek“ (Kratochvíl 1994). Potvrdil jsem si své očekávání, že jsou-li eklektici-integracionisté sami mezi sebou, nemohou donekonečna opakovat, že metody se mají kombinovat a směry spojovat. V tom jsou všichni od počátku zajedno a bylo by to nudné. Pozornost i sláva se tradičně získává hlášením spíše něčeho odlišného a zvláštního než zdůrazňováním společného. A tak bylo na kongresu zřetelné, že nad společnou eklekticko-integrativní základnou vyrůstají různé více či méně originální nadstavby, spojené se jmény svých autorů.

I když někteří integracionisté varují před tím, aby v integrativní psychoterapii nevznikla paradoxně podobná situace jako v psychoterapii před integrací a mimo integraci, tj. existence řady rigidních, dogmatických a svou svérázností si bránících škol a školiček, přece jen nelze nevidět, že vedle integrace je i diferenciací přirozeným a s integrací se doplňujícím procesem. Proto s ní i v rámci „integrativní“ psychoterapie musíme počítat.

Z publikovaných článků, samostatných monografií i souborných reprezentativních rukovětí, z některých kongresů i ze vzniku samostatných časopisů s integrativním zaměřením lze usuzovat na růst významu i kvality snah o integraci v psychoterapii. V USA se např. podle posledního výzkumu hlásí k eklektické integrativní psychoterapii již 38 % psychoterapeutů (Prochaska a Norcross 1994). Podobný trend byl zřetelně patrný na sjezdu Všeruské psychoterapeutické asociace (Kratochvíl 1995). K integrativnímu pojetí se programově hlásí nová polská učebnice psychoterapie (Grzesiuk 1994), základy integrativní psychoterapie se na vysoké úrovni upevňují i ve Švýcarsku (Grawe a kol. 1994, Blaser a kol. 1992) a v Německu (Bastine 1992, Senf a Broda, 2000).

Zároveň s tendencí k integraci zůstává zachována a dále se rozvíjí řada tradičních i inovativních samostatných škol, které se integrací s jinými školami brání.

Měl jsem příležitost zúčastnit se tří konferencí o vývoji psychoterapie v kalifornském Anaheimu a v německém Hamburku (Kratochvíl 1992, 1994, 2000), které byly pojaty jako přehlídka a konfrontace současných nejvýznamnějších, převážně amerických psychoterapeutů (Zeig 1992, 1997). Zakladatelé či současní reprezentanti škol předestřeli většinou své vlastní pohledy na principy a praxi psychoterapie (v souladu s tím, co je o nich z učebnic již známo) a nenechali se ve svých názorech ovlivnit ani debatami, ani panelovými diskusemi se zastánci názorů jiných: ty jim byly pouze příležitostí k obhajobě pojetí vlastního.

Lze tedy očekávat, že v nejbližší době bude ve světové psychoterapii slít jak tendence k eklektické praxi a ke zdokonalující se integraci teorií, tak i obrana pozic zastánců samostatných škol.

Kromě prací autorů citovaných v textu patří k základním monografiím orientovaným na integraci významné dílo Franka a Frankové „Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy“ (3. vyd. 1991) a dva svazky, soustřeďující k této otázce příspěvky různých významných autorů pod redakcí Norcrossa a Goldfrieda s názvem „Handbook of psychotherapy integration“ (1992) a pod redakcí Strickera a Golda „Comprehensive handbook of psychotherapy integration“ (1993). Gold pak napsal ještě vlastní stručnější přehled s názvem „Key concepts in psychotherapy integration“ (1996). U nás diskutovali o problému integrace v časopise Čs. psychologie Šípek (1993) a Kondáš (1993). Integrativní pohled Prochasky a Norcrossa je vyložen v překladu jejich monografie „Psychoterapeutické systémy“ (1999).

# Metody psychoterapie

---

Metody psychoterapie rozdělujeme podle principů, ze kterých vycházejí, a podle účinných faktorů, na kterých stavějí, na metody racionální, sugestivní, empatické, abreaktivní, nácvikové, psychoanalytické a interpersonální.

## Kapitola 1

# Racionální psychoterapie

Racionální psychoterapie se zaměřuje na logické myšlení pacienta. Snaží se především působit na jeho rozum, soudnost, kritičnost. K jejím formám se počítají:

1. explikace nebo klarifikace: výklad a objasnění podstaty onemocnění, příčin jeho vzniku a psychosomatických souvislostí a výklad zásad duševní hygieny,
2. persuaze: k výkladu se připojuje přesvědčování,
3. reorientace: snaha o dosažení změny pacientových názorů a postojů v oblasti jeho životního zaměření a životních hodnot,
4. psychagogika: komplexnější vedení, učení a usměrňování pacienta.

Předpokladem je důkladný rozbor anamnézy, který sice řadíme k diagnostickým postupům, je však současně již významným psychoterapeutickým činitelem. Především pacient snáze akceptuje terapeutův výklad, ví-li, že psychoterapeut důkladně zná jeho případ, a psychoterapeut sám se může ve výkladu odvolávat na pacientovy konkrétní zážitky a zkušenosti. Méně direktivní přístup v racionální psychoterapii se může vůbec omezit jen na metodické prohlubování rozboru psychoanamnézy a psychoterapeutovo nepřímé působení zde může záležet pouze na způsobu a sledu kladení otázek. Pacient si již při vlastním vyprávění inventarizuje svoje myšlenky a životní zkušenosti. Jisté souvislosti vyplývají automaticky a někdy lze očekávat, že k logickým závěrům a plánům dojde pacient sám.

Přímá explikace staví před pacienta souvislosti buď v obecné formě, nebo na jeho konkrétním případě a nechává jej, aby si věci promyslel. Persuaze, historicky spojená se jménem P. Duboise, je postup výrazně direktivní. Terapeut vyvíjí plánovitě aktivitu v tom směru, aby pacient jeho závěry přijal. Další formy zapojují kromě logického myšlení i emotivitu. Psychagogika, propracovaná zejména A. Kronfeldem (1925), chce působit podobně jako výchova.

Metody racionální psychoterapie používají v podpůrné psychoterapii prakticky všichni psychoterapeuti a většina též alespoň v počátečním stadiu psychoterapie systematické. Je vhodnou přípravou k některým speciálním technikám (autogenní tré-

nink, hypnóza, abreakce), někteří na ní stavějí i celou systematickou psychoterapii. Základem jsou metodické rozhovory v bdělém stavu, výhodnou pomocí jsou všechny prostředky, kterých používá výuka a výchova a které vedou k lepšímu pochopení, přijetí a zapamatování informací, tedy: příklady, názorné pomůcky, obrazy, schémata, tabule a křídly, diapozitivy, filmy, videozáznamy, diskuse, kvízy, doporučování populární literatury k další četbě apod.

Obsah explikace a směr reorientace či psychagogiky se bude poněkud lišit podle teoretického přístupu a zejména pak podle druhu onemocnění, jde-li např. o neurózu, psychózu či závislost na alkoholu.

*Neurotik* s neurotickými obtížemi somatického rázu již obvykle prošel vyšetřením u praktického lékaře a nezřídka též řadou pomocných vyšetření s negativním nálezem, setkal se s odmítavými postoji lékařů, s povrchním vysvětlením, že to nic není, že „to jsou nervy“, a vycítil, že se mu nevěří, že je podezříván ze simulace, ač své potíže reálně pociťuje. Bývá mu doporučováno, aby si vyřešil své starosti, a pak že mu potíže přestanou. Jindy je konfrontován s bezvýznamnými pozitivními nálezy, na něž se fixuje a které mu nikdo řádně nevysvětlil; někdy je dokonce vystaven iatrogennímu vlivu, vyslovuje-li lékař podezření z vážné choroby jako infarkt, rakovina apod. Dožaduje se nezřídka spíše medikamentózní nebo jiné somatické terapie, šetření a odpočinku, event. po delším trvání potíží i důchodu. Souvislosti mu většinou nejsou jasné, někdy o svých životních osudech hovořit vůbec nechce, protože to nepovažuje pro léčení svých potíží za podstatné a obává se zneužití důvěrných sdělení (zapíše se to do karty nebo do chorobopisu, přečtou si to sestry, vynese se to ven, mohlo by mu to uškodit v manželství nebo v zaměstnání).

Neurotik s převážně psychickými příznaky – s depresí, fobiemi, obsesemi či úzkostí – bývá častěji primárně motivován k navázání psychoterapeutického vztahu. Neurotické projevy jsou pro něho záhadou, s níž nedovede účinně bojovat, volí nesprávné postupy (nutí se do usnutí, vůlí potlačuje nutkavé myšlenky), často mívá strach, že se zblázní.

U *psychóz* v akutní fázi racionální psychoterapie mnoho nesprávně, pacient není schopen o své chorobě uvažovat a nelze ho logickým výkladem přivést k náhledu chorobnosti. Výklad a persuaze se zde omezují na vyložení požadavků léčebného režimu oddělení a nutnosti užívání léků. Ve fázi odeznívání onemocnění po aktivní léčbě se však skutečnost přestálé duševní choroby stává významným psychickým faktorem v životě člověka a zvláštní význam zde nabývá potřeba utvářet vhodně zaměřeným vysvětlením jeho postoj k této nemoci.

U *pacientů s poruchami osobnosti, se závislostí na alkoholu a drogách a se sexuálními deviacemi* má znalost poruchy, jejích příčin a následků či nebezpečí závažný význam. U osob závislých se současně očekává, že důkladné vědomosti o škodách, které alkohol a návykové látky v organismu po stránce tělesné i psychické způsobují, mohou pomáhat od rizikové činnosti odrazovat.

Uvedeme nyní témata, která mohou tvořit náplň racionální psychoterapie v individuální, hromadné nebo kombinované formě.



## 1.1 Výklad onemocnění

Neurotika, který se přichází léčit, především zajímá, co mu vlastně je. Má nezdárka obavy ze své nemoci, obavy z následků, z dědičnosti, nemoc soustřeďuje jeho pozornost k příznakům. Je žádoucí mu vyložit:

1. Rozdíl mezi organickým a funkčním příznakem. Výklad by měl zahrnovat ujištění, že není poškozen orgán, a že tedy porucha je reverzibilní, a současně ujištění, že funkční symptom je reálnou a skutečnou obtíž, často rušivější než organická porucha.
2. Rozdíl mezi neurózou a psychózou. Významné je to zejména pro neurotické pacienty hospitalizované v psychiatrickém zařízení, kteří se obávají, aby se později „nezbáznili“.
3. Charakteristické příznaky některých neuróz. Lze popsat např. projevy dráždivé slabosti, přecitlivělosti a dekoncentraci u neurastenie, průběh úzkostného záchvatu, charakteristický ráz nutkavých myšlenek, znaky hysterického záchvatu, způsob myšlení hypochondra apod.

Výklad symptomů má své oprávnění i svá úskalí. Plasticke líčení neurotické symptomatologie se v kolektivu neurotiků vždy setká se značným ohlasem. Pacient pocituje jakési zadostiučinění, pozná-li v něčem svůj vlastní příznak. Necítí se se svým příznakem tak osamocen, ví-li, že je znám, popsán, klasifikován. Příznak ztrácí svou jedinečnost a osudovost. Pacientka prožívající úzkostné záchvaty z obavy, že je ohrožen její život, vidí, že takový komplex příznaků se vyskytuje u řady lidí a že vůbec není záležitostí ohrožující život. Je-li to předneseno před kolektivem, akceptuje to spíše jako solidní odborné tvrzení než jen jako pro ni ad hoc vymyšlenou útěchu.

Na druhé straně mohou někteří pacienti některé popisované symptomy vztahovat na sebe a obohacovat jimi svoji symptomatiku a pro některé se takový výklad může stávat návodem, jak přesvědčivěji prezentovat příznaky, chtějí-li dosáhnout prodloužení léčby či jiných výhod. Výhodné ovšem může být vylíčit některé hysterické rysy chování, které se mohou zmírňovat, zjistí-li pacient, že po přednášce by mohl být posuzován kolektivem jako hysterik.

4. Princip psychogeneze, vliv emocí na psychické a somatické procesy. Lze uvádět příklady fyziologických změn při prožívání strachu v době reálného ohrožení (změny pulzu, krevního tlaku, dechu, pocení, funkce trávicího ústrojí), příklady vlivů citů kladných a záporných, vlivů citů záporných, opakujících se chronicky. Lze poukázat na možnost fixace fyziologických změn, na vystižení psychogeneze v lidové moudrosti (řčení: „co máš na srdci“, „leží mi v žaludku“, „bolí mě z toho hlava“, „spadl mi kámen ze srdce“). Je výhodné probrat s inteligentními pacienty i některé neurofyziologické a psychodynamické mechanismy.
5. Příčiny uplatňující se při vzniku neuróz: a) oslabení CNS – vliv exhauscce, přestálých organických onemocnění a tělesných traumat, hormonální nerovnováhy v určitých životních obdobích apod., b) psychické zážitky – psychická traumata náhlá, jednorázová a psychické tenze a konflikty dlouhodobého rázu, c) faktory v osobě samé – jednak neurosomatická konstituce, mající za následek větší nebo menší odolnost vůči stresu, jednak osobnostní rysy, které mohou disponovat ke

konfliktům (např. výbušnost nebo podezřavost jako rysy vedoucí k odvetným reakcím okolí).

6. Zásady léčení neuróz. Je účelné podat pacientům výklad významu a účinku metod, kterých u nich bude použito. Zaujmout stanovisko k užití medikamentózní terapie, poukázat na význam rozboru životní historie a osobnosti, aby se našly neurotizující faktory v prostředí i rysy v osobě samé, které neurózu udržují. Je možno pohovořit o významu rozhovorů, abreakce, autogenního tréninku, hypnózy, psychodramatu a nácvikových či jiných technik, kterých se u jednotlivých pacientů použije.

## 1.2 Výklad duševní hygieny

Duševní hygiena přináší souhrn poznatků a zásad, které jsou potřebné pro ochranu před neurotickým a duševním onemocněním, event. pro ochranu před jejich recidivami, a v pozitivním smyslu vedou ke zvýšení výkonnosti a k pocitu životního štěstí. Lze je rozdělit do tří okruhů, týkajících se a) životního zaměření, b) životosprávy a c) jednání s lidmi.

### 1.2.1 Životní zaměření

Zkušenost ukazuje, že člověk poměrně dobře snáší aktuální životní nesnáze, má-li před sebou perspektivu lepší budoucnosti, a že je pro něj z mentálně hygienického hlediska daleko více zatěžující taková situace, kdy sice současné okolnosti jsou příznivé, ale kdy je před ním nejistota nebo ohrožující budoucnost (např. vedoucí prodejny s dosud neodhaleným mankem). Vedeme pacienta k tvorbě perspektiv, k vyhledávání možných pozitivních cílů v budoucnosti. Zvláštního významu nabývá tato problematika u neurotiků v hraničních situacích, po událostech, které jim vzaly dosavadní životní náplň (ztráta blízké osoby, povolání, majetku, ideálů apod.). Je výhodná skupinová diskuse s hledáním hodnot, které by takovým lidem mohly ztracené hodnoty nahradit. Jako řešení se obecně spíše osvědčuje eticky hodnotnější hledání toho, „jak být dále užitečný“ než toho, „jak se mít dobře“.

Do této oblasti patří také problematika *adaptace*. Adaptaci lze dělit na aktivní, kdy člověk nepříznivé podmínky v okolí odstraní a situaci vlastním zásahem změní (odstěhuje se s rodinou z konfliktového prostředí u své tchyně, změní nevhodné zaměstnání), a adaptaci pasivní, kdy se člověk vzdá některých svých zvyků, požadavků či přání, které uskutečnit nemůže pro překážky, které jsou nad jeho síly nebo jsou dány vyšší mocí (nemožnost odstěhovat se, nemá-li peníze na zakoupení bytu apod.). Pro lidi opakovaně ohrožované neurózou může být výhodná výchova ke stoickému postoji, jak je popsán např. v Epiktetově Rukojeti mravních naučení: rozlišování věcí „vlastních“, na které může mít člověk vliv, a věcí „cizích“, na které za daných okolností vliv mít nemůže. Člověk se pak má naučit smíření s „věcmi cizími“ a využívat svých sil, aby ovládal a podle své vůle měnil „věci vlastní“.

Otázka adaptace, přijímané ve většině psychoterapeutických směrů jako důležitý úkol psychoterapie, má ovšem ještě závažný aspekt, na nějž upozornila zejména daseinsanalýza. Uznáme-li, že mohou být hodnoty vyšší, než je vlastní zdraví, hod-



noty, kterým stojí za to sloužit i za cenu, že bude člověk neurotizován, musíme pojem adaptace jako konečného cíle podrobit revizi. Kdybychom vedli člověka k tomu, aby se společensky adaptoval i za cenu, že se vzdá svého přesvědčení, zpovrchní ve vlastní činnosti nebo rezignuje v boji za pravdu a spravedlnost, střetala by se hlediska léčebná s hledisky etickými.

Dalším úkolem je *výchova k optimistickému životnímu přístupu*. Lze zdůraznit, že vztah mezi zevními projevy a vnitřním emočním stavem je do jisté míry oboustranný. Vede-li vnitřní veselost k úsměvu a smíchu, může naopak vědomě vůlí navozený úsměv a stenický postoj v držení těla navodit i vnitřně dobrou náladu. Optimismus bývá někdy zakotven temperamentově, lze se mu však i naučit. Na život můžeme hledět jako na velkou šachovnici, která má černá a bílá pole. Někdo vidí její základ spíše jako černý, jiný spíše jako bílý. Velký mentálně hygienický význam má *pozitivní myšlení*.

Četné užitečné podněty v tomto směru obsahuje např. kniha D. Carnegieho „Jak se zbavit starostí a začít žít“ (1993). Uvedeme jeden z nich.

Přednášející se ptal studentů: „Kolik z vás už řezalo dřevo? Zvedněte ruce.“ Většina z nich se přihlásila. Ptal se dál: „Kolik z vás už někdy řezalo piliny?“ Nepřihlásil se nikdo. „Samozřejmě, piliny přece nemůžete řezat,“ řekl přednášející. „Jsou už nařezané. A stejně tak je to s minulostí. Když si začnete dělat starosti s věcmi, které jsou dávno pryč, je to, jako byste se snažili řezat piliny.“

### 1.2.2 Zásady životosprávy

Zde jenom v heslech vyjmenujeme každému psychologovi a lékaři známé věci: organizace dne, rozdělení času mezi práci, odpočinek, zábavu a spánek, význam denního odpočinku, využití neděle k odpočinku, vybírání si dovolené v celku ke skutečné rekreaci, význam aktivního odpočinku, pravidelnost stravy, potřeba spánku v souvislosti s věkem, tělesné cvičení a jeho stenizující vliv, organizace práce. Problém kouření, pití alkoholu, černé kávy, dopingu, návyku na léky.

### 1.2.3 Zásady jednání s lidmi

Cílem je poskytnout pacientovi potřebné vědomosti pro *utváření harmonických vztahů k lidem*. Snažíme se především dosáhnout, aby pacient pochopil skutečnost, že v chování lidí k nám se odráží naše chování k nim. Ukazujeme příklady konfliktů, které nepříznivě působí na spokojenost a duševní rovnováhu člověka a jsou zcela zbytečné. Odlišujeme je od konfliktů nutných, bez kterých by nebylo možno uskutečnit hodnotné cíle. Uvádíme příklady konfliktů v dopravních prostředcích, obchodech, rodině. Vedeme pacienta k pochopení, že spornou věc lze vidět z více hledisek, učíme jej podívat se na věc očima druhého, vžívat se do postavení protivníka.

Probíráme otázky *motivace lidského jednání*. Učíme základy praktické znalosti lidí, seznamujeme s lidskými typy, s druhy reakcí lidí v interpersonálních vztazích, probíráme reakce lidí na různé formy kritiky, význam sebekritiky a pochvaly v jednání s lidmi. Zabýváme se situacemi, v nichž dochází k závažným konfliktům: jednání

s rodiči, dětmi, s vedoucími, s podřízenými, s erotickými a manželskými partnery. Uvažujeme o formách hádky a o formách konstruktivního řešení sporů.

Samostatnou pozornost je třeba věnovat *manželství*, a to zejména problémům manželského zevšednění, rozporu snu a skutečnosti, generačním problémům, žárlivosti a nevěře i sexuologickým tématům, týkajícím se frigidity, absence orgasmu, poruch potence, problému sexuální souhry, antikoncepce apod. Zejména v sexuální oblasti bývá někdy otevřený výklad o problematice terapeuticky velmi užitečný.

Zvláštní kapitolou jsou problémy týkající se *výchovy dětí*. Neurotici mívají s vlastními dětmi nezřídka potíže a už i z hlediska prevence neuróz u dětí, v neurotickém prostředí zvláště ohrožených neurotizací, je žádoucí rodiče důkladně informovat o mentálně hygienických zásadách jednání s dětmi.

## 1.3 Výklad postupu k odstranění některých symptomů

Součástí racionálních postupů jsou i doporučení, umožňující pochopením psychologických a fyziologických mechanismů „vyzrát“ na některé symptomy.

Při fixování některých symptomů má značný význam strach z očekávání a nutkavé sebezpozorování. Pacient, který trpí trémou, červenáním nebo zakoktaváním se před lidmi, nebo pacient, u kterého v kritické chvíli, kdy má dojít k souloži, ochabne erekce, bude v takových situacích vždy znovu nutkavě pozorovat, zda je vše v pořádku, zda se již příznak nezačíná objevovat. Tyto obavy i sebezpozorování pochopitelně porušují přirozený průběh normálních reakcí a chorobný příznak se pak objevuje jako výsledek obav.

*Dereflexe* podle V. Frankla (1975) znamená požadavek odstranit nežádoucí reflexi, tj. odstranit uvažování o příslušném symptomu nebo o patologické situaci a ignorovat je. Dereflexi nelze provést tak, že si v dané chvíli zakážeme na příslušnou věc nebo strach myslet. Frankl tu vtipně cituje starý alchymistický předpis na vaření zlata, v němž se po dobu vaření zakazuje „myslet na chameleona“. Snaží-li se člověk nemyslet na chameleona, je to pochopitelně nemožné, ač by ho jinak myšlenka na chameleona ani nenapadla. Sebezpozorování či pozorování příznaku je nutno nahradit jiným zaměřením, v případě alchymistů např. soustředěním se na přesné mísení určených přísad, v případě sexuálního neurotika na vyprávění si s partnerem o lásce nebo o společných zážitcích, u úzkostných a jiných symptomů prostě zaměřením se na nějakou práci, ideu nebo osobu.

Podobně při nespavosti narušuje často usnutí obava, že člověk neusne, strach z následků nevyspání nebo zlost, že se usnutí nedaří. Úsilí usnout bývá neúčinné a doporučuje se spíše vyvolat si postoj lhostejnosti vůči usnutí, paralyzovat obavy myšlenkou, že k účinnému odpočinku stačí i prosté klidné ležení, a odvádět pozornost k nějakým klidným, příjemným představám, např. zážitkům z dovolené apod.

Zásada dereflexe platí jak v jednotlivé konkrétní situaci, tak v celkovém zaměření: žena, depresivní po smrti dítěte, nalezne úlevu v intenzivní pracovní činnosti, a to nejen proto, že v ní nachází nové hodnoty k překonání existenciální frustrace, ale

i prostě proto, že se na práci musí soustředit a tím se její pozornost přesune od bola-  
vého místa. Při dereflexi jde tedy o obrácení pozornosti jiným směrem.

*Paradoxní intence* podle V. Frankla je „trik“, který se snaží vzít strachu z očekávání „vítr z plachet“ tím, že si paradoxně přejeme to, čeho se bojíme. Pacient, který se bojí špíny, si má paradoxně přát být co nejvíce špinavý, pacient, který se bojí ostudy, si má přát ostudu několikrát denně. Pacient obvykle nedosáhne uskutečnění tohoto paradoxního cíle, podstatné však je, že se změnil jeho postoj k příznaku a umožní mu to, aby se od vlastní neurózy distancoval. Uplatní se zde humor, ironizace, možnost „vysmát se strachu do tváře“. Kromě Frankla a jeho žáků Polaka a Niebauerové referoval opakovaně o pozitivních účincích této techniky u fobických a nutkavých neuróz düsseldorfský psychiatr O. Gerz. U pacienta se strachem ze smrti zněl např. jeho příkaz „od této chvíle aspoň třikrát denně zemřít na mrtvici“, u pacienta trpícího třesem při práci před lidmi chtěl „ukázat lidem, jak se dovedu krásně třást“.

Sami považujeme možnost takového mentálního přeladování za poměrně omezenou. Účinnější se nám v některých případech zdá nikoli paradoxní přání, ale skutečné paradoxní jednání, pokud to okolnosti dovolují. Když např. řečník trpící trémou záměrně cestou k řečnickému pultu zakopne, záměrně se zarazí v řeči nebo záměrně rozsype papíry se svým referátem a chvíli je pod stolem sbírá, vyvolá smích a zpravidla určité sympatie u publika, které mu pomohou přestat se podobných nehod bát. Také přiznání se k trémě a její případné zvětšení může být cestou, jak se jí rychle zbavit. Jde o obecnější princip otevřeného odhalení nedostatku namísto jeho utajování.

Častá je u neurotiků, zejména neurasteniků, stížnost na zhoršování paměti. Je na místě ujištění, že v podstatě nejde o skutečnou poruchu paměti, nýbrž spíše o neurotické poruchy koncentrace pozornosti, kdy člověk snadno zapomíná, kam co dal, co chtěl právě udělat, nemůže si pohotově vybavit, odkud nějakého člověka zná, ale vědomosti do paměti vstřípené podržuje správně. Úsilí o vybavení určité věci obvykle vybavení blokuje, ale později se věc vybaví sama. Doporučuje se zavedení diáře, do kterého si člověk zaznamenává své běžné úkoly, a tak může žít bez obav, že na něco zapomene.

U deprese s převahou endogenní složky je výhodná explikace v tom směru, že pacient nemá s depresí bojovat, ale prostě ji trpělivě snášet, pokud možno se od ní distancovat, považovat ji za chorobu a být si vědom, že s ní sám nic nesvede. Musí prostě počkat, až „zabere“ biologická terapie.

Při provádění racionální terapie je nutno zde heslovitě zachycenou problematiku důkladně znát a vhodnost výkladu dobře promyslet, aby místo terapeutického působení nedošlo ke škodlivému vlivu iatrogennímu. Je výhodnější, když explikace zůstává zpočátku na obecnější úrovni a aplikaci na vlastní případ provádí pacient sám. Konkrétní interperetace vlastního pacientova případu je možná až po důkladné znalosti souvislostí a je nutno se vyhnout předčasným a nesprávným výkladům („to máte z přepracování“) nebo komentářům. Rovněž přímé autoritativní rady typu „ožeňte se“, „rozvedte se“, „adoptujte dítě“ atd. nejsou zásadně žádoucí, i když mohou existovat z tohoto pravidla výjimky.

O postupech při vyvracení škodlivých iracionálních přesvědčení a o zpracovávání kognitivních omylů a automatických depresivních a úzkostných myšlenek (např. technikou sokratovského dialogu) jsme se zmiňovali podrobněji v souvislosti s výkladem systémů racionálně-emoční terapie Ellisovy a kognitivní terapie Beckovy (str. 68–75).

Podrobnější podklady pro klariфикаční a persuasivní působení a přípravu přednášek s preventivním mentálně hygienickým zaměřením lze najít v učebnici I. Míčka „Duševní hygiena“ (1984) a v bohaté nabídce zdravotně výchovných publikací od našich zkušených odborníků. O zvládání stresu vynikajícím způsobem pojednávají např. práce J. Krivohlavého „Jak zvládat stres“ (1994, odborněji) a F. Irmíše „Nauč se zvládat stres“ (1996, populárněji). Četné publikace lze navíc využít i jako doplňující biblioterapii.

Pro neurotiky napsal Kratochvíl „Jak žít s neurózou“ (1988, 2000, 2006), pro psychotiky Kalina „Jak žít s psychózou“ (1987, 2001), pro příbuzné psychotiků Hausner „Duševně nemocný mezi námi“ (1978), pro pacienty závislé na alkoholu Skála „...až na dno?!“ (1988), pro závislé na drogách Presl „Drogové závislosti“ (1995) a odborněji Nešpor a Csémy „Léčba a prevence závislostí“ (1996), nebo Heller a kol. „Závislost známá neznámá“ (1996), pro gamblery Nešpor „Hazardní hra jako nemoc“ (1994). Pro trémisty a fobiky napsal Honzák „Strach, tréma, úzkost a jak je zvládnout“ (1995), pro depresivní připravili Praško a kol. text „Deprese a jak ji zvládat“ (2005), pro pacienty se sexuálními dysfunkcemi Kratochvíl „Sexuální starosti a radosti“ (2002), pro homosexuály Pondělíčková a Brzek „Třetí pohlaví“ (1992), pro žárlivce Plzák „Othelón“ (1994), pro rozvádějící se klienty Plaňava „Jak se (ne)rozvádět“ (1994) a Bakalář „Průvodce rozvodem pro všechny zúčastněné“ (1996), pro somatické a psychosomatické pacienty Honzák „I v nemoci si buď přítelem“ (1989), pro onkologické pacienty Dostálová „Jak vzdorovat rakovině“ (1993), nebo Chovancová a Vašková „Diagnóza nádor: a co dál“ (1998) a pro jejich příbuzné a ošetřující Krivohlavý „Vážně nemocný mezi námi“ (1989), pro obézní Málková „Jak hubnout pomalu ale jistě“ (1991), pro anorektičky Křeh „Mentální anorexie“ (2005) a pro rodiče a prarodiče např. Matějček „Rodiče a děti“ (1983).

Užitečné podněty pro výcvik v jednání s lidmi jsou mj. v nově vydávaných překladech klasických knížek Carnegieho a v sérii současných publikací Capponi a Nováka, k řešení manželských problémů pomáhá také Šmolka v knížce „Muž a žena, návod k použití“ (2005). Pokud je pacient v situaci, že si může vybírat mezi různými formami psychoterapie, zasvěceně mu poradí Matouškova kniha „Potřebujete psychoterapii?“ (1995, 1999).

# Suggestivní a hypnotická psychoterapie

Suggestivní psychoterapie nepůsobí na logické myšlení pacienta, nýbrž se je snaží obejít. Využívá terapeutovy autority a přesvědčivě podávaných tvrzení zaměřených na odstranění potíží nebo na dosažení žádoucích postojů a chování. Její účinnost závisí na sugestibilitě pacienta, tj. na jeho vnímavosti k sugescím. Může se provádět v bdělém stavu, nejsnáze se však provádí po navození hypnózy.

Suggestivní faktor se nepřímo uplatňuje při podávání léků a provádění různých léčebných postupů. Může zvyšovat jejich vliv a v některých případech je dokonce hlavním nebo jediným zdrojem jejich účinnosti.

Zatímco v běžné praxi využíváme suggestivní složky léčebného postupu k podpoře základní terapie, ať už je jakákoliv, uplatňuje se tato složka při hodnocení účinku různých léků a léčebných postupů jako rušivý činitel, kontaminující vlastní účinek léku. Je součástí tzv. placebové reakce, na níž se podílí i vliv očekávání, kladného postoje k léčbě, naděje na uzdravení a víry v úspěch příslušné léčby. Má vliv na velké počáteční úspěchy nově zaváděných léků či metod, u nichž pak pozdější přezkoumávání účinnosti nutí k přehodnocení počátečních nadšených zpráv.<sup>9</sup> Moderní farmakologický výzkum tomu již systematicky čelí přezkoušováním účinku nových léků tzv. dvojité slepou metodou.

Jedna skupina pacientů dostává účinnou látku, druhá (kontrolní) skupina dostává farmakodynamicky neúčinnou látku, která však vyhlíží a chutná stejně (placebo). Pacienti jsou do obou skupin rozděleni náhodně a všichni jsou přesvědčeni, že dostávají skutečný lék. Ani ošetřující lékař a personál v době podávání léku neví, kdo z pacientů dostává kterou látku, aby nemohlo dojít k odlišnému očekávání a odlišnému suggestivnímu ovlivnění obou skupin. Jen tehdy, jsou-li výsledky ve skupině se zkoušeným lékem významně větší než v kontrolní skupině, lze účinek spolehlivě připisovat specifickému působení léku.

<sup>9</sup> Známý je výrok Trusseaua, lékaře 19. století: „Používejte nové léky, dokud mají sílu k léčení“.

Placebovému účinku se věnovaly četné výzkumy. Ukázalo se mimo jiné, že některé osoby reagují na placebo značně, kdežto jiné na ně reagují málo nebo vůbec ne. Největší část osob reaguje na placebo nekonstantně, tj. někdy ano a někdy ne. Někteří mají též sklon k negativní placebo-reakci, k pocítování nepříjemných vedlejších účinků nebo zhoršování příznaků. Účinky placebo bývají výraznější ve stavech úzkosti a deprese. Pokusy uvést je do vztahu s osobnostními vlastnostmi pacienta zatím nepřinesly spolehlivé výsledky. Neprokázala se dokonce ani korelace reaktivity na placebo s reaktivitou v experimentálních testech sugestibility, ačkoli lze důvodně předpokládat společný faktor. Placebový účinek se prokazatelně zvyšuje, když terapeut projevuje zájem o pacienta, o průběh jeho léčby a o léčebné výsledky (Shapiro a Morris 1978).

Placebový faktor se uplatňuje nejen ve farmakoterapii, chirurgii, vodoléčbě, rehabilitaci a jiných procedurách, ale i při použití psychoterapeutických metod. Proto se i ve výzkumu účinnosti psychoterapie hledají možnosti, jak jej kontrolovat. Jako „psychoterapeutické placebo“ se např. v kontrolní skupině používají rozhovory s pacientem, které neobsahují předpokládané specifické psychoterapeutické činitele (srov. str. 312). Nechybějí ani názory, že veškerý účinek psychoterapeutických metod jakéhokoli druhu tkví ve víře a sugesci a že sám obsah psychoterapeutického postupu není významný: budeme-li např. dávat skupině neurotiků denně – s určitým rituálem a v atmosféře pevného přesvědčení o úspěchu – do klína na pět a půl minuty hlávku zelí, dosáhneme stejného účinku, jako když budeme pacienti složitě analyzovat, odreažovat či emočně korigovat. Ve prospěch takových názorů svědčí srovnávací statistiky přinášející stejné výsledky při použití různých metod a různých teoretických přístupů. I když toto pojetí je extrémní a v psychoterapii nesporně působí větší počet alternativních účinných faktorů, zůstává skutečností, že se suggestivním faktorem musíme při výkladu účinku každé léčby počítat.

Zmínili jsme se o terapiích, v nichž působí sugesce jako činitel nespecifický, placebový. V suggestivní psychoterapii naopak využíváme sugesce záměrně jako specifického činitele a snažíme se její účinek zvýšit sebejistým chováním důvěryhodného terapeuta, suggestivní atmosférou i přesvědčivostí slovních formulací. V bdělém stavu však mají takové postupy většinou jen pomocný charakter. K systematickému léčebnému zadávání sugescí se využívá předběžného navození hypnotického stavu, který vnímavost k sugescím zvyšuje.

*Hypnóza* je dočasně změněný psychický stav charakterizovaný a) zvýšením sugestibility, b) vztahem závislosti hypnotizovaného na hypnotizérovi a c) změněným stavem vědomí. Tyto změny umožňují dosáhnout u hypnotizované osoby pohlčení sugerovanými zážitky a prožívání sugerovaných změn vnímání, úsudku, emocí a paměti tak, jako by v daném okamžiku odpovídaly skutečnosti.

Hypnotický stav bývá často provázen projevy relaxace, ospalosti a útlumu, což souvisí s obvyklým relaxujícím nebo uspávacím postupem při jeho navození. Tyto projevy však nejsou nutné a v hluboké hypnóze je lze odstranit.

Hypnóza může mít různou hloubku. Zjednodušeně lze říci, že může být lehká, střední a hluboká. Největší dosažitelná hloubka hypnózy u daného jedince závisí na jeho hypnabilitě, která je relativně stálou individuální vlastností (schopností).

Teoretické problematice a výzkumu hypnózy jsme věnovali samostatné monografie (Kratochvíl 1972, 1999), zde se omezíme na informace, které mají vztah k psychoterapeutickému využití hypnózy, k hypnoterapii.

## 2.1 Technika hypnotizace

### 2.1.1 Navození hypnózy

Hypnóza se navozuje nejčastěji uspávací metodou a metodou stupňování náročnosti bdělých sugescí.

#### Uspávací metoda

Při této metodě se hypnotizér snaží vyvolat u pacienta ospalost a únavu. Využívá přitom podnětů a situací, které se uplatňují při navozování normálního spánku, jako je monotonie, klid, pohodlná poloha, uvolnění svalstva a odstranění rušivých podnětů. Pacient se posadí do pohodlného křesla nebo se položí na pohovku. Požádáme ho, aby zůstal pasivní, aby se hypnóze ani nebránil, ani se jí nesnažil napomáhat. Dále ho vyzveme, aby zaměřil svůj pohled na určený bod nebo na hypnotizérovy oči, nebo aby zavřel oči a zaposlouchal se do hypnotizérových slov. Probereme jednotlivé základní i pomocné složky postupu.

- a) *Fixace předmětů.* Subjekt sleduje očima hrot tužky, skleněnou kuličku, krystal, odlesk světla na prstenu nebo na neurologickém kladívku, střed točícího se ventilátoru, značku na stěně, malý svítící bod nebo zvláštní hypnoskop, např. předlohu s nakreslenými soustřednými kruhy, v jejichž středu může být umístěn krystal odrážející světlo ze světelného zdroje umístěného za pacientem. Fixovaný předmět buď stojí na stolku (pokud pacient sedí), nebo visí na niti či je připevněn na zdi (pokud pacient leží), nebo jej hypnotizér drží v ruce. Také jej může držet sám pacient. Jeho ruku pak nechá hypnotizér klesnout, jakmile pacient zavře oči. Metoda Levyho-Suhlova, kterou propracovali Stokvis a Langen (1965), využívá fixace dvojbarevného geometrického obrazce na kartonu, při níž dochází ke vzniku současných paobrazů. To v některých případech zvyšuje sugestivnost účinku.
- b) *Fixace hypnotizéra.* Pacient zpravidla zaměřuje pohled na kořen nosu nebo na zorníčku jednoho oka hypnotizéra. Od hypnotizéra se v takovém případě vyžaduje, aby rovněž fixoval analogický bod v pacientově obličeji, aby příliš často nemrkal a dokázal pohled udržet déle než pacient. Fixování jiných předmětů má výhodu, že si hypnotizér neunavuje vlastní oči a lze je snadno provádět delší dobu, až do úplné únavy pacienta. Fixace z očí do očí však může mít větší sugestivní náboj.
- c) *Sluchové podněty.* Používá se monotónních zvuků, např. šumění ventilátoru, tlumených úderů metronomu, magnetofonové nahrávky šumění moře nebo deště, tlumeného hukotu nějakého přístroje nebo slabého zvuku tónového generátoru. Ve stanfordské laboratoři používali generátoru vydávajícího tzv. bílý zvuk, bezvýznamné tiché bzučení, které mělo překrýt případné smysluplné rušivé zvuky doléhající z okolí.
- d) *Pasy.* Hypnotizér pomalu přejíždí rukama nad obličejem a hrudí pacienta (malé pasy) nebo nad jeho celým tělem (velké pasy) shora dole a vrací se velkým obloukem k hlavě. Pasy byly oblíbenou metodou hypnotizace v předvědeckém období, kdy se předpokládalo, že hypnózu vyvolává magnetismus vyzařující z hypnotizérových prstů. Dodnes může na některé osoby postup zvýšeně působit svou sugestivností ve spojení s představou o hypnotizérově magické moci.

- e) *Slovní sugesce.* Terapeut líčí hypnotizovanému monotónním, ale současně jistým a rozhodným hlasem opakovaně příznaky, které se u něj mají objevit, tj. svalové uvolnění, ospalost, pocity úhy, únavu, usínání.

Nejčastěji se kombinuje zraková fixace se slovní sugescí. Hovoříme o verbálně fixační technice. Pro názornost uvádíme příklad obsahu a formy slovních sugescí.

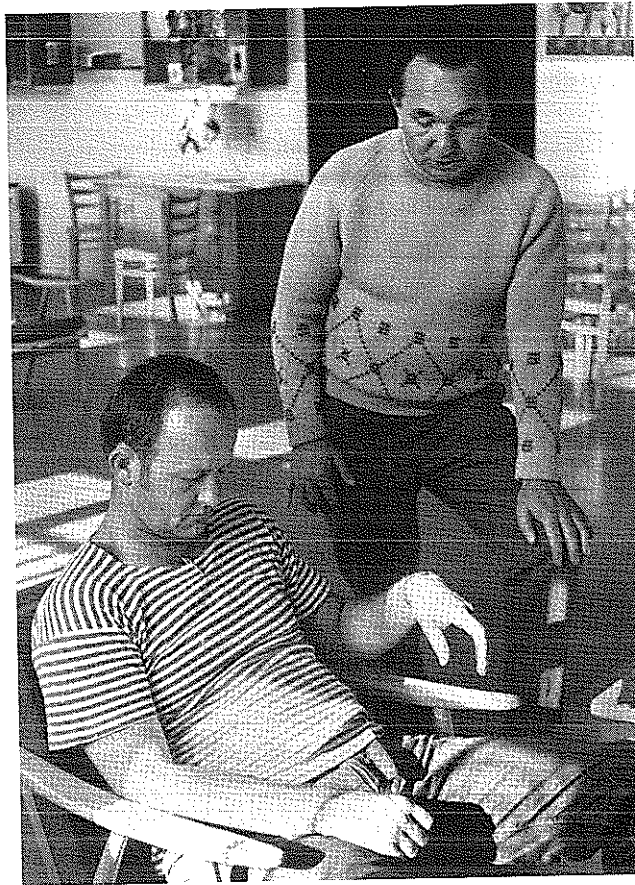
„Pohodlně se posadte, uvolněte všechno svalstvo a dívejte se mi soustředěně do jednoho oka. Zachovejte pasivitu a vyčkejte, co se bude dít. Začnete se postupně cítit unavený, bude se vám chtít spát, vaše víčka budou těžknout, budete se cítit stále unavenější a ospalejší. Můj obličej se vám bude rozmazávat a ztrácet, budete mě vidět jako v dálce, chvílemi mě budete vidět opět jasně, ale stále více se vám vše bude zamlžovat. Víčka budou těžknout, budete v nich pociťovat pálení, slzení. Víčka těžknou. Budou stále těžší a těžší, potáhne je to dolů, budou se chtít zavřít. Tíha v celém těle se zvětšuje. Ruce a nohy jsou těžké, jako bez vlády, budete unavený jako po těžké tělesné práci a námaze, příjemně odpočíváte. Ospalost je větší, víčka jsou těžká, chtějí se zavřít, zavírají se. Ospalost, únava, tíha... Chce se vám spát. Jste pasivní, klidný, uvolněný, ospalý. Víčka stále více a více těžknou. Ponořujete se do stavu příjemného klidu, ospalosti, spánku. Při tom zůstanete stále se mnou v kontaktu, vliv mých slov na vás, na vaši nervovou soustavu se bude stále stupňovat. Víčka jsou těžká, zavírají se. Budu počítat do desíti a při tomto počítání se všechny příznaky neobyčejně zesílí a víčka se zavrou. Jedna, dvě, víčka jsou stále těžší, tři, čtyři, zavírají se, přitahují se dolů, pět, šest, úplně se přitahují, sedm, osm, zůstanou zavřena, devět, deset, spíte, hluboce spíte, spánek se bude stále více prohlubovat...“

Tempo sugescí se přizpůsobuje projevům u pacienta. Pokud se příznaky objevují jen slabě, opakuje se jejich líčení v obměňovaných formulacích stále znovu. Každý dílčí úspěch se zdůrazní a navazuje se na něj další sugesce. Jakmile se dosáhne toho, že pacient trvale zavře oči, lze začít zkoušet další sugesce. Obvykle se začíná sugescí automatického zvedání ruky, pokračuje se sugescí přitahování ruky k rameni, popř. se zkouší, zda subjekt nemůže odporovat sugescím (příkaz „ruka nyní nejde dolů – zkuste ji dát dolů“) a nemůže otevřít oči.

Tzv. aktivní hypnotický trénink podle Kretschmera, který dále propracoval Langen (1972), vychází z nacvičování relaxace a fixace, které si napřed provádí doma pacient sám. Nejprve provádí první dvě cvičení z autogenního tréninku a pak fixuje např. střed ciferníku slabě tikajících hodinek. Autoři předpokládají, že zde působí únava očních svalů, rytmická monotonie akustického podnětu, relaxace a „vyprázdnění pole vědomí“, dosažené jednostranným soustředěním. Tyto faktory mají již samy o sobě vyvolat hypnoidní stav, který se opakovaným cvičením prohlubuje, aniž hypnotizér musí nástup hypnózy sám sugerovat. Trénink trvá při každodenním cvičení asi měsíc.

#### Metoda stupňování náročnosti bdělých sugescí

Při této metodě se nepoužívá sugescí spánku, nenavozuje se relaxace, pohodlí a monotonie a hypnotizér vystupuje v aktivní, sebejisté a autoritativní roli. Účinnost se obvykle zvyšuje přítomností různých magických prvků v prostředí a v chování hypnotizéra. Využívá se pacientovy základní sugestibility k uskutečnění některých jednodušších sugescí. Toho pak hypnotizér využije k tomu, aby sugestibilitu vystupňoval, a hypnotizovaný se dostává stále silněji pod jeho vliv. Hypnotizace zde má obvykle rychlý, dramatický spád, nesmí v ní být váhání, nejistota, nerozhodnost, sugesce musejí



OBR. 31 Sugescie zvedání ruky

následovat rychle za sebou tónem, který nepřipouští jejich neuskutečnění. Výchozími sugescemi mohou být sugescie běžně používané při zkouškách sugestibility, např. kolísání ve stoji, ideomotorický pohyb ruky, zkouška sevření rukou apod.

Příklad postupu hypnotizace: Hypnotizér se postaví před stojícího pacienta, dívá se mu do očí a energicky pronáší sugescie: „Pocítujete tlak dozadu, padáte dozadu.“ (Jakmile se objeví zakolísání:) „Nyní vás to naopak táhne ke mně, padáte dopředu. Vaše pravá ruka se začíná zvedat, přitahuje se k rameni! Zůstává u ramene přitažena. Nemůžete ji dát dolů! Zkuste to, snažte se co nejvíce! Nemůžete vůbec promluvit. Pokuste se říci svoje jméno. Vidíte, nejde to! Nyní můžete promluvit, ale nedokážete vyslovit první slabiku. Ano, vidíte, jen první slabiku. A ta se vám pořád dokola opakuje. Musíte ji pořád říkat, nemůžete přestat!“ (Posléze lze již upustit od fixace očí pacienta a nechat pacienta, ať se dívá, kam chce.) „Nyní můžete mluvit docela normálně. Jak se cítíte? Posadte se. Nemůžete vstát! Snažte se! Nyní vás to na židli pálí, vidíte, pálí celá židle, je horká, můžete vstát. Posadte se na jinou židli. Je vám zima. Zima přestává, vaše pravá ruka je zcela necitlivá, nic necítí. (Přesvědčit se) Cítíte něco? Kolem vaší hlavy létají mouchy... Podívejte se, veverka, chce si s vámi hrát...

Přechod do hypnózy od plnění bdělých sugescí může být buď plynulý, nebo v určité fázi zdůrazníme, že nastupuje zvláštní, od normálního stavu odlišný hypnotický stav.

„Uvedu vás do hypnotického stavu, ve kterém budete zcela pod mým vlivem, dokud vás z tohoto stavu opět nevyvedu. Než napočítám do tří, budete ve stavu hluboké hypnózy, zcela pod mým vlivem, vše, co řeknu, se ihned uskuteční, přitom nebudete ospalý, ale budete zcela aktivní. Hypnotický stav je oddělen od normálního bdělého vědomí, po probuzení si nebudete nic pamatovat.“

Takto lze u osob, které jsou schopny pohroužit se do hluboké hypnózy, navodit hlubokou hypnózu s aktivním chováním rychle a bez přechodu stadii pasivity a ospalosti. Je možno pak pokračovat v terapeutických sugescích při trvale otevřených očích pacienta a hypnózu ukončit dehypnotizací, nebo je možno v kterékoli fázi přikázat pacientovi, aby si lehl a „spal“. Užití popsané techniky je vhodné tam, kde jsme si jisti značnou hypnabilitou subjektu nebo kde potřebujeme hypnózu navodit rychle a máme možnost si hypnabilní osobu vybrat, jako např. při demonstračních hypnózách ve větším kolektivu. Není-li osoba dostatečně hypnabilní, je nutno přejít k uspávací technice.

### Další metodické otázky

Uvedené schematické rozdělení hypnotizačních technik přihlíží zejména k tomu, nakolik postup podporuje nebo omezuje podobnost hypnózy se spánkem. Techniky však lze rozdělovat i jinak. První příklad je současně příkladem neautoritativní techniky, druhý příkladem autoritativní techniky. Analyticky orientovaní autoři mluví – s odkazem na rané dětské vztahy k rodičům – o „*materšské technice*“ hypnózy, kdy se hypnotizér dostává do role matky hýčkájící a uspávající své dítě, a o „*otcovské technice*“ hypnózy, kdy se hypnotizér stává obrazem všemocného ovládajícího otce. Zatímco autoritativní techniky aktivizují spíše odpor, hypnotizovaný se brání a popř. podléhá, při neautoritativní technice vzniká spíše potřeba pasivního a ochotného poddání se, potřeba chovat se tak, jak si to hypnotizér přeje a jak to hypnotizovaný chápe.

Někdy se při neautoritativních technikách zdůrazňuje i spolupráce. Terapeut nemusí být jen v roli uspávající matky, ale může být též např. v roli učitele, od kterého se má hypnotizovaný naučit, jak se ponořovat do hypnózy, nebo může být v roli výzkumníka, který „testuje pacientovu hypnabilitu“. Můžeme pak hovořit o „*neosobní technice*“ hypnotizace.

Rozlišuje se též hypnotizace přímá a nepřímá. Při *přímé hypnotizaci* existuje předběžná dohoda o tom, co se bude dít. Hypnotizér požádá pacienta o souhlas s provedením hypnózy, popř. si předem zjistí jeho názory na hypnózu a vyloží mu, v čem hypnóza spočívá a co od ní očekává. Tím se u pacienta vytvoří prekoncepce o hypnóze ve shodě s hypnotizérovými představami. Má-li pacient obavy, že ztratí sebekontrolu, může mu hypnotizér nabídnout přítomnost další osoby. Někdy se osvědčuje, když pacient předem zhlédne průběh hypnózy u jiného pacienta, který je značně hypnabilní. Při *nepřímé hypnotizaci* může terapeut využít zkoušek sugestibility, během nichž při kladných reakcích pacienta přejde bez přerušování ke stupňování náročnosti sugescí a k navození hypnózy. Jinou možností poskytuje využití relaxačně kon-



centračního cvičení. Zatímco se pacientovi situace vymezuje jako instruktáž k relaxaci a zpočátku se mu podávají instrukce, co si má představovat, přebírá terapeut postupně sám iniciativu, instrukce k představám kombinuje se sugescemi, a když na ně pacient reaguje, pokračuje dál k obtížnějším sugescím. Tento postup umožňuje terapeutovi nenápadně otestovat hypnabilitu a rozhodnout se buď pro rychleji působící hypnoterapii, nebo pro zdlouhavější, ale na hypnabilitě nezávislý nácvik autogenního tréninku.

V literatuře se dále popisují zvláštní techniky pro různé účely. Uvedeme pro informaci ještě dvě z nich.

#### *Ericksonova technika se zvedáním ruky*

Tato technika je výhodná zejména proto, že kombinuje zavírání očí a nástup hypnotického stavu s ideomotorickým pohybem, zvedáním ruky, jehož tempo se stává objektivně pozorovatelným ukazatelem nástupu hypnózy. Pacient se posadí pohodlně v křesle, položí si ruce do klína a zaměřuje pozornost na svou pravou ruku. Má si uvědomovat pocity, které se dostaví, a pohyby, ke kterým dojde. Nejprve ho upozorňujeme na pocity, které jsou důsledkem relaxace. Dojde-li k určitému mimovolnému pohybu v některém z prstů, zdůrazníme tento pohyb a přecházíme k přímé sugesci, že se prsty poněkud roztáhnou a pak že se jeden prst a postupně celá ruka začnou zvedat. Jakmile k tomu dojde, sugeruje hypnotizér: „Pozorujete nyní, jak se ruka zvedá, a současně si uvědomíte, jak velmi ospalé a unavené jsou vaše oči. Jakmile bude ruka pokračovat v pohybu vzhůru, budete stále unavenější a ospalější, vaše víčka se budou chtít zavřít. Ruka se bude ohýbat v lokti a směřovat k obličeji, až se obličeje dotkne. Budete přitom stále ospalější, a když se ruka dotkne obličeje, budete již v hluboké hypnóze“.

#### *Technika vyvolávající v hypnotizovaném zmatek*

Tuto techniku doporučuje Erickson u jedinců, kteří jsou jinak málo hypnabilní. Terapeut zadává pacientovi v rychlém sledu sugesci, které si vzájemně odporují a které pacient nestačí sledovat, např. „vaše pravá ruka se zvedá, nejde zvednout, pohybuje se doprava, levá ruka se přitahuje vzhůru, pravá ruka klesá, obě ruce se vzájemně přibližují“. Dříve než pacient něco udělá nebo si stačí uvědomit, co má nebo nemá dělat, přichází další příkaz. Je to hra se slovy, která má v pacientovi vyvolat rostoucí zmatek, během něž pak konečně přijme a provede nějakou rozumnější sugesci a tím se dostane pod hypnotizérův vliv.

U dětí se považují za vhodnější a účinnější *techniky, které vycházejí z fantazie*, z živých představ a ze hry na „jako by“, než běžné techniky se sugerováním ideomotorických pohybů a zavírání očí. Hypnotizér sugestivně líčí účast dítěte v situaci, která je v souladu s jeho fantazijním světem a přáním (let v raketě do vesmíru, sestup v batyskafu do mořské hlubiny, jízda na koni či v autě, hra s panenkou, návštěva zámku Šípkové Růženky apod.). Situace, kterou si dítě zpočátku představuje „jako by“ byla skutečností, se postupně pod hypnotizérovým vedením stane živým hypnotickým halucinatorním zážitkem, do kterého dítě aktivně vstupuje. Do tohoto zážitku pak lze vsunout i potřebné terapeutické sugesci.

Hypnotizační techniky mohou mít charakter standardní nebo individualizované. Při *standardním postupu* se hypnotizér pokouší bezprostřední situaci včetně pacientova zaměření napřed psychologicky přestrukturovat tak, jak to vyžaduje hypnotizační rituál. Snaží se přerušit pacientovo spontánní chování a přimět ho k chování jinému, žádá např., aby seděl a nehybal se, koncentroval se na určitý bod apod.

Toto přestrukturování situace je již možné považovat za součást hypnotizační techniky. Hypnotizér tím, že žádá pacienta, aby si dal „ruce a nohy takto“ a „pohled zaměřil tam“, dosahuje určité úvodní spolupráce, která umožňuje přechod od instrukcí, jimž se pacient podřizuje, k sugescím, na jejichž základě se věci začínají „dít samy“, bez pacientova vědomého volního podílu.

Standardní techniky mají zásadní význam ve výzkumu při testování hypnability. V experimentálních postupech se často používá technik tak standardních, že minimalizují i vliv osobnosti hypnotizéra. Hypnotizér např. hypnotizační postup čte nebo jej pouští z magnetofonu.

*Individualizovaný hypnotizační postup*, rozvíjený zejména Ericksonem (1976), využívá při hypnotizaci zvláštností osobnosti a chování pacienta.

Přechází-li např. pacient neklidně po místnosti, nežádá ho hypnotizér, aby se zastavil a fixoval bod, nýbrž akceptuje jeho chození. Žádá, aby dále chodil, a přitom začne nejprve instrukcemi a pak sugescemi regulovat rychlost a směr jeho pohybu, až pacient začne uskutečňovat tyto i další sugesci a ponoří se do hypnózy. Jiného pacienta nechá hypnotizér volně asociovat představy, které jej spontánně napadají. Zpočátku je přijímá a postupně je začíná svými návrhy pozměňovat, až dá jeho myšlení a představám plně směr svými sugescemi.

Pacientku, která uváděla, že v ordinaci zubního lékaře vždycky „ztuhne strachem“, žádal hypnotizér, aby nejprve „ztuhla, jak nejlíp dovede“, a pak toto ztuhnutí sám sugeroval, pozměňoval a přešel k dalším motorickým a senzorickým jevům.

Při individualizovaném postupu tedy hypnotizér nejprve přijímá chování, které pacient spontánně projevuje, dává k němu souhlas a sugestivně je podporí, aby je pak mohl dalšími sugescemi pozměňovat a tím pacienta dostat pod svůj vliv. Přístup vyžaduje volnost a tvořivost v hypnotizérově improvizaci, která musí současně vycházet z citlivého postižení pacientových pocitů a přání.

## 2.1.2 Opakované navozování hypnózy

Při dalších hypnózách bývá obvykle sled reakcí rychlejší a někdy i hloubka hypnózy větší. K prohloubení hypnózy se mohou zadávat i posthypnotické sugesci. Terapeut sugestivně ujišťuje pacienta na závěr první hypnózy, že další hypnóza bude hlubší a její navození rychlejší. Toho využívá i Vogtova *metoda frakcionované hypnózy*, při níž hypnotizér pacienta opakovaně hypnotizuje a dehypnotizuje během jednoho sezení. Po dehypnotizaci se jej vyptá na subjektivní zážitky a hypnotizuje hned znovu, přičemž využívá informací pacienta o tom, co na něj nejsilněji působilo a co ho případně rušilo.

Vztah opakování a hloubky hypnózy však není jednoznačný. I když někdy lze tréninkem hloubku a účinnost hypnózy zvětšit, nebývá tato změna většinou nijak dramatická. Obvykle již první nebo druhé sezení ukáže, jaká je skutečná pacientova hypnabilita (druhé sezení zejména tam, kde se při prvním pokusu uplatňovaly rušivé faktory, např. obava z neznámé situace). Někdy dochází dokonce při opakování hypnóz ke snižování hloubky hypnózy i účinnosti sugescí. Bývá tomu tak u lehčích a středně hlubokých hypnóz bez amnézie. Stejný rutinní postup může někdy pacienta nudit.



V hluboké hypnóze je možné dát pacientovi příkaz, že příště se ponoří do hypnózy ihned *na daný signál*. Pak je možno obvyklou hypnotizaci vynechat a navozovat hypnózu např. jen vyslovením určeného hesla, ťuknutím, dotekem na čele apod. Běžně se spojuje navozování hypnózy s počítáním od jedné do desíti (a dehypnotizace s počítáním opačným směrem, od desíti do nuly). Příslušné podněty mohou někdy nabýt charakteru hypnotizačního signálu i bez výslovného posthypnotického příkazu na základě podmíněně reflexního mechanismu, jestliže opakovaně provázejí hypnotizaci. Tak se pacient opakovaně hypnotizovaný fixací krystalu ponořuje do hypnózy již při pouhém spatření tohoto krystalu.

Na možnost vzniku takového podmíněného spojení je nutno dát pozor, jelikož by podobný předmět nebo podobné heslo či zvuk mohly v některých případech vyvolat hypnózu i nekontrolovaně mimo terapeutickou či experimentální situaci a pacient by se mohl dostat do nesnází. Tato nechtěná spojení odbouráváme posthypnotickou sugescí v tom smyslu, že subjekt se pohrouží do hypnózy při jejich spatření či vyslechnutí pouze v naší přítomnosti nebo na náš pokyn. Snažíme se však současně, abychom „pojišťujícími sugescemi“ neznemožňovali možnost, aby pacienta v případě potřeby hypnotizoval jiný odborný psychoterapeut. Nesugerujeme tedy vnímavému pacientovi „nemůže vás uvést do hypnózy nikdo jiný než já“, ale přidáváme dovětek „nebo jiný odborník, psycholog či lékař, budete-li s navozením hypnózy souhlasit“.

Podmíněně reflexní nacvičení nástupu hypnózy na určitý signál bez přítomnosti hypnotizéra rozpracoval Klumbies (1974) v metodě, kterou nazval *ablační hypnóza*, tj. hypnóza sekundárně odpoutaná od hypnotizéra. Používá se magnetofonové nahrávky hypnotizačního postupu (včetně léčebných sugescí) nebo fixace zvláštního předmětu (nejčastěji malé tabulky se složitým barevným geometrickým obrazem), s níž hypnotizér v počátečních sezeních hypnotizaci spojuje. V druhém případě si pacient zadává naučené terapeutické sugesce v hypnóze automaticky sám. Nácvik ablační hypnózy může být výhodný u obtíží, které jsou hypnózou odstranitelné sice dobře, ale jen přechodně, např. u některých organicky podmíněných bolestí, jako je neuralgie trigeminu, migréna, bolesti onkologických pacientů apod. Pacient si v případě potřeby může navodit hypnózu sám a obtíže si jejím prostřednictvím může opakovaně krátkodobě odstraňovat či zmírňovat. Dehypnotizace probíhá buď podle magnetofonové nahrávky, nebo se nacvičí na určitý časový interval. Navodit ablační hypnózu se však často nedaří.

Pilař využil k ablační hypnóze taktilního podnětu: malého kolečka z překližky, na němž se střídají proužky smirkového papíru s proužky sametu. Při hypnotizaci pacient postupně svírá kolečko v dlaní nebo může proužky přejíždět palcem.

### 2.1.3 Hloubka hypnózy a hypnabilita

Hloubka hypnózy je tím větší, čím rozmanitější a složitější hypnotické jevy lze vyvolat a čím více je hypnotizovaný do zážitku pohroužen, tj. čím více jsou pro něj v daném okamžiku skutečné a mají automatický, mimovolní ráz. Hloubku hypnózy můžeme posuzovat dvojím způsobem. Buď srovnáváme navozený hypnotický stav s empiricky odvozenými stupni hypnózy, nebo zadáváme hypnotizovanému sugesce ze standard-

ního seznamu položek, které jsou stupňovány podle obtížnosti. V prvním případě se obvykle mluví o hypnóze lehké, střední a hluboké (popř. o somnolenci, hypotaxii a somnambulismu), v druhém případě vyjadřujeme hloubku hypnózy pomocí skóre dosaženého v příslušném standardním testu.

#### Stupně hypnózy

Ke klasickým dělením hloubky hypnózy patří třístupňová klasifikace podle Forela, která se dodnes používá zejména v německé a ruské literatuře.

**1. stupeň, somnolence.** Charakterizuje jej ospalost, zavření víček, pocity tíhy a únavy a zpomalení duševních pochodů. Pacient je ve stavu příjemného svalového i duševního klidu, je však schopen si vše jasně uvědomovat. Zůstává zachována schopnost volných pohybů, pacient se může s použitím jisté energie hypnotizérovým příkazům bránit, popř. i otevřít oči a hypnotický stav sám ukončit.

**2. stupeň, hypotaxie.** Charakterizuje jej další růst ospalosti, neschopnost otevřít oči a ztráta volných pohybů. Pacient je nucen zčásti nebo úplně vyhovět sugescím s výjimkou amnézie. Amnézie bývá nanejvýš částečná.

**3. stupeň, somnambulismus.** Charakterizuje jej vysoká sugestibilita s možností vyvolání všech hypnotických jevů včetně amnézie, tj. vydělení hypnotických prožitků z běžného sledu vědomých procesů. Amnézie může být hypnotickou sugescí zrušena.

Možnost navození jednotlivých stupňů se odhaduje takto: zcela nehypnabilní 5 %, somnolence 30 %, hypotaxie 50 %, somnambulismus 15 % (Horvai 1959).

Nevýhodou klasifikací tohoto druhu je, že příznaky se ve skutečnosti nemusí seskupovat tak, aby vytvořily typická stadia.

#### Měření hloubky hypnózy pomocí škál

Od šedesátých let se začalo v širším měřítku užívat škál hypnability, které mají standardní hypnotizační postup a standardní seznam položek – sugescí. Ty se postupně testované osobě zadávají a boduje se jejich splnění. Sečtením splněných položek se získá skóre hypnability, kterého lze současně použít jako skóre dosažené hloubky hypnózy. K nejznámějším škálám patří Stanfordská škála pro individuální testování a Harvardská škála pro kolektivní testování hypnability.

Stanfordská škála C (Weitzenhoffer a Hilgard 1962), kterou v českém překladu vydala Psychodiagnostika (1979), obsahuje tyto položky:

1. klesání ruky: sugesce, že ruka uvedená do horizontální polohy klesne;
2. oddalování rukou: předpažené ruce, které se dlaněmi téměř dotýkají, se budou oddalovat;
3. halucinace komára: kolem hlavy létá komár;
4. chuťové halucinace: chuť sladkého a hořkého;
5. ztuhlost paže: napjatou předpaženou paži nelze ohnout;
6. sen: sugeruje se, že se bude zdát sen, a po dvou minutách je hypnotizovaný dotazován na obsah snu;

7. věková regrese: osoba chodí do 5. třídy a pak do 2. třídy, má vždy napsat jméno a datum;
8. anosmie: hypnotizovaný nic necítí, přezkúsuje se reakce na čichání silného čpavku;
9. znehybnění ruky: ruka je těžká a nelze ji zvednout;
10. halucinovaný hlas: subjekt má odpovídat halucinovanému hlasu na anamnestické otázky;
11. negativní zraková halucinace: na stole jsou tři různobarevné krabičky, je sugerováno, že jsou tam jen dvě, a hypnotizovaný je dotazován na jejich barvy;
12. posthypnotická amnézie.

Uvedené škály mají vlastnosti psychometrických testů. Jsou dostatečně reliabilní, mají normy a obsahují hypnotizační postup, který se může, stejně jako testovací sugesce, doslovně číst, takže provedení není závislé na osobě a zkušenostech hypnotizujícího. Největší využití mají ve výzkumu. Provedení úplné škály trvá asi 1 hodinu, což je v běžné praxi příliš časově náročné.

Pro klinické účely je výhodné používat diagnostickou škálu, kterou navrhli Orne a O'Connell (1967). Diagnostické posuzování hloubky hypnózy se provádí na základě pěti kategorií označených číslem jedna až pět.

- 1 – žádná reakce,
- 2 – ideomotorické reakce,
- 3 – nemožnost odporovat sugesci,
- 4 – halucinace,
- 5 – amnézie a posthypnotická sugesce.

V rámci každé kategorie se ještě provádí jemnější rozlišování pomocí znaménka + a -. Jeden bod znamená, že pacient je refrakterní vůči pokusu o hypnotizaci, přestože přiměřeně spolupracuje. 1+ se použije při velmi slabých reakcích na motorické sugesce.

Dva body znamenají, že hypnotizovaný je schopen reagovat na zvedání ruky, zavření očí a relaxaci, ale může úspěšně odporovat, je-li k tomu vyzván. Jako 2+ se boduje, když má pacient při sugerovaných pohybech, např. zvedání ruky, pocit, že se dějí automaticky. Jako 2- se hodnotí, když má pocit, že se pohybu vědomě účastní.

Tři body znamenají, že pacient nejen reaguje na motorické sugesce, ale nemůže jim ani vzdorovat, např. nemůže po příslušné sugesci ohnout ruku, otevřít oči apod. Snaží-li se o to aktivně a neúspěšně, boduje se 3+, má-li jen pocit, že to nejde, ale nesnaží se, je to 3-.

Čtyři body znamenají, že kromě všech reakcí sub 2 a 3 může hypnotizovaný prožívat sugerované halucinace jako anestezii a pozitivní halucinace zrakové a sluchové. 4+ a 4- se dává podle toho, jak jsou halucinace živé a jak se jeví subjektivně reálné.

Pět bodů dostává hypnotizovaný, který má navíc posthypnotickou amnézii, je schopen hypnotické věkové regrese a provede posthypnotické sugesce. Boduje se 5-, jsou-li některé složité reakce ne zcela spolehlivé, a 5+, provádí-li spolehlivě i všechny bizarní hypnotické a posthypnotické jevy, včetně pozitivních a negativních posthypnotických halucinací. Hodnocení 5+ dosahují jen asi 1–2% populace.

*Hypnabilita* je relativně trvalou svéráznou vlastností osobnosti. Koreluje spolehlivě pouze s bdělou sugestibilitou, a to asi 0,50 s pasivně motorickými testy sugestibility (kolísání ve stoji, sugerované zvedání nebo klesání ruky) a 0,70 s testy obsahujícími výzvu k odporování (např. semknutí rukou, které nelze uvolnit). Korelace s jinými

osobnostními vlastnostmi jsou vesměs nevýznamné nebo sporné. Pravidelně se zjišťují jen nízké významné korelace se schopností pohroužit se do představ, četby, dramatu či jiných zážitků do té míry, že člověk při tom přestává vnímat své skutečné okolí.

Pokud uvažujeme o hypnóze jako o stavu zvýšené sugestibility, znamená hypnabilita vlastně dispozici ke zvýšení sugestibility pomocí hypnotizace. U někoho může být základní bdělá sugestibilita nízká a vhodnou technikou jej lze uvést do hluboké hypnózy, tedy do přechodného stavu vysoké sugestibility. U někoho může být naopak základní sugestibilita značná, avšak hypnotizačními technikami se ji už nepodaří zvýšit. To vysvětluje neúspěchy v případech, kdy zkušený klinik posílá pacienta k hypnóze s přesvědčením, že je k hypnoterapii vhodný pro svou značnou sugestibilitu (např. pro sociální sugestibilitu, snadné podléhání mínění jiných lidí), u pacienta se však ani opakovanými pokusy nepodaří hypnózu navodit. Vztahy sugestibility a hypnability se navíc komplikují ještě dvěma skutečnostmi. Sugestibilita zřejmě není jednoduchou „obecnou“ vlastností, nýbrž je spíše souborem různých „speciálních sugestibilit“. Hypnóza pak, zejména hluboká, není charakterizována pouze zvýšením sugestibility, měřitelným psychometrickými škálami, ale též specifickým vztahem k hypnotizérovi a specifickou změnou vědomí („transem“). Tyto rysy lze zachytit zatím jen kvalitativně na základě subjektivních údajů hypnotizovaného.

## 2.1.4 Typy hypnózy

Tvoří-li stupeň dosažené sugestibility jedno měřitelné kontinuum hypnotického stavu, lze rozlišovat druhé kontinuum se zřetelem k projevům útlumu, ospalosti, spánku a pasivity. Na jednom konci stojí hypnóza spánková, pasivní, na druhém konci hypnóza bdělá, aktivní. Rozlišování má praktický význam jen u hluboké hypnózy. Pro lehčí stadia je charakteristická utlumenost.

Ve spánkové (pasivní) hypnóze je subjekt ospalý nebo vypadá zcela jako spící. Je omezeně pohyblivý. Chybí mu spontánnost, na příkazy reaguje jako automat. Při otevřených očích v hlubších stádiích (v méně hlubokém stadiu by se při otevření očí z hypnózy vytrhl) je jeho pohled strnulý a při chůzi působí dojmem náměsíčníka. Příkazy uskutečňuje s charakteristickou pomalostí, po latencích. Nepožadujeme-li vyplňování podněcujících sugescí či příkazů, zůstává nehybný, spí.

V bdělé (aktivní) hypnóze je subjekt pohyblivý. Živě a rychle reaguje na sugesce. Často je individuálním způsobem dále zpracovává a rozvíjí, zvláště při sugerovaném prožívání situací, které nezávidka slovně i pohybově dramatizuje. Způsob řeči a chůze i chování, pokud nejsou pozměněny sugescemi, jsou normální. Pohled při otevřených očích se příliš neliší od pohledu člověka bdělého. Subjekt může v této hypnóze projevovat spontánnost i mimo oblast hypnotizérových sugescí.

Typ hypnózy závisí na způsobu hypnotizace, dále na představách hypnotizovaného o tom, jak má hypnotický stav vypadat, na přímých i nepřímých požadavcích a sugescích hypnotizéra a konečně na osobnosti hypnotizovaného. Někteří lidé mají tendenci pohroužit se spíše do pasivního, jiní do aktivního typu hypnózy. Pokud se na to přímo zaměříme, můžeme u některých somnambulů nacvičit oba typy. Poněvadž při populárně vědeckých výkladech o hypnóze se u nás vesměs používá přirovnávání hypnózy ke spánku a poněvadž se při hypnotizaci nejčastěji používá uspávacích formulek, vyskytuje se v praxi nejčastěji typ spánkové hypnózy. Prostá uspávací technika. vyhý-

bající se posilování představ o magickém vlivu hypnotizéra, je v běžné psychoterapeutické praxi nejen nejobvyklejší, ale i nejvhodnější. Studium bdělého typu však má závažný teoretický význam (Kratochvíl 1972, Svoboda 1987).

### 2.1.5 Ukončení hypnózy

Trvání hypnózy je závislé na účelu sezení. Při terapeutických hypnózách nepřesahuje obvykle půl hodiny, při opakovaných sezeních postačí mnohdy čtvrt hodina nebo i jen několik minut. Platonov doporučoval ukončit hypnózu po zadání terapeutických sugescí tak, že se pacient ponechá hodinu nebo i několik hodin v nerušeném hypnotickém spánku.

Erickson uváděl, že k uskutečňování obtížných hypnotických výkonů je potřeba „prohlubovat“ hypnózu alespoň čtvrt až půl hodiny, aby se umožnilo dosažení potřebných neurofyzilogických změn a vytvořily se dostatečně hluboké disociace. Většina autorů se však domnívá, že u somnambulů nastoupí při opakovaných hypnózách hluboký hypnotický stav okamžitě na daný signál.

Je-li pacient ve spánkové hypnóze ponechán delší dobu v klidném prostředí, bez kontaktu s hypnotizérem a bez dalšího využívání a obnovování raportu, přejde hypnóza často ve fyziologický spánek. Z něho pak lze pacienta probudit libovolnými podněty, nebo se po určité době probudí sám. Ani za uvedených okolností však hypnóza nemusí nutně přejít v normální spánek, zejména ne tehdy, jestliže hypnotizér hypnotizovanému spontánní probuzení výslovně zakáže. Hypnóza trvá pak do té doby, dokud není subjekt řádně dehypnotizován.

Prolongovanou hypnózu, trvající bez přerušení i více dní, používal koncem minulého století např. Wetterstrand. Pacient stále ležel a spal, pouze na sugestivní příkaz přijímal bez přerušení hypnózy jídlo a vykonával další fyziologické potřeby. Sami jsme provedli sérii pokusů o prolongaci hypnózy bdělého typu. Kritériem byl zejména trvalý potenciální raport a vyčlenění období života v hypnóze z kontinuity normálního vědomí. Potvrdilo se, že taková prolongace je možná, že může zůstat zachován fyziologický rytmus bdění-spánek, aniž se hypnóza probuzením z nočního spánku automaticky ukončí (Kratochvíl 1969, Kratochvíl a Macdonald 1972).

Před dehypnotizací nejprve zkontrolujeme, zda jsme odsugerovali všechny jevy vsugerované v hypnóze z experimentálních nebo testovacích důvodů, abychom vyloučili možnost jejich nežádoucího přetrvání po ukončení hypnózy. Běžně používáme posthypnotické sugesce sugerující příjemný stav pacienta po probuzení a dehypnotizujeme pomalým odsugerováním příznaků únavy, spánku a tíhy ve víčkách až k úplnému probuzení. Výhodné je nacvičit probuzení na pomalé počítání od desítky do nuly.

**Příklad dehypnotizace:** „Jste stále ponořen do hypnózy. Za chvíli se vrátíte do normálního bdělého stavu. Všechny příznaky vyvolané v hypnóze zcela zmizí. Po probuzení se budete cítit velmi příjemně, v dobré spokojené náladě (popř. sugerujeme amnézii: na to, co se odehrávalo v hypnóze, si nebudete pamatovat). Budu počítat od desítky do nuly a přitom se úplně probudíte. Deset, devět, únava a ospalost nyní začíná postupně mizet, začínáte se cítit svěží, osm, sedm, tíha z těla mizí, šest, pět, do svalů se vrací energie a síla, čtyři, tři, cítíte se příjemně a dobře, již si jasně uvědomujete své okolí, dvě, jedna, víčka se uvolňují, jste již zcela bdělý, oči se otevírají, nula, jste úplně vzhůru!“

Tempo počítání podobně jako při hypnotizaci přizpůsobujeme tempu, ve kterém u pacienta příznaky spánku mizí. Nedojde-li během tohoto postupu k probuzení, opakujeme jej s naprostým klidem a jistotou znovu. Výjimečně se vyskytující obtíže při probouzení spícího pacienta se mohou objevovat ve spojitosti s jeho autosugestivní představou o podobném možném nezdaru, dále mohou být ve hře dynamické faktory nevědomého přání zůstat v hypnóze, hysterická potřeba udělat se zajímavým, nebo neobratnost a nedostatek jistoty u nezkušeného hypnotizéra (jeho vlastní obava, že pacienta neprobudí, projevující se v hlase a v chování). V kritickém případě je možno dát pacientovi sugesci, že hypnóza přejde v normální spánek, z něhož se sám probudí, až se dostatečně vyspí. Probouzet pacienta násilím se nedoporučuje. Dojde-li k neočekávanému spontánnímu probuzení v průběhu hypnózy, doporučuje se hypnózu sugescemi znovu prohloubit a teprve pak pacienta řádně dehypnotizovat.

Ukončení hypnózy lze rovněž určit časovým termínem, např. „probudíte se za pět minut“, nebo „nyní budete ještě hodinu spát a pak se v příjemném spokojeném stavu sám probudíte“ apod., nebo situací: „až vstoupí do místnosti sestra a dotkne se vaší ruky, probudíte se“. Pokud se používá jako dehypnotizačních signálů silnějších zvuků, např. zvonění telefonu nebo u ablační hypnózy zvonění budíku, který si před ablační hypnózou pacient sám natáhne, dbáme, aby se neprobouzel s úlekem. Pomocí sugesce spojujeme probuzení nikoli s nástupem hlučného podnětu, nýbrž s jeho ukončením: „probudíte se, jakmile budík přestane zvonit“.

U aktivních forem hypnózy lze volit rychlejší formu dehypnotizace, např. vyslovení určitého slova, fuknutí apod.: „jakmile fuknu tužkou na stůl, vrátíte se do normálního bdělého stavu“.

Protože optimální rychlost, s jakou se jednotliví pacienti vracejí z hypnózy do normálního stavu, může být individuálně odlišná, ponechávají někteří hypnoterapeuti rychlost probuzení na pacientovi. R. Konečný např. zadával sugesci: „A nyní se budete příjemně probouzet v tempu, které vám osobně nejlépe vyhovuje.“

### 2.1.6 Kolektivní hypnóza

Kolektivní hypnózu lze provádět buď v kolektivu s osobami o různé, nám neznámé hypnabilitě, anebo ve skupině již vybraných hypnabilních osob. V terapeutickém kontextu pracujeme s nehomogenním kolektivem, např. při demonstraci hypnotických jevů v kolektivní psychoterapii nebo při výběru hypnabilních pacientů. Systematickou kolektivní hypnoterapii provádíme u pacientů již vybraných a pro hypnoterapii vhodných.

Pro hypnotizaci vybrané skupiny hypnabilních osob uvedeme ukázky dvou postupů, jeden prováděný v libovolném prostředí vsedě (např. v klubovně), druhý prováděný vleže ve zvláštním tichém hypnotariu či v ložnici pacientů.

#### Hypnotizace vsedě

Pacienty posadíme do půlkruhu nebo kruhu na židle či do křesel a žádáme je, aby fixovali malý lesklý předmět, vhodně umístěný uprostřed. Může to být korálek zavěšený od stropu na niti tak, aby při jeho fixaci museli pacienti široce otevřít víčka a zvedat oči vzhůru, což terapeutovi umožňuje dobře sledovat nástup zavírání očí. Sugesci formulujeme podobně jako při individuální hypnotizaci. Pak zadáváme

léčebné sugesce, obvykle obecného posilujícího typu zdůrazňující postupně celkové zlepšování stavu a mizení symptomů. Specifické sugesce můžeme zadávat u pacientů léčených pro závislost na alkoholu a drogách, např. vyvolávání odporu až dávení ve spojení s představou pití alkoholu.

### Hypnotizace vleže

Pacienti se v klidné tiché místnosti položí na lůžka. Výhodné je pološero a na podlaze koberec tlumící zvuk kroků. Zapneme přístroj vytvářející jednotvárný šum, např. ventilátor. Pacienti na pokyn zavřou oči, hypnotizér zvolna monotónně opakuje uspávací sugesce. Chce-li překontrolovat nástup hypnózy, zadává sugesce zvedání ruky a sleduje, jak se u jednotlivých ležících pacientů uskutečňují. Při častějším opakování takových sezení lze za nepřítomnosti hypnotizéra použít magnetofonový záznam hypnotizace. Následují léčebné sugesce. Závěrem je možno ponechat pacienty delší dobu uvolněně odpočívat či spát a využít sezení i jako formy hypnotické spánkové terapie (Horvai 1959).

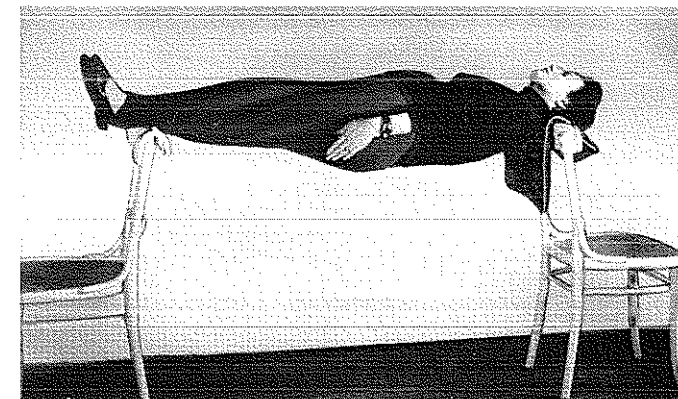
## 2.2 Hypnotické jevy

Dále uvádíme stručný přehled funkcí, které můžeme v hypnóze ovlivnit, a jevů, které můžeme vyvolat. Někteří autoři popisovali spontánní změny, které mají být charakteristické pro hypnotický stav sám o sobě (Horvai 1959, Platonov 1962). Pro takový stav, v němž se nepodávají žádné sugesce, se nověji zavádí pojem neutrální hypnóza (Edmonston 1981). Ke změnám patří zpomalení dechu a tepu, pokles krevního tlaku, vazodilatace, celkový posun vegetativního tonu ve směru vagotonie, zpomalení motoriky a snížení vnímání. Tyto změny se někdy označují jako objektivní známky hypnózy. Domníváme se, že jsou výsledkem sugescí obsažených v relaxačním a uspávacím způsobu navozování hypnózy a v očekávání hypnotizovaného a že je nelze obecně považovat za určující znak hypnózy. Změny fyziologických a psychických funkcí v hypnóze nejsou spontánní, ale jsou vyvolané přímými nebo nepřímými sugescemi a mohou směřovat jak ke snížení, tak ke zvýšení fyziologické a psychické aktivity.

Stanovení jednoznačných, tzv. objektivních kritérií hypnózy zůstane asi nesplnitelným požadavkem mimo jiné i proto, že vnější hypnotické chování lze při silné motivaci napodobit či simulovat. Zatím je nejužitečnější považovat za podstatné kritérium hypnotického stavu vnitřní zážitek, především subjektivní prožívání sugerovaných jevů tak, jako by odpovídaly skutečnosti.

### 2.2.1 Motorika

Můžeme sugerovat jednoduché pohyby nebo složité chování a naopak znemožnit určené pohyby nebo chování. Vsugerovaná nemožnost pohybu může napodobovat chorobou nebo spastickou obrnou. Obrna se neřídí průběhem motorických nervů, ale vychází ze subjektivní představy jedince o tom, jak má obrna vypadat, podobně jako je tomu u funkčních poruch hysterického typu. Někteří pacienti přijímají sugesce tohoto druhu pasivně, jiní se pokoušejí o pohyb končetinou se sugerovanou paralýzou nebo kontrakturou. Současně však dochází k inervování antagonistů, takže pohyb není možný.



OBR. 32 Kataleptický most

Sugestivně lze vyvolat katalepsii, strnulost určitých částí těla nebo katalepsii celého těla. Tělo tak vydrží i delší dobu v nastavených nepohodlných nebo bizarních polohách. Oblíbenou ukázkou je kataleptický most: hypnotizovanému se podeprou v ležící poloze pouze paty a hlava a celé tělo zůstává napjaté a ztuhlé. (Kataleptický most není ovšem žádným objektivním důkazem hypnotického stavu, lze jej napodobit i bez hypnózy.)

### 2.2.2 Vnímání

Snadno lze vyvolat různé druhy parestezií, pocity tepla a chladu, dále hyperestezii a bolest, nebo naopak hypostezii, hypalgezii až analgezii. U somnambulních osob s nacvičenou analgezií je možno provádět v hypnotické analgezii i menší operační výkony či využít hypnózy k bezbolestnému porodu. Vegetativní projevy bolesti bývají většinou zachovány i při absenci subjektivního pocitu, někdy se však také snižují.

K navození dostatečně hluboké analgezie může být potřebná delší doba i nácvik. Je výhodné zkusit dosáhnout nejprve určitého rozdílu ve vnímání bolesti např. v pravé a v levé ruce (sugerovat, že jedna je zvýšeně a druhá sníženě citlivá) a opakovaně zkoušet rozdíl v citlivosti při bodnutí jehlou. Pak se pokračuje sugescemi, že „ruka vnímá méně a méně, až přestane vůbec cokoli cítit“. Necitlivost se pak z ruky sugestivně přenáší do jiných oblastí, v nichž potřebujeme dosáhnout anestezie či analgezie.

Dále lze vyvolávat zrakové iluze a halucinace jednak při zavřených očích a v hluboké hypnóze i při otevřených očích (např. vidění určitých barev, předmětů, zvířat, osob a scén). Sluchové hypnotické halucinace mohou mít ráz jednoduchých zvuků, hudby i souvislého hovoru. V oblasti čichové a chuťové se vyvolávají různé pachy a chuti nebo se odsugerují skutečné podněty, popř. se dosahuje jejich záměny: podáme vodu se sugescí, že je to víno, dáváme čichat ke čpavku jako k parfému.

Za nejnáročnější jev se považuje vyvolání negativních halucinací v oblasti sluchové a zrakové. Při sugerování úplného ohluchnutí se setkáváme s paradoxem, že „ohluchlý pacient“ reaguje na hypnotizérovu slovní sugesce. Pro hypnózu však bývá charakteristické, že subjekt je schopen nekriticky přijímat i logické rozpory. Postup



OBR. 33  
Hypnotizovaná  
tančí v rytmu hudby  
s halucínovaným partnerem

můžeme nicméně učinit logičtější, dáme-li s příkazem hluchoty současně příkaz, že nás pacient začne slyšet, jakmile pocítí dotek naší ruky na svém zápěstí – a při slovním kontaktu s ním pak využíváme tohoto signálu.

K vyvolání negativních zrakových halucinací se sugeruje buď úplná slepota, nebo nevidění určených předmětů či osob. Tak např. sugescí „mimo mne není v této místnosti nikdo přítomen“ vede k tomu, že pacient nevidí další přítomnou osobu. Při demonstraci jsme se setkali s případem, kdy pacient za chůze do „neviděné“ osoby narazil a ulekl se. Někdy se však subjekt i přes slovně potvrzenou „slepotu“ přiměřeně vyhýbá předmětům či osobám, které mu stojí v cestě. Výzkumy dokazují, že i přes negativní halucinace se skutečné okolí na určité úrovni v psychice hypnotizované osoby přece jen zaznamenává.

Uspořádáme-li pokus tak, že požádáme hypnotizovaného, aby četl tištěný text a „neviditelná osoba“ mu přes něj položí ruku, subjekt pochopitelně není schopen dále číst. Vysvětluje to však např. „zamlžením vidění“, nejasností textu apod.

Předmětem diskusí a výzkumů je pravost těchto zajímavých jevů. Někteří autoři tvrdí, že nastává skutečná fyziologická změna v percepčních orgánech, jiní se domnívají, že cho-

vání je jen výsledkem hraní role, že subjekt se chová podle své představy o tom, co od něho hypnotizér vyžaduje. Ve prospěch první hypotézy uváděl např. Erickson, že hypnotizovaní udávají po halucinování barevného obrazce vidění správných následných paobrazů. Jiní autoři tyto výsledky nepotvrdili a zjišťovali, že se hypnotizovaní řídí svými předběžnými vědomostmi (prekoncepty) v příslušném směru. U nás Horvai a Hoskovec (1964) podpořili na základě vlastních pokusů předpoklad o rozhodující úloze prekoncepte (např. odsugerované vidění úseček vyvolávajících zrakový klam u Müllerovy-Leyerovy figury nevedlo u neinformovaných osob k odstranění klamu).

## 2.2.3 Vegetativní reakce

V této oblasti lze hypnózou vyvolat četné tělesné změny, které jsou nezávislé na vůli, např. ovlivnit žaludeční sekreci, hladinu cukru v krvi, puls a krevní tlak, sekreci moči aj. Klumbies v monografii „Psychotherapie in der inneren und Allgemeinmedizin“ (1984) probírá jeden systém a orgán za druhým a podává příklady účinného hypnosuggestivního ovlivnění. Obvykle je snazší a účinnější vyvolat změny vsugerováním příslušných emocí či situací, které jsou s nimi spojeny, než přímým sugerováním fyziologické reakce. Zvláštní jevy jako vyvolání puchýřů sugerováním popálení jsou možné jen zcela výjimečně u disponovaných pacientů s extrémní labilitou vazomotorického systému.

Značné pozitivní zkušenosti s ovlivňováním vegetativních reakcí i vegetativních poruch u psychosomatických onemocnění získal u nás M. Černý s kolektivem výzkumné laboratoře na psychiatrické klinice v Praze. Pozoruhodná jsou zejména rentgenologicky kontrolovaná ovlivnění motility jícnu u achalázií (Černý a kol. 1974).

## 2.2.4 Myšlení, paměť a emoce

Zatímco méně hluboká stadia hypnózy vedou ke snížení psychické aktivity, v somnambulní hypnóze je možno duševně pracovat. S hypnotizovaným lze živě diskutovat, žádat jeho úsudek i sebepozorování. Může číst, psát a provádět psychologické testy.

V oblasti paměti jsou zajímavé pokusy s hypermnézií, při níž si subjekt vybaví události dávno zapomenuté nebo využívá dřívějších dovedností, které dnes již neovládá. Jsou popsány případy osob, které žily v raném dětství v odlišném jazykovém prostředí, v dospělosti mateřskou řeč již zapomněly, ale v hypnóze ji dokázaly použít. Hypnotické vybavování minulých zážitků však bývá také často kontaminováno konfabulacemi se subjektivním přesvědčením o pravdivosti. Poměrně snadno se v hypnóze ovlivňují emoce, ať už sugerováním představy s příslušným emočním zabarvením, nebo přímým sugerováním afektu či nálady („jste rozzloben“, „je vám veselo“). Hypnotizovaný pak emoci prožívá jako nemotivovanou nebo si ji sám spojí s určitým konkrétním obsahem.

## 2.2.5 Prožívání situací a věková regrese

Při sugerování prožitku složitější situace halucinuje hypnotizovaný nezřídka současně všemi smysly. Příkazy jako „jedete ve vlaku“, „obědváte“, „veslujete na lodičce“, „pozorujete létající ptáky“, „jste doma se svým manželem a dětmi“ může subjekt prožívat dvojím způsobem:



- a) prožitek je pouze vnitřní, přičemž navenek subjekt zůstává pasivní, jeho prožitky se v mimice a pohybech neprojevují (může nám je např. signalizovat určeným pohybem prstu nebo je zpětně sdělit po skončení hypnózy),
- b) prožitek se projevuje navenek, přičemž se subjekt může chovat tak, jako by sugerovaná situace byla skutečná, a dostávat se do pohybové interakce s halucinovanými nebo iluzivně přetvářenými předměty či osobami.

Tímto způsobem můžeme u některých pacientů reprodukovat jejich skutečné problémové nebo traumatizující situace. To může mít praktický diagnostický význam. Pacient nám např. přehraje klíčový traumatizující zážitek a svoji emoční reakci při něm. Odreagování může současně působit katarzně.

Některé hypnotizované osoby ovšem také mohou zadané situace pouze přehrávat navenek, aniž mají odpovídající vnitřní zážitek. Nemusí to být jen projev vědomé snahy oklamat hypnotizéra. Může zde působit sugestivní tlak na vyhovění požadavkům hypnotizéra, kdy požadované jednání se stává nutkavým či automatickým, i když není spojeno se subjektivně reálným prožíváním sugerované situace.

Zvláštní formou reprodukování složitých situací je *věková regrese*, kdy vhodnou technikou vrátíme pacienta do dřívějšího období jeho života, zejména do dětství. Místo pouhého mechanického určení požadovaného věku je vhodnější připomenutí nějaké významné životní události, která příslušný věk přiblíží (např. „přenesu vás do doby, kdy jste začal chodit do školy“). V případě úspěšné regrese projevuje subjekt chování odpovídající příslušnému věku, mluví, píše a kreslí dětským způsobem, hraje si s hračkami. Hypnotizér může převzít roli rodiče, učitele či jiné blízké osoby.



OBR. 34 Hypnotizovaná ve věkové regresi počítá na prstech

Věková regrese je opět předmětem výzkumů a diskusí týkajících se její pravosti. Někteří autoři předpokládali úplné odbourání všech pozdějších zážitků a zkušeností a důsledný návrat do způsobu prožívání a chování, které odpovídá regredovanému věku. Tak např. Gidro-Frank aj. popisovali při regresi do věku nižšího než je 6 měsíců výskyt pozitivního reflexu Babinského, který je v té době fyziologický a později mizí (dalším autorům se však tyto výsledky nepodařilo opakovat). Jiní autoři, u nás např. Horvai (1962) a Hoskovec (1963), experimentálně prokázali, že při věkové regresi vychází jednání z prekoncepce dospělé osoby o tom, jak se chová dítě příslušného věku. Někteří se domnívají, že projevy ve věkové regresi jsou dynamickou směsí dramatizace podle současných znalostí i podle skutečných osobních vzpomínek z minulosti, které se v hypnóze častěji vybavují.

Otázku pravosti vsugerovaných hypnotických jevů řeší dnes někteří autoři (Hilgard, Orne) tak, že považují jev za skutečný tehdy, když je o jeho realitě hypnotizovaný v daném okamžiku subjektivně plně přesvědčen, nehledě na to, zda jsou objektivní ukazatele, např. fyziologické reakce, s tímto subjektivním zážitkem v plné shodě. Tak např. může hluboce hypnotizovaná osoba při sugesci analgezie subjektivně skutečně necítit žádnou bolest i při velmi bolestivém podnětu, ačkoli fyziologické reakce mohou bolestivé stimulaci odpovídat. Při věkové regresi může skutečně prožívat např. oslavu svých čtvrtých narozenin, aniž by podle objektivních kritérií chování odpovídalo věku čtyř let. Právě prožitkem subjektivní reality vsugerovaného zkreslení percepce či paměti se hluboce hypnotizovaný liší od osob málo hypnabilních nebo od osob simulujících hypnózu, které skutečný vnitřní zážitek nemají a pouze jej navenek předstírají.

## 2.2.6 Posthypnotická sugesce a posthypnotická amnézie

Posthypnotická sugesce se může týkat všech jevů popsaných v oddíle o hypnotických jevech. Je to sugesce zadaná v hypnóze, jejíž účinek zasahuje do období po ukončení hypnózy. Nemá-li na průběh hypnózy amnézie a subjekt si příkaz pamatuje, pociťuje jej nezářka jako kompulzi, již může v menší nebo větší míře vzdorovat. Je-li na příkaz amnézie, provádí subjekt příkazovaný čin často s pocitem jednání z vlastní vůle a při dotazování po jeho motivech se jej snaží racionalizovat. Naše vlastní pokusy ukazují, že racionalizační úvaha nese mnohdy rysy paralogického myšlení. Při zadání obtížných nebo absurdních příkazů může dojít v průběhu jejich provádění ke vzniku krátkodobé spontánní hypnózy, spojené rovněž s následnou amnézií.

Podobně jako jiné posthypnotické sugesce lze v hypnóze zadat i sugesci posthypnotické amnézie na určité události dřívější nebo na události v hypnóze. Obvykle se předpokládá, že v somnambulní hypnóze nastupuje úplná amnézie na celý průběh hypnózy i bez sugesce, zatímco v méně hluboké hypnóze se úplnou amnézií nepodaří vsugerovat ani opakovanými sugescemi. I spontánní amnézii je ovšem možno posthypnotickou sugescí snadno zrušit, nebo její zrušení posthypnoticky podmínit na určitý signál (např. „nebudete si po skončení hypnózy na nic pamatovat, jakmile však vyslovím vaše křestní jméno, vzpomenete si na vše“).

Jakýkoli posthypnotický jev může přetrvávat buď přímo z hypnózy (např. subjekt se probudí s paralyzovanou končetinou, když hypnotizér zapomněl paralyzu odsugerovat), nebo nastoupí až po skončení hypnózy. Jeho nástup může být rovněž vymezen určitým časovým obdobím (za pět minut po skončení hypnózy dostanete neodolatelnou žízeň, za tři dny mi pošlete pohlednici), nebo určeným signálem (jakmile si zapálím cigaretu, vyskočíte ze židle). Příslušný signál si může aplikovat podle návodu i subjekt sám. M. Černý (1973) opracoval tuto techniku pod názvem „posthypno-

tická sugesce autostimulačně evokovaná“. Sugerovaný účinek (např. zmírnění bolesti, tiku či jiného symptomu, uklidnění, zlepšení nálady aj.) nastoupí vždy znovu jako reakce na dotknutí se určeného „amuletu“ nebo na prostý stisk ukazováku a palce či zatnutí pěsti.

Právě v posthypnotické sugesci spočívá hlavní využití hypnózy v psychoterapii.

## 2.3 Postup při hypnoterapii

Jak vyplývá z přiřazení hypnózy k sugestivním metodám, užívá se jí nejčastěji k přímému sugestivnímu ovlivnění potíží. Připomeňme však, že může nalézt do jisté míry uplatnění i v rámci jiných psychoterapeutických přístupů, které budou probírány později: např. v abreaktivním (hypnotická psychokatarze), tréninkovém (hypnotická desenzibilizace), psychoanalytickém (hypnoanalýza), v některých formách psychoterapie interpersonální (hypnodrama) a v rámci racionálních postupů psychagogických (užívá se formulek zaměřených na pomoc při pacientově snaze o změny ve vlastní osobnosti).

Při přímém sugestivním odstraňování příznaků lze rozlišit dva základní postupy: jednorázový náhlý dramatický postup a pozvolný postup se sérií hypnotických sezení.

### 2.3.1 Náhlé dramatické odstranění příznaků

Tento postup je použitelný zejména u monosymptomů hysterického rázu, pokud se pacienta podaří uvést do hluboké hypnózy. Nelze-li hluboké hypnózy dosáhnout napoprvé, zkouší se prohlubování v následujících sezeních a s terapeutickým zásahem se vyčkává. V hluboké hypnóze se pak přímo a autoritativně příznak odsugeruje. Tak např. ležící pacient s hysterickou paralýzou dolních končetin dostane příkaz „vstaňte a chodte“. Podobně lze přikázat mutistickému pacientovi, aby mluvil, afonickému, aby křičel, pacienta s grafospazmem žádat, aby v hypnóze psal. Je možno použít i postupu nepřímého, sugerování určité situace. Pacientka s hysterickou parézou dolní končetiny, vzniklou po úleku při povodni, dostala v hluboké hypnóze sugesci: „jste na taneční zábavě, jde si pro vás sympatický tanečník, začínají hrát valčík, tanečník se vám uklání“. Pacientka vstala a tančila s halucinovaným tanečníkem halucinovaný valčík. Lze též využít regredování pacienta do doby, kdy poruchou ještě netrpěl. Je pak věcí posthypnotické sugesce, aby se ovládnání funkcí přeneslo i do bdělého stavu.

U nepříjemných senzitivních fenoménů jako parestezií, bolestí, ale i při iritačních motorických příznacích je výhodné navázat se symptomem nejprve určitý kontakt tím, že ho zintenzivňujeme, dříve než se jej pokusíme odstranit. Tak např. pacientce s psychosomatickými bolestmi v pravém hypochondriu jsme vsugerovali nejprve mnohem intenzivnější bolesti, což u ní vyvolalo živou odezvu. Pak bolest rovněž reagovala na sugesci ústupu a vymizení. Pacientce s bolestmi v krku a polykacími obtížemi v souvislosti s neopodstatněnou karcinofobií jsme nejprve vystupňovali obtíže až k neschopnosti polykání. Při odsugerování pak potíže naprosto zmizely. U tremorů lze podobně zkusit třes nejprve vystupňovat a pak redukovat.

### 2.3.2 Postupné odstraňování příznaků v sérii sezení

Není-li hypnóza dostatečně hluboká, nejsou-li předpoklady k rychlému odstranění příznaku nebo jsou-li potíže celkově více difuzního rázu, je vhodnější nepokoušet se je odstraňovat najednou, ale postupovat zvolna. V sérii sezení, prováděných asi dvakrát týdně, se používá sugescí postupného zlepšování, např. „budete stále klidnější, vaše nálada se bude zlepšovat, bolesti se budou ztrácet, budete se cítit stále líp a líp“. Doporučuje se sugesce též racionálně motivovat, spojovat zlepšení s nějakým logickým důvodem, např. „současně s řešením vaší životní situace se stávají vaše potíže zbytečnými, nepotřebnými, ztrácejí se, cítíte se stále lépe“ (metoda Bernheimova a Bechtěrevova).

Počet sezení se může pohybovat kolem pěti, deseti i více. Objevuje-li se efekt, ale není trvalý, provádíme zpočátku sezení denně nebo obden a postupně intervaly prodlužujeme až na jedno sezení za měsíc.

Zajímavý je *vztah hloubky hypnózy a terapeutického účinku*. Obvykle platí, že čím je větší hloubka, tím rychlejší a dramatictější může být účinek. Také však může být účinná i poměrně lehká hypnóza. Tyto zkušenosti vysvětlují, že např. Platonov, Stokvis a Langen a další hypnotizéři s bohatou rutinní praxí většinou nezkovali, v jakém stupni hypnózy pacient je a zda u něho vůbec jde o hypnotický stav, nýbrž spokojili se s tím, že pacient leží a má zavřené oči, a předkládali mu opakovaně a v opakovaných sezeních sugesci o zlepšování jeho stavu – často s úspěchem. (Mohu to potvrdit z vlastního pozorování Langenovy systematické soukromé hypnoterapeutické praxe.)

Skutečnost, že terapeutický účinek se může dostavit i po hypnotických sezeních, při nichž má hypnotizér či pozorovatel odůvodněný dojem, že pacient je nehypnabilní a že se navození hypnózy nezdařilo, vedla některé autory (např. Orna a Evanse) k tomu, že rozlišují terapeutický vliv hypnotického stavu a hypnotické situace. *Hypnotická situace* je určena tím, že terapeut provedl s pacientem hypnotizační postup, pacient předpokládá, že je zhypnotizován, a očekává, že hypnóza na něj bude mít léčebný vliv. Je-li ve skutečnosti nehypnabilní, uplatňuje se převážně mechanismus placebové reakce (včetně vlivu terapeutického vztahu, který se může prováděným postupem zintenzivnit). Zkušený hypnoterapeut za těchto okolností nezadává testovací sugesci ke zkoušení hloubky hypnózy, aby v pacientovi nevyvolal o jeho hypnotickém stavu pochybnosti, a zadává jen sugesci léčebné.

*Léčebné sugesce* vytváříme podle příznaků, které se snažíme ovlivnit. Snažíme-li se odstranit nevhodné návyky, můžeme s nimi spojovat odpor (např. vyvolávat nevolnost či kašel ve spojení s pitím alkoholu a s kouřením cigarety), lhostejnost, nebo se snažíme hypnotickou sugescí posilovat motivaci k překonání návyku (Nešpor doporučuje formulu „střízlivost je výhodná“). Při obezitě můžeme sugerovat snížení chuti k jídlu, pomalý způsob jedení a dosažení pocitu sytosti po konzumaci potravin dietního jídelníčku. Při koftavosti, tiku, grafospazmu a funkčních parézách můžeme zadávat nejen posthypnotické sugesce, ale provádět i v samotné hypnóze trénink příslušné funkce, usnadněný hypnotickými sugescemi. Při fobii necháváme pacienta halucinovat příslušné situace s odsugerováním strachu a napětí. Při nespavosti můžeme zkusit spojovat pomocí sugescí dokonalé uvolnění a usnutí s drobným předspánkovým rituálem (zaujetí preferované polohy, uchopení cípu polštáře). Při enuréze suge-

rujeme včasné noční probuzení s odchodem na toaletu. Můžeme zkusit celou situaci v hypnotickém spánku modelově předvést. Při neurotických depresích sugerujeme kladné stenické životní postoje a při difuzních neurotických potížích postupné celkové zlepšování zdravotního stavu. Formy sugescí a možnosti využití hypnózy u somaticky nemocných (onkologických) pacientů uvádí O. Dostálová (1986).

Je výhodné, když si terapeut při plánování hypnoterapie předem vytvoří údernou „jádrovou“ terapeutickou formulu, ve které je heslovitě vystiženo vše podstatné, která je formulována pokud možno kladně a dá se dobře zapamatovat. Tuto formulu pak během hypnózy vícekrát sugestivně opakuje ve stejném znění. Mimoto hovoříme obvykle v terapeutických sugescích o očekávaném léčebném výsledku z více hledisek a živě jej v podrobnostech líčíme. K jádrové formulce, pronášené zvláště důrazně, pomalu a jistě, se přitom opakovaně vracíme.

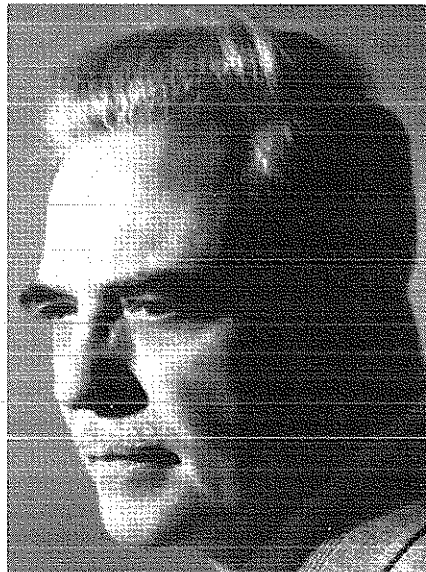
## 2.4 Ericksonovská psychoterapie

Vedle klasické či tradiční hypnoterapie se rozvinul alternativní přístup tzv. ericksonovské hypnoterapie, která podobně jako již zmiňované ericksonovské individualizované techniky hypnotizace vychází improvizovaně a tvořivě z toho, co po stránce svého chování a prožívání nabízí v hypnoterapeutické situaci sám pacient. Nejde však jen o hypnoterapii. Erickson využíval ve své praxi u četných pacientů zvláštních psychoterapeutických postupů („neobvyklou terapii“, Haley 2003), které někdy kombinoval s hypnotickým „transem“ a jindy nikoli. Tyto postupy se staly předmětem studia krátké terapie a také pracovní skupiny z Palo Alto, která poznatky využila při vypracovávání své komunikační a strategické terapie, a řady dalších odborných zájemců. Ti pak buď samostatně, nebo ve spolupráci s Ericksonem (např. Erickson

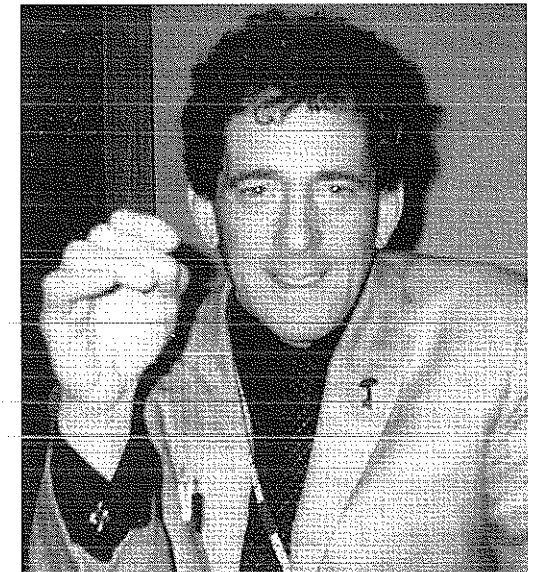
a Rossi 1979, Zeig 1980, S. a C. Lanktonovi 1983 aj.) vypracovali pojetí, kterému zajistili značnou publicitu a které můžeme právem označit jako ericksonovská psychoterapie.

Milton H. Erickson (1901–1980) vyrostl na farmě ve Wisconsinu v hornické a zemědělské rodině. Byl z dvanácti dětí, z nichž tři zemřely v dětském věku. Finance byly v rodině trvalým problémem, ale vztahy byly dobré a pevné; rodiče poskytovali dětem citovou oporu. Otec byl pracovitý a zodpovědný muž, matka oddaná a rozhodná žena. V sedmnácti letech prodělal Erickson poliomyelitidu, při níž málem zemřel. Po probírání z kómatu byl úplně ochrnutý a při rehabilitaci se musel znovu učit ovládat každý sval, mluvit i komunikovat beze slov. Usilovně se snažil následky překonat, což se mu do značné míry zdařilo. (Dříve než onemocněl, byl sportovcem a úspěšným skokanem o tyči.) Vystudoval lékařství a pracoval jako psychiatr v několika psychiatrických zařízeních, zabýval se terapií, výzkumem i výukou na lékařských fakultách a se skupinou kolegů cestovali po USA s výukovými semináři v hypnoterapii. V r. 1957 založil Americkou společnost pro hypnózu a v letech 1957–1968 byl vydavatelem jejího časopisu *American Journal of Clinical Hypnosis*. Ve svých 51 letech onemocněl podruhé poliomyelitidou a od r. 1967 byl odkázán na kolečkovou židli, zůstal však stále aktivní v terapii i výuce.

Od r. 1950 pracoval Erickson trvale v soukromé praxi ve svém domě v arizonském Fénixu, odkud se šířil jeho věhlas svérázného a velmi úspěšného hypnoterapeuta a psychoterapeuta. Pacienti i studenti a kolegové se k němu sjížděli ze všech končin. Měl rozvinutou schopnost citlivého pozorování, kterého dovedl využívat v sugestivní komunikaci, a velmi pozitivní vztah k životu. Jeho rodina byla soudržná, manželka Betty s ním spolupracovala a sloužila též často jako hypnotický subjekt. Ericksonovi měli 6 dětí. Tři z dcer, Kristina, Betty Alice a Roxana, se věnují ericksonovské psychoterapii prakticky i výukově. Jeden z významných Ericksonových žáků, klinický psycholog *Jeffrey Zeig*, založil spolu s členy Ericksonovy rodiny nadaci M. H. Ericksona, která od r. 1980 organizuje ericksonovské a jiné významné psychoterapeutické kongresy a zajišťuje publikaci ericksonovské literatury. Zeig s Munionem vydali důkladný Ericksonův životopis (1999).



OBR. 35 M. H. Erickson



OBR. 36 J. Zeig

Erickson sám teorii ani systematickou metodiku svého úspěšného postupu nepropracoval. Dá se však odvozovat především z jeho četných kazuistik, které publikoval sám nebo ti, kdo ho při práci sledovali, a z jeho komentářů k nim. Pokusíme se pro základní orientaci v ericksonovské psychoterapii postihnout čtyři významné faktory: 1. roli hypnózy, 2. individualizaci a pozitivní orientaci, 3. roli podvědomí a 4. nepřímé sugesce a neobvyklé příkazy.

### 2.4.1 Prolínání hypnózy a nehypnotické psychoterapie

V ericksonovské psychoterapii se do značné míry stírá rozdíl mezi použitím hypnózy a psychoterapií v bdělém stavu. Erickson sám říkal, že nemůže přesně určit, kde končí obvyklá komunikace a kde začíná hypnóza. Uznával přirozené transové stavy, do nichž se i v běžném životě pohružujeme a které neúmyslně vyvoláváme u druhých. Trans se tak stává pojmem poměrně vágním, bez jasných hranic, které by ho oddělovaly od normálního stavu vědomí.

Také z popisů v kazuistikách a při pozorování Ericksonovy práce s pacientem je mnohdy obtížné odhadnout, zda a kdy byl pacient v hypnóze a zda jej Erickson vůbec hypnotizoval. Přejít mezi normálním stavem a tím, co Erickson označuje za trans, je podle něj plynulý. Pacient může snadno a nepozorovaně přecházet z jednoho do druhého i bez formální hypnotizace. Taková představa odpovídá i Ericksonovým různorodým nepřesným definicím hypnózy. Hypnózu totiž Erickson vymezuje jako pohroužení se do intenzivního prožitku a stav fungování na nevědomé úrovni bez interference vědomé mysli, jako zážitkové učení a řešení problémů, jako formu komunikace mezi terapeutem a pacientem, jako interakci, v níž dochází k získání spolupráce a odstranění zábran, anebo pouze jako soustředění se na vlastní myšlenky, hodnoty, vzpomínky a názory na život.

Rovněž řada ukázek ericksonovských hypnotherapeutických sezení na ericksonovské konferenci v Mnichově v r. 1995 (Betty Alice Ericksonová, Giligan, Lankton, Lanktonová aj.) se zájemci z pléna měla charakter vlídného empatického rozhovoru a explorační klientových pocitů, problémů a přání, přičemž terapeut klienta přiležitostně vybídl, „aby vešel do transu“, a oba dále plynule pokračovali v rozhovoru. Pro pozorovatele byl rozdíl patrný jen v tom, že klient měl většinou zavřené oči a zřejmě si také některé zážitky, situace či vyjadřované problémy živě představoval. V příhodné chvíli pak terapeut zase vybídl klienta, aby se z transu vrátil do normálního stavu, a klient prostě otevřel oči. Postup obvykle nezahrnoval žádnou formální hypnotizaci nebo dehypnotizaci ani testovací sugesce, kontrolující hloubku hypnózy, takže lze stěží říci, zda bylo skutečně využito hypnózy a hypnotherapie v tradičním smyslu. To, co je důležité pro badatele v experimentální hypnóze, však nemusí být důležité v terapii. Nejde zde o to, zda pacient byl prokazatelně „v hypnóze“, ale zda na něj terapeutovo působení má žádoucí léčebný vliv.

### 2.4.2 Individualizace a pozitivní orientace

Jedním z hlavních principů ericksonovské hypnotizace, hypnotherapie i psychoterapie je využívání toho, co terapeut bezprostředně pozoruje v chování pacienta a co se od něj dozvídá o jeho prožívání. Na počátku se má terapeut zcela přizpůsobit pacientovi, vžít se do jeho způsobu myšlení a vyjadřovat jeho myšlenky. Podobně má napodobovat

jeho postoj, mimiku, pohyby, gesta a dech. Nechává se jím vést, následuje ho. Jde o vyladění se na pacienta a „srovnání kroku s pacientem“ (pacing), které pak usnadní následující „ovlivňování pacientova kroku“ (leading). Terapeut se tedy zaměřuje na to, co pacient sám nabízí, navazuje s ním kontakt na jeho úrovni a pak toho využívá k ovlivnění a dosažení změny v žádoucím směru.

Ericksonovská psychoterapie je primárně a aktivně zaměřena na dosahování pozitivní změny a není orientována na minulost. Podle Ericksona není terapeut pozorovatelem, který pacientovi interpretuje jeho chování, ale je činitelem přímo odpovědným za dosažení změny. Erickson nikdy nepoužíval interpretace typu „Povšiml jste si, že reagujete na svého šéfa podobně jako na svého otce“, které jsou typické pro dynamickou psychoterapii, ani ho moc nezajímalo porozumění příčinám současného problému. Podle něj není třeba se soustřeďovat na minulost. Ke změně může dojít, aniž člověk pochopí, proč problém vznikl. Na rozdíl od dynamických terapeutů, kteří interpretují, aby odhalili nepřijatelné city, přání a chování, Erickson pojmenovával to, co lidé dělají, kladně a tím podporoval změnu. Podle něj je třeba objevit a rozvíjet kladné stránky pacienta a napomoci jeho přirozené schopnosti zvládat těžkosti a řešit problémy.

V kazuistikách se např. uvádí, že při práci s hubeným a tělesně slabým chlapcem se mu Erickson nesnažil pomoci pochopit, že zárlí na svého statného bratra, ale pomáhal mu, aby si uvědomil, že je štuhlý a pohyblivější než jeho velký svalnatý bratr a že to má mnoho výhod. Kladl důraz na pozitivní stránku dané situace.

Lanktonová k tomu poznamenává, že terapeut a pacient spolupracují na vytvoření „automaticky se naplňující předpovědi“, která je kladná, na rozdíl od typických automaticky se naplňujících negativních předpovědí a obav. I Watzlawick a jeho spolupracovníci v MRI v Palo Alto, kteří sledovali Ericksonovu terapii a pak rozvíjeli svou vlastní formu „krátké terapie“, došli k závěru, že pomáhat pacientovi k dosažení náhledu na opakující se destruktivní vzorce interakce je neúčinné. Je třeba především přimět lidi, aby se chovali jinak a tak opustili dosavadní řešení, která jejich problémy opakují. Nové chování musí být do systému aktivně vneseno terapeutem.

### 2.4.3 Podvědomí

Terapeut dává pacientovi sugesce, že jeho nevědomí, jeho „nevědomá mysl“ zpracuje jeho problém a najde řešení nebo přinese důležité informace. Takto pojaté nevědomí stojí v přímém protikladu k freudovskému nevědomí, které je oblastí pudových tendencí a vytěsněných traumatických a konfliktových zážitků, a proto jsme pro ně navrhli v češtině název „podvědomí“ (Kratochvíl 1990), kterého v tomto smyslu v angličtině (subconsciousness) používají také Cheek a LeCron (1968). Toto podvědomí působí jako jakýsi hodný dědeček, na kterého se můžeme s důvěrou obrátit a který zařídí vše, jak má být, když ho při tom nebudeme rušit. Tato představa dobře symbolizuje to, o co se suggestivní psychoterapie snaží: obejít kritický rozum a vsunout do psychiky pacienta zdravé myšlenky a představy, které v něm budou dále působit bez účasti jeho vědomí. Obrazné vysvětlení, že *sugesce dáváme do podvědomí*, poskytuje některým pacientům přijatelný rámec zdůvodňující účinnost takového působení. *Podvědomí je kladnou životní silou, která dovede pro pacienta vše dobře zařídit. Má*



rysy samostatné moudré složky osobnosti, je moudřejší než vědomí. Je to inteligentní a pomáhající duševní zdroj. Je možno mu důvěřovat, spolehnout se na ně. Hypnóza a sugesce jsou vhodným prostředkem, jak s ním navázat spojení.

## 2.4.4 Nepřímé sugesce a neobvyklé příkazy

Při sugestivním působení, ať už hypnotickým, nebo bdělém, vsunuje Erickson léčebné sugesce do běžného rozhovoru nebo do příběhů, které mají s pacientovou problematikou nějakou podobnost. Formulace ve vyprávění, které mají sloužit jako sugesce, vyslovuje pomaleji, důrazněji, s určitou naléhavostí a sugestivní intonací. Také často místo přímých sugescí používá metafor, náznaků, obrazného myšlení nebo i nejasností, jako by tím poskytoval podvědomí jeho vlastní volbu. Někteří Ericksonovi komentátoři se domnívají, že tímto způsobem může být oslovena pravá nedominantní hemisféra a že se tak lze vyhnout obraně kriticky logického myšlení hemisféry dominantní.

Terapie zachycená v Ericksonových úspěšných kazuistikách obsahuje také řadu přímo a direktivně zadaných neobvyklých a mnohdy podivně působících příkazů a úkolů, vymyšlených pro každého pacienta zvlášť. Ohledně jejich smyslu bývá pacient ponechán v nejistotě a asi by je stěžejí přijal od terapeuta bez Ericksonova věhlasu. Weakland (1982) se v přednášce na 1. ericksonovském kongresu zmiňuje, že i on a Haley byli někdy sami zmateni Ericksonovými neobvyklými nápady.

Dvojice manželů, kteří trpěli nočním pomočováním, dostala za úkol společně se vymočit do svých postelí, dříve než půjdou spát. Enuréza přestala. U jiné dvojice, která se přijela radit s chronickým neřešitelným manželským nesouladem, poslal Erickson první den muže na túru na vysoký kopec za městem a ženu do místní botanické zahrady a druhý den naopak. Muž byl v obou případech se zážitkem spokojen, žena nikoli. Erickson to vyslechl, prohlásil manželskou terapii za ukončenou a poslal je domů. Manželé brzy zatelefonovali, že svou situaci vyřešili a dohodli se na rozvodu. Dívku, která se izolovala od vrstevníků vlivem představy, že má moc velké nohy, navštívil v bytě, kde jí jakoby omylem silně šlápl na nohu. Když dívka vykřikla bolestí, vynadal jí, že má tak malé nohy, že je dospělý muž ani nevidí. Dalšího dne se už dívka vrátila do kolektivu. Mladému muži, který se nemohl vymočit jinak, než když si u konce penisu přidržoval dutou trubici, přikázal, aby v této praxi pokračoval a postupně od trubice kousek po kousku odřezával. Za pár týdnů byla trubice zkrácena „na nulu“ a muž byl schopen močit normálně. Jinému mladému muži v konfliktní situaci doporučil, aby žil jeden rok o samotě vysoko v horách. Manželku muže, který projevoval hypochondrické obavy ze smrti na infarkt, instruoval, aby vždy, když muž začne mluvit o svých potížích se srdcem, rozložila po bytě inzerci pohřebního ústavu. Mužovy potíže přestaly (Haley 1973, 1994, Zeig 1980 aj.).

Ke zdůvodnění takových úkolů jsou Ericksonovými komentátory poskytována ex post různá vysvětlení. U paradoxních směrnic, které nařizují zhoršení příznaků, jejich záměrné vyvolávání ve větší frekvenci nebo v přehnané podobě, může mechanismus účinku spočívat v tom, že vykonáním něčeho jiného, než jsou logické postupy, které se už bezvýsledně vyzkoušely, se vnesou do dění nové zážitky a nové pohledy a záležitosti se posunou do jiné úrovně. Takových podnětů využívá strategická terapie paloaltoské školy i paradoxní terapie milánské školy (Weeks a L'Abate 1982). Podivnost a neobvyklost instrukcí může vést k rozkolísání dosavadních neužitečných ste-

reotypů v pacientově prožívání a podporovat úsilí o změnu. Prvky nejasnosti, napětí a zmatení mohou podporovat hledání, aktivovat rozhodování, podněcovat pacienta, aby usiloval o vlastní řešení.

Celkově můžeme pohlížet na ericksonovskou psychoterapii jako na tvořivou psycho-terapeutickou improvizaci, která neformálně začleňuje sugestivní a hypnotické prvky a využívá vysoké prestiže terapeuta. Domníváme se, že při inspirování se některými Ericksonovými postupy je na místě určitá opatrnost. Pokud je provádí terapeut s vysokou prestiží, mohou působit jako originální tvořivé podnětné zásahy. Pokud je napodobuje psychoterapeut bez takové pověsti, mohou působit jako projev nedostatečné odbornosti a vést pacienta k tendenci se takovému terapeutovi raději vyhnout. Rovněž Van Dyc (1982) oprávněně varuje před přebíráním některých Ericksonových přístupů, pokud terapeut není tak zkušený a slavný, jako byl Erickson.

Viděl jsem však na několika kongresech demonstrace J. Zeiga, který přístup zvládá skutečně mistrovsky, jak při hypnotizaci s úvodním „napojováním se na prožívání klienta“, tak při terapeutických postupech, které jsou klientovi „šity na míru“ a nepodávají se mu přímo, ale v „dárkovém balení“.

## 2.5 Neurolingvistické programování

Z ericksonovské psychoterapie vyrostl také nyní již samostatný směr tzv. neurolingvistického programování (NLP), vytvořený R. Bandlerem a J. Grinderem. V podivném, učeně znějícím názvu se projevuje původní povolání jeho amerických autorů. Bandler se zabýval matematikou a programováním počítačů, Grinder je lingvista. „Neuro“ v názvu prostě označuje smyslové orgány („vjemové kanály“ v terminologii autorů), „lingvistické“ označuje řeč a „programování“ znamená opakující se vzorce vnímání, myšlení a cítění.

Bandler a Grinder vyšli ze systematického pozorování terapeutické práce M. Ericksona, V. Satirové a F. Perlse. Ericksonův způsob psycho-terapeutické a hypno-terapeutické práce zajímavě popsali a analyzovali v samostatné monografii (1975a), pak si však vytvořili směr vlastní (1975b, 1979), který vlivem komerční reklamy získal určité rozšíření, a to spíše v Evropě (zejména v Německu a v Rusku) než v USA. Mimo oblast terapie pronikl do výuky manažerů a jiných profesionálních skupin pracujících s lidmi. Jeho zastánci a cvičitelé jej chápou jako model a výcvik účinné komunikační strategie pomáhající dosahování individuálních cílů s využíváním zdrojů, které má každý sám v sobě.

Praktická cvičení se napřed z ne zcela jasných důvodů zaměřují na *sledování očních pohybů*, které mají údajně odpovídat určité vjemové, myšlenkové a představové kvalitě, jinými slovy tomu, „který kanál je právě v provozu“.

Pohyb očí nalevo odpovídá údajně u praváků sluchové vzpomínce, pohyb napravo sluchové fantazii, nalevo šikmo vzhůru zrakové vzpomínce a napravo šikmo vzhůru zrakové fantazii. Pohyb nalevo šikmo dolů odpovídá vnitřnímu dialogu a napravo šikmo dolů kinestetickým vjemům, představám nebo emocím.



U různých osob převládají různé „senzorické modality“, tj. v klasické terminologii jsou typem buď převážně vizuálním, auditivním, nebo kinestetickým apod. NLP učí klienty, aby dokázali využívat všech smyslů, a to zejména se zaměřením na pozitivní zážitky z minulosti, přítomnosti i budoucnosti. Úmyslné vyvolání komplexní pozitivní představy se má „zakotvit“ pomocí nějakého signálu, např. dotekem ruky na koleně nebo sevřením ruky v pěst, který pak automaticky vyvolá tuto představu a jí odpovídající duševní stav, kdykoli toho jedinec potřebuje využít při řešení situací a úkolů.

Typ převažujícího smyslového vnímání má význam také v komunikaci, protože se odráží i ve výrazech používaných v řeči. Vizuální typ si o něčem „udělá obraz“, něco „vidí“, je mu to „jasné“ apod., zatímco sluchový používá výrazů jako „klasický“ a „harmonický“, kinestetický mluví o „tlaku“, „napětí“ a „pocitu“. Komunikace je účinnější, dovedou-li se partneři naladit na stejnou smyslovou modalitu. To platí také pro práci terapeuta s klientem.

Z postupů odpozorovaných u Ericksona si autoři vypůjčili zejména vyladování se na klientovy pocity a chování, které má usnadnit následující ovlivňování (pacing and leading) a *využívání „transu“*, změněného stavu vědomí. Ten má v klientově modelu světa způsobit žádoucí změny a směřovat ho k pozitivním cílům. Podobně jako u Ericksona zde má podvědomí pracovat v klientův prospěch. Klient se ponechá nějakou dobu sedět se zavřenýma očima, aby zatím jeho podvědomí mohlo problém zpracovat. O výsledku pak bezprostředně ví nebo také neví, což nevadí. Vstup do transu a výstup z něho má zde fungovat na pouhé vybídnutí bez tradiční hypnotizace a také se netestují tradiční znaky hypnózy.

Jedna ze základních tezí NLP zdůrazňuje, že „*mapa není totéž co skutečná krajina*“. Jedinec si na základě svých zkušeností vytvořil určitou představu o světě (mapu světa), podle které se v životě řídí, ve které však mohou být nepřiměřená zobecnění, zkreslení nebo „vynechávky“. K dosažení efektivnosti jednání může být zapotřebí mapu opravit a doplnit. Každý má přitom v sobě předpoklady, aby se pomocí uvedených metod mohl stát „ze záby princem“ (Bandler a Grinder 1979).

Problematika hypnózy je u nás důkladně zpracována v monografiích: Horvai „Hypnosa v lékařství“ (1959), Hoskovec „Psychologie hypnózy a sugesce“ (1967, nověji s Hoskovcovou 1998) a „Teorie hypnózy“ (1970), Kratochvíl „Podstata hypnózy a spánek“ (1972) a „Experimentální hypnóza“ (1999), Svoboda „Hypnotické chování“ (1987). Zajímavé podněty k úvahám o hypnóze a jejímu psychotherapeutickému využití obsahuje český překlad knihy L. Chertoka „Nepoznaná psychika“ (1986).

Praktické návody, jak provádět hypnoterapii u jednotlivých symptomů a onemocnění, jsou v příručce S. Kratochvíla „Klinická hypnóza“ (2001). O hypnóze u dětí píše též Balcar v „Dětské psychoterapii“ (Langmeier, Balcar, Špitz 1989, 2000).

Ze zahraničních knih jsou zvláště cenné monografie A. Weitzenhoffer „General techniques of hypnotism“ (1957), E. R. Hilgarda „Hypnotic susceptibility“ (1965), „Hypnosis in the relief of pain“ (s J. Hilgardovou 1975) a „Divided consciousness“ (1977) a dále rozsáhlé kolektivní kompendium experimentální hypnózy, vydané E. Frommovou a M. Nashem (1992). Užité hypnózy v terapii nejlépe shrnují práce H. Crasilnecka a J. Halla „Clinical hypnosis“ (1985), K. Olnessové a G. Gardnerové „Hypnosis and hypnotherapy with children“ (1988), J. Rhueové, S. Lynna a I. Kirsche „Handbook of clinical hypnosis“ (1993), G. Klumbiese „Psychotherapie

in der inneren und Allgemeinmedizin“ (1984), H. Kossaka „Lehrbuch Hypnose“ (1993), W. Bongartz a B. Bongartzové „Hypnosetherapie“ (2000) a D. Revenstorfa a B. Petera „Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin“ (2001).

Z velmi bohaté literatury o ericksonovské hypnoterapii a psychoterapii uvedme alespoň knihy M. Erickson, E. Rossi a S. Rossiová „Hypnotic realities“ (1976), Erickson a Rossi „Hypnotherapy“ (1979) a „Experiencing hypnosis“ (1981), J. Zeig „A teaching seminar with M. H. Erickson“ (1980), S. a C. Lankton „The answer within“ (1983), J. Haley „Uncommon therapy“ (1973, 1986, česky 2003) a M. Yapko „Trancework“ (1990). Za pozornost stojí také první a poslední z pěti sborníků z ericksonovských konferencí, redigovaných J. Zeigem „Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy“ (1982) a „Ericksonian methods: The essence of the story“ (1994). O NLP vyšel v češtině překlad knížky německého autora W. Lübecka „Spirituální NLP“ (1996).

## Kapitola 3

# Empatická a abreaktivní psychoterapie

*Empatická psychoterapie* umožňuje pacientovi, aby se otevřeně rozhovořil o sobě, ventiloval své problémy a prozkoumal rozporné i kladné stránky své osobnosti a tak se v sobě sám víc vyznal, víc se akceptoval a mohl se vhodněji samostatně rozhodovat. Uskutečňuje se formou nedirektivních rozhovorů s terapeutem vcitujícím se do pacienta a pomáhajícím mu co nejvýstižněji vyjádřit jeho pocity. *Abreaktivní psychoterapie* se speciálně zaměřuje na intenzivní vyjádření a projevení negativních emocí, zejména těch, jejichž projevení bylo v minulosti blokováno a které v důsledku toho zůstaly potlačeny či nevybity. Používá k tomu záměrného podněcování, fantazie, relaxace, hypnózy nebo i farmakologicky navozených psychických stavů, v nichž je snížena sebekontrola a podpořeno emoční prožívání nebo slovní produkce.

## 3.1 Empatické rozhovory

Terapeut se jednou nebo vícekrát týdně schází s pacientem k asi hodinovým rozhovorům, při nichž pacienta na počátku vybídne, aby hovořil o tom, co sám považuje za důležité pro své sebepoznání a zlepšení svého duševního zdraví. Pacientovo vyprávění většinou přímo neusměrňuje, ani neprojevuje souhlas či nesouhlas. Pozorně naslouchá a občas se snaží vlastními slovy vyjádřit, jak pacientovo sdělení chápe. Vhodné terapeutovy výroky lze nejlépe označit jako *zrcadlení* – co nejpřesněji vystižení pacientových myšlenek a citů. Správně probíhající rozhovor nemá obsahovat mnoho objektivních popisů vnějších událostí, ale soustřeďuje se především na to, jak pacient tyto události prožíval a prožívá. Proto i terapeut věnuje větší pozornost emoční prožitkové složce v pacientových výrocích a nepřímým tím tuto složku v pacientově dalším vyprávění podporuje. Může se přitom pokusit vyjádřit i nevyslovené pocity, které jsou v podtextu pacientova sdělení.

Pacientka: „Manžel má moc práce a nemá na mě vůbec čas. Nemá čas se se mnou bavit o věcech, o kterých bych ráda hovořila.“ Terapeut: „Cítíte se přehlížena a zanedbávána ve srovnání s jeho prací.“

Terapeut neklade otázky a neposkytuje interpretace ani rady. Snaží se pouze udržovat v chodu proces pacientova sebezkoumání a sebeobjasňování. Žádá-li ho pacient o radu, snaží se situaci zvládnout tím, že opakuje důležité myšlenky, kterými se pacient ve svém sdělení zabýval, a podporuje další objasnění problému.

Pacientka podrobně vypráví o problémech na pracovišti, které vyplývají z jejího chování ke kolegům. Zmiňuje se o odporujících si názorech svých nadřízených a ptá se: „Myslíte si, že jsem schopná, nebo neschopná?“ Terapeut odpovídá: „Vy se touto otázkou zřejmě hodně zabýváte, paní Richterová.“

Podobně terapeut nereaguje na projevy, které by u jiných lidí jistě vzbudily odpor nebo námitky. Neříká např. pacientovi, který si stěžuje na svoji manželku, že jeho manželka má jistě také dobré stránky, ani mistrovi, stěžujícímu si na podřízené, že jejich chování možná zavinuje on sám. To všechno jsou poznatky, ke kterým se pacient nejspíš později postupně stejně propracuje vlastním sebepoznáním.

Pacient má především jistotu, že se může svobodně vyjadřovat. Necítí se ohrožen kritikou ani interpretací a je postupně při dalších vyprávěních stále více připraven brát v úvahu různé aspekty svých zkušeností. Je respektován jako hodnotný člověk. Během opakovaných vyprávění o vlastních zážitcích si začíná stále lépe rozumět. Posuzování role prostředí a role vlastní osobnosti se začíná měnit jako figura a pozadí u reverzibilního obrázku.

Chování terapeuta není pasivní ani lhostejné. Je přátelské, respektující a srdečné. To, že terapeut neradí a neinterpretuje, neznamená, že stále mlčí. Slovní vyjádření terapeuta dávají klientovi poznat, že terapeut zážitky i pocity dobře chápe stejným způsobem, jako je prožívá pacient sám – dokonce je dovede lépe a přesněji vyjádřit.

Rogersova škola používá ve výzkumech procesu empatické psychoterapie různých škál k hodnocení jak stupně terapeutovy empatie, tak stupně terapeutické relevantnosti pacientových výroků (Truax a Carkhuff 1967, Tausch a Tauschová 1979, Helm 1978). Na jednom konci stojí pacientova tendence vypovídat o vnějších věcech s neochotou mluvit o sobě a připouštět osobní city a vztahy a na druhém konci bohaté sdělování vnitřních prožitků v minulosti i (a to zejména) v současnosti, přičemž si pacient otevřeně připouští a akceptuje i své méně hodnotné motivy a rozporné stránky své osobnosti. Cílem takové *sebeakceptace* samozřejmě není, aby své „akceptované“ sociálně nevhodné motivy či city realizoval ve svém životě, ale aby jim porozuměl a dovedl se s nimi na vědomé úrovni otevřeně vypořádát.

*Schopnost empatie* je některým osobám vlastní a vedení empatických rozhovorů je pro ně snadné, pro jiné však může být naopak velmi obtížné. Nevydrží naslouchat a stále mají tendenci aktivně zasahovat do rozhovoru zejména explorativními otázkami nebo komentáři a radami. Do jisté míry lze vcitování nacvičit. Terapeut se především musí naučit mlčet a trpělivě naslouchat. Může pokyvkovat hlavou, říkat „mhm, mhm“, projevovat zájem mimikou, nakláněním hlavy apod. Dále zkouší doslova opakovat některé pacientovy výroky vyjadřující pocity a postupně stále více vyjadřovat jeho pocity svými vlastními slovy a dávat tak najevo, jak pacientovým zážitkům rozumí. Může se snažit dát zřetelněji najevo pocit, který byl vyjádřen klientem

jen náznakově nebo skryt v podtextu. Zpravidla klienta ve vyprávění „následuje“, ale někdy se může pokusit ho i trochu „předběhnout“, tj. vyslovit to, co klient ještě neřekl, ale co se zřejmě chystá říct, tedy naopak dokončit jím začatou větu za něj. Může si tak ověřovat, zda klienta dobře chápe. Atmosféra rozhovoru musí ovšem zajišťovat, aby klient mohl takový terapeutův výrok opravit, pokud neodpovídá jeho vlastnímu prožívání. Za těchto okolností i vyjádření terapeuta, která nejsou zcela výstižná, mohou být užitečná tím, že podněcují klienta, aby si pocity lépe ujasňoval a formuloval je přesněji. K podpoření plynulosti rozhovoru u méně hovorného klienta může použít namísto otázky nedokončenou větu, např. „když vám to otec řekl, tak jste začala cítit...“. Způsoby prožívání klienta bývají často rozporné a terapeut má umět zrcadlit i tuto rozpornost nebo ambivalentnost, např. „na jedné straně byste ráda... ale zároveň...“.

Když si např. mladá pacientka stěžuje na své rodiče, terapeut ani nevyšetřuje okolnosti otázkami jako „Kolik je vašim rodičům let“ a „Kdo vám víc poroučí, otec, nebo matka?“, ani neprojevuje vctíření tak, že by rodiče odsoudil za jejich nevhodné chování k ní, ani neporadí „tak se od nich odstěhujte“. Vctíření vyjadřuje zrcadlením jejích zjevných pocitů, např. „máte na ně zlost“, „ráda byste odešla z domu“, „už to nemůžete vydržet“ a zároveň je citlivý na ne zcela vyjádřené pocity opačného rázu, které vyplývají z kontextu: „zároveň by bylo pro vás pohodlnější s nimi zůstat, protože ... (tam máte všechno zajištěno)“, „je vám líto je opustit...“. Za těchto okolností se pacientka postupně více orientuje ve svých ambivalentních pocitech a rozporné motivaci a může se sama dopracovat k poznání, co si skutečně přeje a jak co nejlépe zvládnout situaci z hlediska okamžitých potřeb svých i rodičů a z hlediska dlouhodobější perspektivy.

U klientů vyprávějících delší dobu spontánně se terapeut učí v určitých intervalech shrnout emoční obsah sděleného, jako by si ujasňoval, co se o prožitcích klienta zatím dozvěděl. *Shrnutí* je pak pochopitelně delší než krátké výroky v průběhu hovoru a bývá uvedeno např. slovy „Jestli jsem vám dobře rozuměl, tak jste...“.

Další podněty pro vedení empatických rozhovorů lze najít v monografii J. Vymětala „Rogersovská psychoterapie“ (1996) a Vymětala a Rezkové „Rogersovský přístup k dospělým a dětem“ (2001).

## 3.2 Princip abreakce

Abreaktivní psychoterapie se snaží zneškodnit předpokládané patogenní působení negativních emocí tím, že je nechává znovu proběhnout za terapeutických okolností. Nechává pacienta reprodukovat nebo znovuprožívat patogenní emoční zážitky (psychická traumata nebo konflikty) s odpovídajícím citovým doprovodem. Počítá se s katarzním (očistným) působením takového prožitku.

Pojmy katarze a abreakce se v psychoterapeutické literatuře rozšířily zejména po vydání Freudových a Breuerových „Studii o hysterii“ v roce 1895, které obsahují známou pasáž:

„Jednotlivé hysterické příznaky okamžitě a nenávratně zmizely, podařilo-li se vybavit k plné jasnosti vzpomínku na děj, který je vyvolal, tím také probudit afekt je provázející a když nemocný onen děj pokud možno co nejpodrobněji vylíčil a onen

afekt projevil slovy: vzpomínka bez afektu je skoro vždy neúčinná. Psychický pochod, který původně probíhal, musí být tak živě, jak jen možno, opakován, musí být uveden in statum nascendi a pak vysloven. Účinnost katarzní či abreaktivní metody tkví v tom, že ruší působnost představy původně neodreagované tím, že ji buď – v lehčí hypnóze – vtáhne do vědomí, nebo ji lékařskou sugescí odstraní, jak se děje v somnambulismu s amnézií.“

Podobné metody použil před Breuerem a Freudem již P. Janet v roce 1889 k odstranění hysterických symptomů u devatenáctileté dívky, u níž se odstranění symptomatiky sugescemi v hypnóze nedařilo. Převedel ji v hypnóze do jejích 13 let, kdy zažila silné duševní trauma. Dívka vše prožívala znovu i s odpovídajícím afektem a symptomy zmizely.

Freud přešel později od metody odreagování k metodě volné asociace a k vypracování psychoanalytické metody. Otázku abreakce však dále rozvíjeli jiní psychoterapeuti, přičemž se pojem abreakce rozšířil. Původně se chápala jako znovuprožití vytěsněného nevědomého materiálu, a předpokládala tedy přijetí hlubinně psychologické koncepce nevědomí. Později se začalo pod pojem abreakce zahrnovat i emoční znovuprožití tenzního vědomého materiálu. V tomto uvedeném širším pojetí chápeme abreakci i zde. Lze ji definovat jako reprodukci či *znovuprožití patogenních emočních zážitků s odpovídajícím citovým doprovodem v bezpečné terapeutické situaci za účelem uvolnění emoční tenze*.

Princip odreagování se v běžné formě „ventilace“ uplatňuje v řadě běžných pohovorů pacienta s lékařem. V důvěrné atmosféře za přítomnosti člověka, který s porozuměním naslouchá, se řada pacientů spontánně „vyhovoří“ a „vypláče“ ze svých minulých i současných těžkostí a pocítí pak úlevu, aniž terapeut cokoliv interpretoval, doporučil nebo předepsal. Využití tohoto principu vyžaduje vhodné prostředí a od terapeuta schopnost s porozuměním naslouchat. V řadě případů však tato situace k účinnému odreagování podstatných traumat nestačí. Speciální abreaktivní techniky pak záměrně navozují stav, v němž je pacient k abreakci zvláště disponován, zejména stimulováním emotivity a produktivity a snížením zábran i omezením racionální sebekontroly.

Chování, které má vést k odreagování, se např. někdy navozuje tak, že terapeut opakovaně, naléhavě a se stupňující se dramatičností vybízí pacienta k projevování emocí, k příslušné mimice a pantomimě, k pláči, úderům do předmětů apod. Řadu technik k odreagování agresivních pocitů popsali Bach a Bernhardová (1971). Tyto techniky zahrnují údery do polštáře, nebo vzájemné údery dvou osob speciálními měkkými palicemi („batakami“) z pěnové hmoty.

Extrémní formou abreaktivní psychoterapie je tzv. *primární terapie* A. Janova (1971), která je založena na vynuceném odreagovávání předpokládaných traumat raného dětství včetně traumatu, které představuje porod.

Před začátkem terapie zůstává pacient celý den v naprosté izolaci, aby se zvýšila tenze. Pak po tři dny denně navštěvuje terapeuta ke dvouhodinovým sezením, v nichž probírá svou minulost. Terapeut návodem k prohloubení dýchání a výkřikům, směřujícím k dosažení regrese na úroveň dětského afektivního chování, opakovaně u pacienta provokuje abreaktivní záchvaty a nutí ho, aby u svého prožívání zůstal. Pacient se svíjí na podlaze, volá „tati“,

„mami“; prožívá bezmoc, zuřivost a beznaděj, kterou v sobě od dětství ukrýval. Tyto zážitky s výbuchy dosud nevyjádřeného napětí nazývá Janov „primály“ či primární křik a pláč. Pacient takto v jednotlivých sezeních znovu prožívá různá traumata a naučí se vyjadřovat svou tenzi „primály“ namísto neurotickými příznaky. Po třech týdnech se zařazuje do tzv. postprimární terapeutické skupiny, kam dochází po dobu několika měsíců.

Janov se ve svém velmi jednostranném a zjednodušeném pojetí terapie domnívá, že se mu vynucenou abreakcí podaří zničit neurotický systém násilím, „protržením zábran“. V jeho technice se však vedle abreakce značně uplatňuje sugestivní faktor, podporovaný bombastickou reklamou a strhující dramatičností postupu. Není vyloučeno, že „odreagovaná traumata“ mohou být ve skutečnosti pouze konfabulovaná pod tlakem situace. Janovův přístup je zajímavý, ale chybí mu vědecká solidnost.

V současné době se abreakce přijímá v syntetických přístupech jako jeden z důležitých účinných faktorů v individuální i skupinové psychoterapii (Frank 1971, Yalom 1985, Knobloch a Knoblochová 1993). Objevují se i experimentální studie s kontrolní skupinou, které dokládají její specifický účinek v terapeutickém procesu (Nichols 1974).

### 3.3 Hypnotická abreakce

Pacient se uvede do hypnózy a pak se sugescí přivede k prožívání situace, která se má odreagovat. Dříve než se přistoupí k odreagování, je třeba přezkoušet pacientovu schopnost prožívat situace v hypnóze, a to nejprve sugerováním indiferentních situací, popř. lze tuto schopnost nacvičit (návěst si někdy vyžádá i několik sezení). Sugerujeme pacientovi např., že hovoří s přítelem, hraje si s dětmi, setkává se s zlého psa, sedí v kruhu své rodiny apod.

Podle hloubky a typu navozené hypnózy se může prožívání situací a pak i odreagování odehrávat trojím způsobem:

- Pacient dovede situaci slovně i pohybově přehrát při otevřených očích. Dáváme příkaz např. takto: „Jakmile se dotknu vašeho čela, přenesete se zcela do tohoto dne, kdy jste prožil... Otevřete oči, můžete se pohybovat, budete vše jasně slyšet, vše vidět, prožívat. Je ... (uvedeme den, event. hodinu a počátek příslušné situace), vedle vás stojí (příslušné osoby, které byly ve hře).“ Dáme příslušný signál a vyčkáme rozvoje pacientovy aktivity.
- Pacient je v hypnóze pasivnější. Posadíme ho proti stěně nebo mu dáme do ruky zrcadlo natočené tak, aby odraželo bílý strop nebo list papíru se sugescí: „Budete jasně vidět a prožívat vše, co se tehdy odehrálo.“ Pacient s otevřenými očima hledí na stěnu nebo na papír a halucinuje události.
- Hypnóza není dostatečně hluboká, aby během ní mohl pacient otevřít oči. Necháme pacienta ležet se zavřenými očima s příkazem „přenesete se zcela do situace (opět následuje konkrétní popis), budete vše znovu prožívat“.

Při užití techniky uvedené sub b) a sub c) pacient někdy situaci vidí nebo vnitřně prožívá, jeho prožitky mohou mít i emoční náboj, zachytitelný ve fyziologických ukazatelích, ale neprojevují se slovně, pacient mlčí. Pak je třeba pacienta povzbudit, aby

mluvil; hlasitě vyjadřoval, co prožívá. Metoda se zavřenými očima je proveditelná nejnázorněji. Pacientům s malou fantazií při návěstě někdy pomáháme sugestivním počítáním s tím, že události se budou stále jasněji vynořovat z mlhy.

Pacient buď situaci přímo prožívá jako jediná osoba, nebo ji prožívá jako pozorovatel. Výhodnější je první způsob, k intenzivní emoční abreakci však může dojít i při způsobu druhém. Tam, kde traumatizující události neznáme, ať proto, že je pacient nesdělil, nebo že si jich není vědom, můžeme navodit prožitky sugescí: „Přenášíte se nyní do dne, kdy se chorobný příznak objevil poprvé, prožíváte to, co mu předcházelo.“

Příklady: Dvaadvacetiletá pacientka prožila požár na pracovišti, při němž byla již v bezvědomí vynesena ze šatny, odříznutá ohněm od východu. Prožila tehdy stav neodreagovaného akutního strachu při ohrožení života. Od tohoto zážitku má fobii z místa požáru, není schopna vejít do šatny, trpí nechutenstvím s úbytkem tělesné hmotnosti a dalšími symptomy. Po navození somnambulní hypnózy byla převedena při zavřených očích do doby požáru. Došlo u ní k výraznému neklidu, volá o pomoc přítele, manžela, maminku, pláče nad tím, že dítě, které čeká (byla v době požáru gravidní), musí zemřít s ní, hází sebou na posteli. Po skončení prožitku se u ní objevuje únava a uvolnění. V další hypnóze byla přivedena k prožívání návštěvy v šatně v budoucnosti, kdy se již nebude bát. Na to byla navázána skutečná návštěva kritického místa v doprovodu terapeuta. Strach byl odstraněn.

Analogicky jsme provedli hypnotickou abreakci u pacientky, která od autohavárie odmítala vsednout do auta, a u pacientky, u níž se vyvinula neurastenická symptomatika po zjištění manželovy nevěry (přehrávala hovor s manželem, verbalizovala myšlenky a city, které při skutečné události potlačila). U komplikovanějších případů lze v řadě sezení přehrávat a odreagovávat jednotlivá významná životní období, události z dětství, objasňovat nevědomou motivaci.

### 3.4 Využití psychofarmak

Stav příznivý pro abreakci se navozuje jednak podáním farmak snižujících sebekontrolu snížením lucidity vědomí (narkoanalýza, inhalační anestetika), jednak farmak stimulačních mluvení a emotivitu.

*Narkoanalýza* využívá pomalé vstřikování pětiprocentního roztoku krátkoúčinného barbiturátu, např. thiopentalu. S pacientem se udržuje rozhovor až do doby, kdy se v řeči objeví mírná dysartrie. Na této hranici mezi bděním a spánkem se pak udržuje občasnou pomalou aplikací barbiturátu. Zavádí se s ním hovor na zážitky, které vedly k jeho zhroucení. Někdy stačí klíčové slovo k vyvolání bouřlivé emoční odezvy, pláče a spontánního vyprávění. Jindy převažuje utlumenost a pacienta je nutno se stále dotazovat.

*Inhalační anestetika*, kterých se využívalo k podnícení abreakce, jsou éter a trichloretylén. Tyto látky se kapaly na Schimmelbuschovu gázovou masku přiloženou na obličej a při jejich vdechování se pacient postupně dostával do stadia emočního vzrušení. Připomenutím traumatických událostí se mohlo vyvolat jejich bouřlivé odreagování. V současné době se pro zdravotní rizika od těchto postupů upustilo.

*Psychometrika* vyvolávají ve vyšších dávkách stav vzrušení, zvýšené aktivity a mnohomluvnosti se zvýšenou pohotovostí k emočním reakcím. K odreagování zde dochází za plného vědomí pacienta. U nás se využívalo zejména intravenózního podání asi 30 mg Psychotonu (amfetaminu). Technika se označuje jako psychotonové interview (Kratochvíl 1970).

Abreaktivní metody s využitím psychofarmak byly velmi populární za války k odstraňování zejména hysterických reakcí vzniklých v důsledku psychotraumaticky působících válečných událostí a sekundárně fixovaných účelovým mechanismem (snahou vyhnout se další účasti v boji). V četných případech rychle a spolehlivě odstranily příznaky. Pozdější využití v mírovém období ukázalo na jejich možnosti při odblokování značně potlačených emočních reakcí v souvislosti s různými analogicky působícími traumatickými zážitky. Postupně však popularita těchto technik poklesla a v současné době se používají spíše výjimečně. Proto též upouštíme od jejich podrobného popisu. Zájemce odkazujeme na 1. a 2. vydání „Psychoterapie“ (1970, 1976), v nichž jsou jednotlivé farmakologické techniky podrobně popsány.

V padesátých a šedesátých letech 20. století bylo v psychoterapii populární také využívání halucinogenů LSD 25 a psilocybinu. Uvedené látky vyvolávají modelové psychózy trvající několik hodin, při nichž se vyskytují pestré halucinace. *Psycholytická psychoterapie* s opakovanými malými dávkami látky využívala těchto halucinací jako prostředku k hlubšímu proniknutí do nevědomých psychických procesů. *Psychodelická psychoterapie* s vyššími jednorázovými dávkami halucinogenu usilovala o dosažení extatických zážitků, které by pacientovi umožnily *nadhled* v jeho životní problematice. Pro nebezpečí zneužívání halucinogenů se od jejich výroby i od léčebného využití upustilo. V uváděném období se s nimi získaly pozitivní zkušenosti i u nás, které jsme rovněž uvedli v 1. a 2. vydání „Psychoterapie“ (1970, 1976). Specifické zkušenosti S. Grofa s vyvoláváním perinatálních a transpersonálních zážitků jsou popsány v jeho publikacích „Dobrodružství sebeobjevování“ (1992) a „Za hranice mozku“ (1992). T. Leary zachytil osobní zkušenosti s halucinogeny ve své autobiografii „Záblesky paměti“ (1996).

# Relaxační a imaginační psychoterapie

Do této kapitoly zařazujeme metody využívající svalovou relaxaci, koncentraci, autosugesci a řízené představy, a to jak samostatně, tak ve vzájemné kombinaci.

## 4.1 Autogenní trénink

Autogenní trénink je, alespoň v Evropě, nejrozšířenější tréninkovou metodou založenou na relaxaci. Relaxační metody vycházejí z poznatků o vzájemné souvislosti mezi třemi faktory: psychickou tenzí, funkčním stavem vegetativní nervové soustavy a napětím svalstva. Jelikož tonus kosterního svalstva lze vůlí měnit, je zde dána možnost využití záměrné svalové relaxace k dosažení psychického uvolnění i k ovlivnění orgánových funkcí, řízených vegetativní nervovou soustavou. Relaxovaný stav při omezení zevních podnětů s pohroužením se do duševního klidu je zároveň vhodný pro autosugestivní ovlivnění, jehož účinky při častém opakování přesahují a umocňují dosah prosté relaxace.

Metodu autogenního tréninku vypracoval berlínský neurolog a psychiatr J. H. Schultz (1884–1970), který vedle analytických přístupů zdůrazňoval význam tzv. aktivně klinických metod: hypnózy, sugesce, relaxace a tréninku. Napsal několik monografií o neurózách, psychoterapii a hypnóze. Jeho kniha o autogenním tréninku se za jeho života dočkala třinácti vydání. Při vypracování této metody vyšel mj. ze svých zkušeností s hypnózou, ze znalostí jogínských cvičení a současně ze znalostí evropské (zejména německé) mentality. Autogenní trénink je metoda krátkých, ale pravidelných a důsledně pokračujících systematických cvičení.

Autogenní trénink má široce použitelný nižší stupeň (standardní cvičení) s navazujícími individuálními formulkami a poněkud složitější vyšší stupeň, který je formou řízené imaginace.



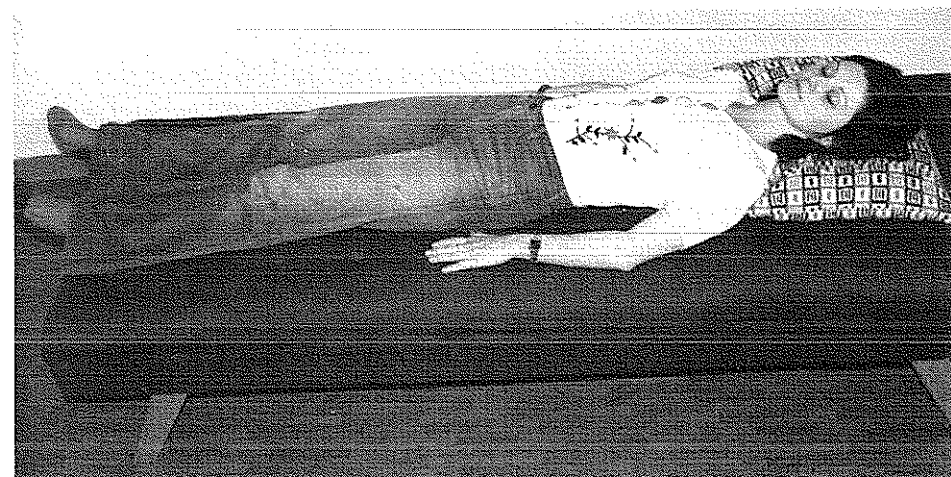


OBR. 37 J. H. Schultz

#### 4.1.1 Standardní cvičení

Jádrem nižšího stupně je 6 postupně nacvičovaných úkolů, při nichž se dosahuje uvolnění v různých částech a orgánech těla ve spojení s koncentrací na příslušné subjektivní pocity. Přepokladem je zvládnutí celkové svalové relaxace, při níž se cvičenec koncentruje na myšlenku „jsem zcela klidný“. Oči cvičícího jsou zavřeny, vhodnou polohou je pohodlná poloha vleže, sezení ve vysokém křesle nebo „poloha drožkáře, sedícího na kozlíku“. Cvičení postupují v tomto sledu:

1. Cvičení tíhy: vyvolává se představa tíhy nejprve v dominantní paži, tedy u praváku zní formulka „pravá ruka je těžká“. Pocit tíhy se později rozšiřuje do druhé paže i do dolních končetin, až je konečně možno při pouhé představě „tíha“ zřetelně pociťovat tíhu v celém těle.
2. Cvičení tepla: začíná se opět koncentrací nejprve na dominantní ruku s představou „pravá ruka je teplá“, což je spojeno s relaxací periferních cév. Přechází se k formulcím „levá ruka je teplá“, „obě ruce jsou teplé“, „nohy jsou teplé“. Posléze má být na signál „teplo“ dosaženo výrazného proteplení celého těla.
3. Regulace srdeční činnosti: subjekt se má naučit pociťovat klidný tep svého srdce. Nejprve si pravou rukou nahmátne tep v krajině srdeční a soustředí do této oblasti myšlenku „srdce tluč klidně a silně“. Po nácviku má cítit klidný pulz i bez přiložení ruky.
4. Koncentrace na dech s myšlenkou „dech je zcela klidný“, aniž dochází k nějaké volní manipulaci s dechem. Subjekt se má spíše dechu poddat, jak je to zdůrazněno v alternativní formulaci „dýchá mne to“ („es atmet mich“).
5. Regulace břišních orgánů: subjekt se soustředí na oblast plexus solaris s myšlenkou „do solárního plexu proudí teplo“. Tuto formulaci lze nahradit běžnějším výrazem „do břicha proudí teplo“.

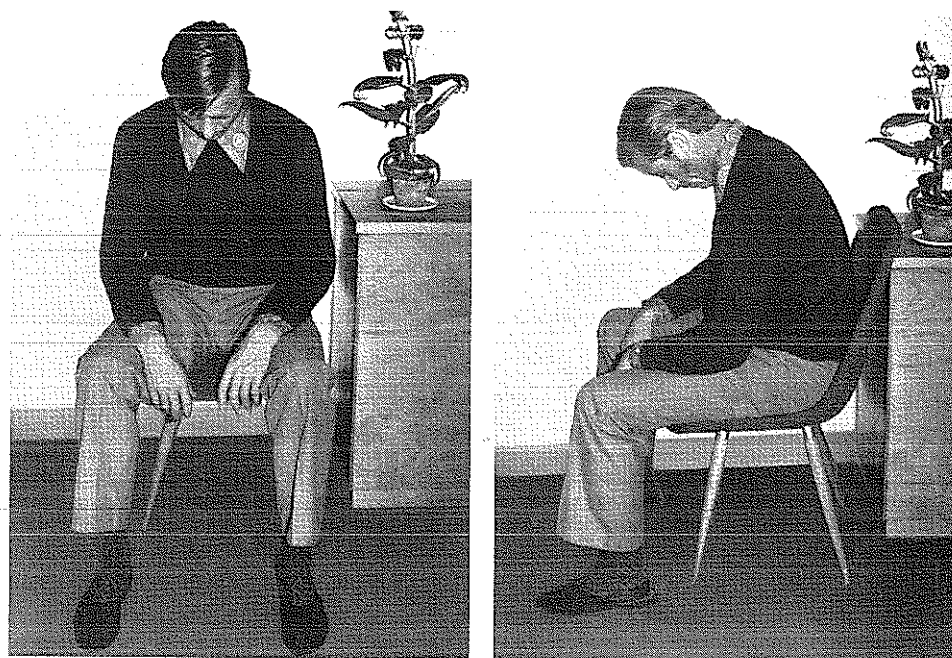


OBR. 38 Autogenní trénink vleže

6. Koncentrace na oblast hlavy s myšlenkou „čelo je příjemně chladné“. Lze si představit chladný vánek ovívající čelo.

Cvičení provádí pacient třikrát denně, a to 3–5 minut. Později se cvičení mohou prodloužit na čtvrt hodiny. Končí se vždy odvoláním relaxace za použití energicky vyslovených formulek „paže napnout, zhluboka dýchat, otevřít oči“, spojených s několika energickým zacvičením pažemi. Pouze před spaním je možno nechat relaxaci plynule přejít ve spánek. Nácvik jednotlivých úkolů trvá obvykle asi 14 dní, takže na nácvik celého nižšího stupně se počítá se třemi měsíci. Pravidelné cvičení má vést již samo o sobě k trvalému uklidnění, zvyšování výkonnosti a odstranění některých neurotických symptomů.

Při našem nácvikovém postupu, prováděném skupinově, zařazujeme koncentraci na dech před koncentrací na srdeční činnost, protože je snazší. Koncentraci na srdeční činnost často vynecháváme, jelikož někteří pacienti mohou zpozorované nepravidlosti srdeční činnosti hypochondricky zpracovávat. V úvodních sezeních usilujeme o dokonalé cvičení relaxace, která některým lidem činí potíže. Vysvětlujeme, že svalstvo bývá dokonale relaxováno ve spánku nebo v bezvědomí: zvedneme-li relaxované osobě ruku, ruka neklade odpor a bezvládně se pohybu poddává, pustíme-li ji, padá dolů, a to pouze vlastní vahou. Doporučujeme, aby si pacient na instruktorově ruce přezkoušel, kdy je relaxace správná a kdy nesprávná. Pokoušíme se nacvičovat uvolnění i tím, že je konfrontujeme s napětím, např. žádáme, aby pacient držel ruku před sebou napjatou co nejkřečovitěji a pak ji na daný pokyn „pustil“. Pak přecházíme k nácviku „pasivní koncentrace“, soustředění bez zbytečného úsilí: „odběhnou-li myšlenky, nevaří, když to zjistíte, zase je klidně a nenásilně vraťte zpět“. Má-li pacient dobrou imaginativní schopnost, doporučujeme, aby si obsah formulky co nejplastičtěji představil (např. při cvičení tepla využil představu, že ruku hřeje slunce či radiátor topení), má-li chudou představivost, doporučujeme, aby si formulku vnitřně stále dokola mechanicky odříkával (aniž by ovšem přitom pohyboval rty). Zdůrazňujeme, že nevaří, když se pocit nedostavuje. Není třeba se zneklidňovat ani cvičení prodlužovat. Objevení pocitu není výsledkem



OBR. 39 [a, b] Poloha při autogenním tréninku vsedě

délky jednotlivého cvičení, nýbrž výsledkem frekvence a pravidelnosti cvičení. Průběh nácviku si pacient zapisuje do předtištěného záznamu, z něhož má být patrné, kolikrát za den cvičil a jaké pocity se objevily.

Při nácviku každého dalšího cvičení začíná pacient vždy provedením cvičení již zvládnutých. Po dokonalém zvládnutí cvičení není třeba opakovat formuley celé, stačí vybudovat si souhrnnou představu, např. „tíha“, „teplo“, „dech“ atd. Po vyvolání všech představ se má člověk nacházet v klidném relaxovaném stavu s uvolněnými údy, protepleným tělem a chladným čelem, nevzrušený, odolný a vyrovnaný. J. H. Schultz dává pocitům i symbolický význam: na konci cvičení má člověk cítit „vřelé srdce a chladnou hlavu“.

#### 4.1.2 Individuální formuley

Po zvládnutí standardního cvičení se lze zaměřit na žádoucí nebo nežádoucí vlastnosti a příznaky individuálního případu přímo: pacient si v koncentrovaném pohroužení do sebe představuje žádoucí zásady jako skutečnost a autosugestivně si je vštěpuje v individuálně vytvořených formulkách („formelhafte Vorsatzbildung“ podle Schultz). Lze rozlišovat fyziologicky zaměřené formuley a intencionální formuley.

a) *Fyziologicky zaměřené formuley*: směřují k posílení účinků navozovaných již standardním cvičením, přičemž jsou specificky zaměřeny na funkci orgánů, v nichž

pacient pocituje obtíže. V souladu s principy autogenního tréninku může být jejich tématem tíha, teplo, chlad nebo automaticnost tělesné funkce. Tíha se používá při odstraňování symptomů spojených s tenzí, teplo u nedostatečného prokrvení, chlad při svědění, bolestech a jiných nepříjemných pocitech.

Uvedme pro ilustraci některé příklady speciálních formulek, uváděných Luthem u psychosomatických a organických poruch. U ulcerózní kolitidy „dolní část břicha je teplá“, u obezity „jsem klidný, spokojený a sytý“, u anginy pectoris „teplo v levém rameni“, u migrény velmi opatrně „čelo je mírně chladné“, u astmatu současně s vydechováním chladného vzduchu ústy „krk je chladný“, „hrudník je teplý“ a „dýchám klidně a pravidelně“. Luthé nedoporučuje používat formuley, které zvyšují krevní zásobením v kranální oblasti. U žaludečních vředů a gastritid se nedoporučuje cvičení tepla v břiše, protože zvyšuje peristaltiku, překrvení žaludeční sliznice a hyperaciditu.

b) *Intencionální formuley*: jsou orientovány na změnu duševních funkcí, postojů nebo chování. Mohou být neutralizující, zaměřující nebo posilující.

*Neutralizující formuley* mají odstranit rušivou koncentraci na tělesné nebo duševní pochody, např. u halbutika „pozornost lidí je mi lhostejná“, u anankasta „nutkavé myšlenky jsou mi lhostejné“.

*Zaměřující formuley* vytvářejí pozitivní zaměření, protikladná patickým, např. „svět je zajímavý a pěkný“ u depresí, „zajímají mě lidé kolem“ u tendencí egocentrických a hypochondrických.

Při odstraňování nevhodných návyků, zejména alkoholismu a kouření, se doporučují nejprve neutralizující formuley, vytvářející lhostejný postoj k příslušné návykové činnosti, např. „cigarety jsou mi lhostejné“, „alkohol je mi lhostejný“. Schultz pak doporučuje přidávat formuley „na každém okamžiku záleží“, „je mi zcela lhostejné, že jiní pijí alkohol“, nebo spojit „jiní pijí, mně je alkohol lhostejný“. Vlastní abstinenci formulkou je např. „vím, že se za všech okolností vyhnu každé kapce alkoholu“.

*Posilující formuley* podporují motivační tendence směřující k dosažení žádoucích vlastností, např. „dovedu se prosadit“, „řeším věci rázně a rychle“, „jsem energický a rozhodný“, „ovládám své jednání“, „jsem přátelský“, „dovedu pochopit druhé“.

Formulka má být krátká, jasná a pokud možno kladná. Tak např. při odstraňování strachu se obvykle nepoužívá formulace „nebojím se“, ale spíše „jsem klidný“, „jsem odvážný“, popř. se formulka ještě více specifikuje. Tak člověk trpící trémou může např. nacvičovat „jsem zcela klidný při vystoupení“ nebo „jsem jistý před lidmi“. Podobně u enuréz je vhodnější formulka „vzbudím se při potřebě močení“ než „nepomohu si“. Je třeba zdůraznit, že při nácviku intencionálních formulek se neuplatňuje vůle, nýbrž, stejně jako při všech formulkách v autogenním tréninku, představa a autosugesce. Proto ani jejich nacvičování nemá být spojeno s mobilizací vůle a s napětím, nýbrž s pohroužením se do příslušné představy nebo s mechanickým přemíslením formulky v duchu. Využívá-li se autogenního tréninku k ovlivňování nespavosti, nedoporučují se formuley „chci usnout“ nebo „musím usnout“. Před spaním se provede běžné cvičení, po němž následuje formulka „jsem zcela klidný, odpočívám“, pak se v mysli nechají volně probíhat různé příjemné a uklidňující vzpomínky (prázdninový pobyt v lese či u vody apod.) a člověk setrvává v tomto stavu s navozeným pocitem, že odpočívá stejně dobře, jako kdyby spal. Tento psychický stav umožňuje snazší přechod do normálního spánku než úsilí o usnutí.

Schultzův autogenní trénink má ještě svůj „vyšší stupeň“, autogenní meditaci, který uvádíme v souvislosti s technikami řízené imaginace.

### 4.1.3 Zkušenosti s autogenním tréninkem

V průběhu nácviku jednotlivých cvičení může někdy docházet k *výskytu různých vedlejších rušivých příznaků*, jako jsou parestzie, vnitřní chvění, úzkost, různé zrakové fenomény, bolest, nauzea, palpitace, nepříjemné pocity v srdeční nebo žaludeční krajině apod. Tyto jevy jsou většinou považovány za nežádoucí a za komplikace. Někdy se považují za přechodné a rychle mizející stadium nácviku, někdy za důsledek chyb v technice, zejména nedostatečné relaxace, někdy za individuálně podmíněné reakce, vyžadující vynechání příslušného cvičení.

Někteří pacienti nacvičí snáze určité pocity a jiné pocity se jim nacvičit nedaří. Bouchal, Robeš a Sekaninová (1971) na psychiatrické klinice v Brně věnovali pozornost výskytu kombinací úspěšně nacvičených pocitů a popsali je jako tzv. *individuální variace autogenního tréninku*. Nejčastěji nacvičenou individuální variací je kombinace tíha + teplo + dech + srdce, na druhém místě tíha + teplo + dech. Brněnští autoři doporučují zůstat u dalšího procvičování úspěšně zvládnutých pocitů a vynechat cvičení, která se nedaří.

Autogenní trénink vyžaduje normální úroveň inteligence a ochotu ke spolupráci. Klade značné *nároky na vytrvalost pacienta* i terapeuta. Individuální provádění je časově náročné a úspěch je závislý především na vytrvalosti pacientů, která je obvykle malá, a je navíc oslabována tím, že při nacvičování nejsou zpočátku zpravidla vidět bezprostřední terapeutické výsledky. Proto doporučuje např. Bouchal zavádět autogenní trénink u nemocných s rysy důkladnosti, se sklonem k sebepozorování a s tendencí k práci na sobě. Zdá se též účelné provádět metodu skupinově a ambulantně. Je nutno volit takovou organizaci cvičení, při níž se stále obnovuje motivace a dosahované výsledky se řádně kontrolují. Největší naděje na uplatnění má podle našeho názoru na ambulancích ve větších městech při výběru pacientů přímo z místa, přičemž je žádoucí rozvrhnout sezení, prováděná jednou až dvakrát týdně, do jejich mimopracovní doby. Vždy je nutno počítat s řadou předčasných přerušení a zabránit jejich negativnímu vlivu na ostatní.

Za zmínku stojí i *stanoviska k roli heterosugesce* v nácviku. Autoři přidržující se striktně Schultzovy techniky míní, že terapeut má při autogenním tréninku vystupovat pouze v roli instruktora, tj. vést pacienty od počátku k samostatné koncentraci na formulky a neprovádět sugestivní předříkávání formulek. Jiní mají za to, že užití heterosuggestivních prvků může nácvik u řady osob urychlit, aniž by to nutně mělo rušivý vliv na průběh pacientova samostatného nácviku.

Zkušenosti se liší též podle individuality pacientů. Některé pacienty efekt heterosugesce povzbudí k úspěšnému vlastním nácviku, do něž se heterosugesí dosažené pocity přenesou. Jiní se cítí zklamání, když se jim samostatné cvičení nedaří stejně dobře jako cvičení vedené terapeutem. Fixují se někdy na hlas terapeuta a dožadují se aspoň magnetofonové nahrávky pro své domácí cvičení. (Zpravidla jim vyhovíme a dovolíme, aby si postup na přinesenou kazetu nahráli.) Jiné pacienty terapeutův hlas ruší, vyžadují vlastní tempo a je jim

příjemnější, když terapeut cvičení jen zahajuje a ukončuje, popř. určuje přechod od jedné představy k druhé. Totéž očekávají od magnetofonové nahrávky tam, kde se v lůžkových zařízeních nahrávka pouští k pravidelným cvičením pacientům na pokojích.

Přechody mezi autogenním tréninkem, sugescí a hypnózou jsou plynulé. Popsali jsme využití předběžného nácviku autogenního tréninku k usnadnění navození hypnózy u pacientů zprvu málo hypnabilních. Naopak pacienty, u nichž byla úspěšně prováděna hypnoterapie, ve které se nemůže již z časových nebo jiných důvodů pokračovat, nebo kde vzniká nežádoucí závislost na terapeutovi, převádíme někdy na cvičení autogenního tréninku. Jindy se autogenní trénink a hypnóza považují za metody volby. Nespornou předností autogenního tréninku oproti hypnóze je aktivita pacienta při dosahování terapeutických výsledků a skutečnost, že po nacvičení má metodu k dispozici pro vlastní samostatné použití, kdykoli je potřeba.

Klasický nácvik autogenního tréninku má charakter *sukcesivní*: k nácviku dalšího cvičení se přistupuje až po zvládnutí cvičení předcházejícího. Stále častěji se však zkouší i *nácvik simultánní*, kdy se všechny položky od začátku nacvičují najednou. Bývá to někdy organizačně vynuceno skupinovým nácvikem tam, kde nelze zajistit uzavřené skupiny cvičících a kde v jedné skupině spolu cvičí pacienti na různé úrovni pokročilosti. Společný postup pak trvá asi 10 minut a zahrnuje všechny položky. Takto cvičíme autogenní trénink řadu let v Kroměříži s uspokojivými výsledky. Jak ukazuje orientační výzkum Bouchala, Kuklety, Pílaře, Robeše a Sekaninové, neliší se výsledky při analogické době trvání od nácviku sukcesivního (1975).

Terapeuticky účinná může být jednak koncentrační relaxace sama, jednak následné formulky, přímo nebo nepřímě zacílené na symptomy. Autogenní trénink lze využít i v terapii zaměřené na ovlivnění chybných postojů, zjištěných psychoterapií spíše analyticky zaměřenou. Závěry z ní si může pacient po zvládnutí relaxace účinně vstoupit ve formě autosuggestivních formulek. Formulovaných předsevzetí lze rovněž užít jako účinné pomoci pro pasivní adaptaci v chronicky tenzních, aktivně neřešitelných situacích.

### 4.1.4 Jiné relaxační techniky

Zatímco v Evropě má jednoznačně přednost autogenní trénink, v anglicky mluvících oblastech má delší tradici metoda progresivní relaxace, vypracovaná E. Jacobsonem (1948) z Chicaga. Využil jí i J. Wolpe jako postup pro navození výchozí relaxace ve své metodě systematické desenzibilizace. U nás navrhl a ověřil M. Machač (1976) relaxačně aktivační nácvikový postup, který kombinuje relaxaci s psychickou aktivací. Aktivační fázi relaxačního cvičení propracovali také v Rusku, zejména pro trénink sportovců (Filatov 1979).

*Progresivní relaxace* nepoužívá představ a autosuggestivních formulek jako autogenní trénink. Jde pouze o svalové uvolňování, které se však cvičí velmi důkladně a postupně v jednotlivých částech těla. Nácvikový postup se rozděluje do šesti lekcí:

1. V první lekci se pacient nejprve naučí rozlišovat pocit tenze a pocit relaxace ve svalu. Má nejprve jednou rukou sevřít opěradlo židle a sledovat pocity v předloktí. Dále uchopí terapeut pacienta za zápěstí a žádá jej, aby se snažil ruku zvednout. Přitom si má pacient uvědomit napětí v bicepsu. Pak jej terapeut dále drží za

zápěstí a žádá, aby táhl ruku opačným směrem. Upozorňuje jej na pocity v extenzorech paže. Pak jej nechá napnout biceps a ihned nato co nejvíce relaxovat. Při tom nechává pacientovu ruku klesat. Nato se pacient cvičí v intenzivní relaxaci uvedených svalových skupin, až dovede relaxovat současně všechny svaly na paži i předloktí.

2. Ve druhé lekci pacient cvičí relaxaci svalů na hlavě. Nejprve jsou na řadě svaly obličejové. Krčí čelo a pak je uvolňuje. Má se 10 minut snažit uvolnit čelo co nejvíce. Pacienti obvykle referují o spontánně vznikajících pocitech strnulosti. Poté si pacient uvědomuje svaly nosu. Má krčit nos a svaly úst. Dále skousne zuby a tím napne masetery a temporální svaly. Poloha rtů je důležitý indikátor úspěšné relaxace dýchacího svalstva: je-li relaxováno, rty jsou několik milimetrů od sebe.
3. Ve třetí lekci se pozornost zaměřuje na svaly jazyka, jejichž koncentraci pacient pocituje, když tlačí špičku jazyka proti zadní stěně řezáků. Pak pacient aktivně otvírá ústa a uvědomuje si svaly infrahyoidní. Všechny tyto svaly pak relaxují. Dále se v této lekci upozorní na napětí vyvolávané ve svalech oka a krku a věnuje se čas jejich relaxaci.
4. Ve čtvrté lekci se pacient zabývá svaly ramene.
5. V páté lekci se pacient věnuje relaxaci svalů zádových, hrudních a břišních.
6. V šesté lekci se nacvičuje relaxace prstů na rukou a nohou.

Při nácviku relaxace pacientům značně pomáhá, koordinují-li relaxaci různých svalů s automatickou relaxací svalstva dýchacího, ke které dochází při normálním výdechu. Mimo sezení má pacient doma půl hodiny denně cvičit relaxaci zadaných svalových skupin.

*Relaxačně aktivační metoda* M. Machače (1974) pracuje rovněž s obsahově prázdnou relaxací. S postupným uvolňováním svalstva se snaží o vyprázdnění vědomí. Během jednoho cvičení se třikrát střídá plné psychické uvolnění, trvající několik minut, s kratší aktivační fází, trvající půl minuty až minutu. V aktivační fázi zůstává cvičící osoba svalově relaxována, ale současně záměrně mění stav duševního uvolnění v pocit napětí a kladného citového vzrušení. V tomto aktivizovaném stavu se také cvičení ukončuje.

*Mobilizující část autogenního tréninku*, kterou ruští autoři (Filatov 1979) připojili k nácviku standardních cvičení Schultzova autogenního tréninku, nahrazuje formulky úhy a tepla formulkami lehkosti a chladu a připojuje autosugesce připravenosti k výkonu: „Jsem příjemně vzrušen. Jsem jako napjatá pružina, připravená okamžitě se vymrštit. Jsem připraven jednat. Dosáhnu určeného cíle.“

## 4.2 Řízená imaginace

Metody řízené imaginace navrhuji pacientovi určité obrazy, motivy či témata, u nichž má ve vnitřním pohroužení určitou, zpravidla delší dobu setrvat. Postup může podle teoretické orientace autora sloužit buď k sebezdokonalování se zaměřením na budoucnost, např. meditováním o životním poslání, vztazích k lidem a hodnotám, nebo spíše k analytickému odhalování méně vědomých motivů vlastního jednání a skrytých konfliktů.

### 4.2.1 Autogenní meditace

Autogenní meditace, jak se také označuje Schultzův vyšší stupeň autogenního tréninku, spočívá v dovednosti vyvolat si a udržet živé představy určených předmětů, osob a dějů a ve využívání této dovednosti k dalšímu meditativnímu setrvávání u osobně významných témat. Vyšší stupeň autogenního tréninku je jednou z technik řízené imaginace, kterých se může používat k sebezdokonalování i k hlubšímu sebepoznání.

Vyšší stupeň autogenního tréninku vyžaduje nacvičovat schopnost setrvání v relaxovaném pohroužení do sebe až hodinu. Přejdem k němu je nácvik volného udržení rotace bulbů nahoru a dovnitř, tedy pohled jakoby zevnitř do středu čela. Cvičení vyššího stupně si můžeme pro přehlednost shrnout do šesti bodů:

1. Koncentrace na zážitek barvy: subjekt se má naučit vyvolat si před duševním zrakem amorfní barvu, nejprve tu, která se mu sama objeví, později barvy podle přání.
2. Vyvolání živé představy určitých předmětů – nejprve konkrétních, později abstraktních až symbolických.
3. Zpřítomnění si různých vlastních zážitků, zejména takových, v nichž se odráží intenzivní citový vztah.
4. Vyvolání si obrazu určitých osob, přičemž jde jednak o uvědomění si vztahů k nim, jednak o získání schopnosti vcítění se do druhého.
5. Kladení si otázek s očekáváním vnitřních prožitků jako „odpovědi z nevědomí“. Doporučují se zejména otázky objasňující postoje k různým kategoriím hodnot (Smysl života? Co si přeji? Jsem dobrý? Co dělám špatně?).
6. Na vyřešení předchozího úkolu navazuje vytvoření formulovaných předsevzetí a jejich vstřípení podobně jako v nižším stupni, jenže zde jsou podstatně abstraktnější. Jde o formulování určitých základních životních hesel podle požadavků na zdokonalení vlastní osobnosti.

Schultzův žák K. Thomas (1967) navrhuje pro meditaci symbolická témata, jako např. „výstup na horu“ (cestou se vystupující setkává s moudrým starcem) a „sestup do hlubiny mořské“ (sestupující má s sebou kouzelný prsten a kouzelnou hůlku, pomocí nichž může splňovat různá přání). Vyvolané prožitky dávají možnost hlubšího pochopení motivů, způsobů dosahování životních cílů, poznání nevyužitých možností a předpokladů ke změně.

Kromě klasického Schultzova návodu k vyššímu stupni, který požaduje dlouhodobé, postupné, individuální a systematické nacvičování, existuje tendence přejít rychle ke složitějším symbolickým obrazům a scénám a využít jich jako projekčního materiálu při práci s jedincem i se skupinou. Mnohé osoby jsou už po částečném zvládnutí nižšího stupně (nebo i bez něj) schopny prožívat dostatečně živě řetězce imaginačních obrazů, zejména dějů osobně významných a emočně zabarvených. Ve skupině pak mohou členové o obsahu svých prožitků diskutovat a vzájemně je konfrontovat. Získává se tím cenný materiál pro sebepoznání i poznání druhých. K těmto účelům u nás techniku ve výcvikových psychoterapeutických kurzech opakovaně vyzkoušel M. Bouchal (1970).



Při skupinovém využití projekční hodnoty autogenní meditace může být postupu věnováno celé sezení, přičemž v první části zadá terapeut členům pohrouženým do autogenní relaxace postupně několik témat (na každé se počítá 5–10 minut; celkové trvání meditační části je asi půl hodiny). V další části pak členové o svých prožitcích diskutují, popř. si je předem zapisují. Jindy se používá pouze řízené imaginace s jedním tématem jako úvodu ke skupinovému sezení, popř. se kombinuje s projekčním kreslením – malováním hlavních dojmů z autogenního prožitku.

S Bouchalem a Hájkem jsme pro skupinovou psychoterapii navrhli i tzv. interakční variantu autogenní meditace, v níž jsou symbolická témata volena tak, aby podněcovala projekci nejen osobní problematiky jedince, ale i vztahů ve skupině, např. „výstup na horu se skupinou“, „skupina na poušti“, „boj skupiny s drakem“ a „kouzelník proměnil skupinu ve zvířata“. Může se ukázat, jaké jsou cíle a normy skupiny, kdo ve skupině zaostává a kdo vede, jaká je koheze, tenze, podskupiny a role.

Některé osoby se ovšem bez systematického nácviku do imaginace pohroužit nedovedou, a chtějí-li se ji naučit účinně používat, je pro ně klasický Schultzův nácvik nezbytný.

## 4.2.2 Katatymně-imaginativní psychoterapie

H. Leuner (1970, 1975) vypracoval z imaginativní techniky, označované původně jako „katatymní prožívání obrazů“, postupně variantu krátkodobé psychoterapie s psychoanalytickou orientací, která probíhá obvykle v 15–20 sezeních a kterou můžeme označit jako katatymně-imaginativní psychoterapii. Leuner žádá relaxovaného pacienta, aby si představoval určité obrazové motivy sloužící jako krystalizační jádro pro vytváření živých představ, jež mají symbolický význam. Na rozdíl od autogenní meditace, při níž klient sděluje obsah svých prožitků až po proběhnutí a ukončení celého zážitku nebo si vůbec cvičí jen sám pro sebe, připomíná katatymně-imaginativní psychoterapie psychoanalytickou situaci. Pacient je vybízen, aby obsah navozeného denního snění bezprostředně sděloval terapeutovi sedícímu vedle něj. Terapeut může přitom svým vyjadřovaným porozuměním a svými podněty další směr i obsah pacientova snění ovlivňovat. Očekává se, že se v prožívaných obrazových dějích projeví jak současné emoční problémy, tak jejich nevědomé kořeny sahající do raného dětství.

Pacientova schopnost imaginace se nejprve přezkouší „testem květiny“. Má si představit nějakou květinu a podrobně ji popsat. Pak již mohou následovat motivy základního stupně, který začíná představou louky. Po vyvolání představy žádá terapeut popis podrobností, např. jednotlivostí krajiny, a ptá se, co by pacient v představované krajině rád dělal, jaké ladění krajina vyjadřuje apod., a podněcuje k dalšímu sdělování.

Témata jsou rozdělena do tří stupňů, základního, středního a vyššího. Ke standardním motivům základního stupně patří:

1. motiv louky,
2. motiv potoka s výzvou sledovat ho buď proti proudu až k prameni, nebo naopak od pramene až k ústí,
3. motiv hory, která se má pozorovat napřed z dálky a pak se má na ni vystoupit a vrátit se zpátky,

4. motiv domu, který se má uvnitř celý prohlédnout od půdy až po sklep,
5. motiv okraje lesa s pohledem do temnoty lesa z louky, aby bylo možno nechat z lesa vystoupit symbolické postavy.

Symbolika pramene má vztah k narození a k mateřskému prsu, putování po proudu k životním překážkám, podobně jako výstup na horu, který se také vztahuje k dosahování životních cílů. Rozhled z vrcholu může být ohlédnutím za minulostí a očekáváním budoucnosti, návrat dolů může být vnímán jako sociální sestup nebo návrat do „všedního života“. Dům bývá prožíván jako znázornění vlastní osoby, kterou pacient zkoumá v různých pokojích či patrech. Pohled do lesa může znamenat úvodní konfrontaci s nejasně uvědomovanými konflikty a přáními, které tím, že v roli symbolických postav vystoupí z temnot na světlo, mohou být uvědoměny a přijaty.

Ve středním stupni se v představách rozvíjejí motivy osob, které jsou nebo byly pro pacienta významné (často jsou to otec a matka), motivy sexuality symbolizované šipkovým keřem nebo autostopem, motivy agrese podněcené např. představou lva, a motivy ideálu.

Vyšší stupeň má další čtyři symbolická témata: jeskyni, močál, sopku a starou tlustou knihu. Jeskyně a močál symbolizují vstupy do hlubších vrstev nevědomí s pudovými motivy, sopka opět agrese a ve staré tlusté obrázkové knize se může nacházet další nevědomý materiál.

Pacient se tedy v této terapii pohybuje v metaforické krajině svého života a průběžně referuje o svých zážitcích. Během sezení se tak postupně vytvoří fantazijní panorama, které umožňuje vhled do pacientovy nevědomé problematiky. Materiál se stává východiskem pro nabízení psychoanalytických interpretací.

K základní literatuře patří monografie J. H. Schultze „Das autogene Training“ (19. vyd. 1991) a jeho stručná cvičebnice, přeložená do češtiny pod názvem „Autogenní trénink“ (1969). Množství prací o výzkumu a klinickém užití autogenního tréninku shrnul W. Luthe v šesti-svazkovém kompendiu „Autogenic therapy“ (1969–1972).

U nás je autogenní trénink vyčerpávajícím způsobem popsán v původní monografii K. Vojáčka „Autogenní trénink“ (1988), a postup nácviku je předveden na magnetofonové kazetě „Cesta ke zdraví“ od téhož autora (1994). Volnější magnetofonové nahrávky relaxací vycházejících z autogenního tréninku a využívající podbarvení hudbou připravili např. Kožíak, Chudík a Kratochvíl pod názvem „Psychobalzámy“ (1983), Heller a Bartoška pod názvem „Psycho-relaxace“ (1994) a Cimický s názvem „Relaxace 1 a 2“ (1993 a 1994). Machačova relaxačně aktivní metoda je uvedena např. v monografii Machače, Macháčové a Hoskovce „Emoce a výkonnost“ (1985). Přehled různých možností relaxace podávají E. a L. Drotárové v knížce „Relaxační metody: malá encyklopedie“ (2003).

Vyšší stupeň autogenního tréninku podrobně popisuje K. Thomas v knize „Praxis der Selbsthypnose des autogenen Trainings“ (1976) a analyticky orientovanou metodou řízení imaginace se zabývá H. Leuner v knihách „Das katathyme Bilderleben“ (1970) a „Lehrbuch des katathymen Bilderlebens“ (1985). Překlad Leunerova „Katatymního prožívání obrazů“ vydala ve formě skript Masarykova univerzita v Brně (1997). Další metodu využití řízené imaginace, orientovanou interpersonálně a existenciálně, uvádí J. Shorr v monografii „Psychotherapy through imagery“ (1974). Jungovsky orientované využití nabízejí V. Kastová v publikaci „Imaginace jako prostor setkání s nevědomím“ (1999) a A. Seifert aj. v příručce „Aktivní imaginace“ (2004).



# Nácviková psychoterapie

Pod pojem nácviková psychoterapie zahrnujeme metody, u nichž je hlavním terapeutickým principem opakování, učení, trénink, nebo přesněji řečeno metody využívající plánovitých soustavných cvičení s postupným zvyšováním nároků. Jimi se pacient chorobným příznakům odnaučuje a naopak si osvojuje chování žádoucí a správné.

Tréninkové metody mají významnou oporu jednak v pavlovovské koncepci podmiňování, jednak v behaviorální terapii a teoriích učení. Zásadní význam jim lze připisovat u těch příznaků, které jsou vlastně zlovykem, naučeným maladaptivním chováním, jež je možno vyložit jako patologicky zafixovaný podmíněný reflex, stereotyp či vzorec chování. Jde pak vlastně o vypracování útlumu, o vyhasnutí patologického spoje například záměrným neposilováním reexponovaného podmíněného podnětu a o vypracování žádoucích podmíněných spojů. Jindy se místo pozitivního nácviku užívá nácvik averzivní, např. vypracování nepříjemného zvracívého reflexu na nežádoucí aktivitu. Probereme pět prakticky nejpoužitelnějších a nejvýznamnějších postupů: 1. pozitivní nácvik, 2. nácvik sebeprosazení, 3. averzivní terapii, 4. systematickou desenzibilizaci a expozici, 5. nápodobu a další techniky.

## 5.1 Pozitivní nácvik

Nejjednodušším a velice účinným postupem je nacvičování správné reakce stejně tak, jako se vypracovává žádoucí dovednost nebo návyk ve vyučování a výchově. Takový trénink se běžně používá u fobií a obsesí. Pacient se např. postupně vystavuje situaci, které se bojí, a to za okolností nejprve příznivějších a postupně stále obtížnějších tak, až si na ně zvykne a naučí se v nich pohybovat beze strachu.

Například pacientka, která po přepadení cizím mužem na mostě nemohla pro strach vůbec přejít most, nacvičovala nejprve chůzi na okraj mostu, pak několik metrů po mostě v přítomnosti známých lidí, postupně delší úsek a sama, až nakonec dokázala most samostatně přejít, nejprve za dne, později i večer. Dítě s fobií z vody zvykáme na vodu nejprve tím, že si s ním hrajeme na okraji koupaliště či přehrady, kde je voda mělká, postupně a nenásilně přistupujeme k dalším a dalším odvážnějším krokům do větší hloubky. U obsesí může pa-

cient systematicky nacvičovat jednání proti obsesi, např. trpí-li nutkavým mytím, opakovaně se úmyslně špiní.

Podobně hraje trénink podstatnou úlohu při řečových neurózách (koktavost, breptavost) a koordinačních křečích, jako je tik, grafospasmus aj. Pacient např. v systematicky uspořádaných sezeních píše nejprve snadné kulaté tvary na velkých rádcích s tužkou opatřenou tlustou násadkou. Postupně se zmenšuje tloušťka násadky i velikost písma a zvětšuje se obtížnost psaných tvarů. U koktavosti se cvičí řeč nejprve šepem, nacvičuje se čtení v permissivním prostředí, kritické hlásky se zpočátku vynechávají nebo se vůbec začíná se čtením samohlásek v textu, nacvičuje se správné dýchání při čtení a mluvení, postupně se přechází k vyprávění obsahu čteného, ke spontánnímu rozhovoru a pacient se učí mluvit bez chyb i v přítomnosti více lidí, dělá řečnická cvičení. Kondáš (1984) propracoval pro počáteční fázi nácviku tzv. techniku stínění, navrženou Cherrym a Sayersem, při níž terapeut čte a balbutik opakuje čtení, aniž by viděl text, případně čte viděný text s malým zpožděním asi o jedno slovo (následuje terapeuta jako jeho stín).

Do této skupiny metod patří dále pozitivní podmiňování, kterého používají např. Mowrer a Jones u enuréz. Chybějící návyk, tj. probouzení se při naplnění močového měchýře, se vypracovává zvláštním budícím přístrojem, který zvoní, jakmile enuretik začne močit.

Významné místo získal pozitivní nácvik v terapii dvojic s funkčními sexuálními poruchami. Nejúčinnější metoda označovaná jako sex terapie vychází z důkladně propracovaného postupu Masterse a Johnsonové (viz Kratochvíl 2002, 2003, 2005).

Šířeji pojatým nácvikem zaměřeným ne na symptomy, nýbrž na reedukaci některých nedostatků v osobnosti je *nácvik sebeovládání*. Pacient se sám vystavuje situacím, ve kterých je třeba vynaložit určité úsilí a přemáhat překážky, přičemž opět postupuje od jednoduššího ke složitějšímu, od snazšího k obtížnějšímu. Učí se vzdát se některých příjemných věcí, resp. o něco odložit příjemnost, na kterou se těší, ovládnout některé impulzivní tendence, zvědavost apod. Tak si např. dá úkol, že cigaretu, na kterou se těší, si zapálí až za čtvrt hodiny, že sní k jídlu menší porci, než na jakou má chuť, provede se záměrem posilovat svoji vůli určitou činnost, která je mu nepříjemná a kterou dělat nemusí. Jako při všech cvičeních je důležitá systematická a zde navíc písemná podchycení cvičení. Nejvýhodnější je zadávat si úkoly pro příslušný den vždy ráno s písemným zaznamenáním úkolu a večer splnění úkolu zkontrolovat a poznamenat si výsledek. Písemné zachycení důležitých vítězství nad sebou má výrazný mobilizující význam. Za pomoci sešitu denních předsevzetí lze současně s cvičením vůle též bojovat proti některým nepříznivým rysům osobnosti.

Tak např. popudlivý člověk věnuje několik týdnů cvičením s předsevzetím: „dnes se za den rozčílím jen desetkrát“, „dnes se za den rozčílím jen devětkrát“, až dokáže splnit předsevzetí „dnes se nerozčílím vůbec“. Naopak příliš submisivní člověk nacvičuje „dnes si nechám vynadat jen desetkrát“, až dosáhne cíle „dnes si nenechám vynadat ani jednou“. Nedůvěřivý pacient se zábrany a neobratností ve společenských vztazích nacvičuje přátelské afiliantní chování. Zadává si a společně s terapeutem kontroluje v deníčku své předsevzetí navazovat během dne co nejvíce hovorů se známými lidmi, s nimiž přijde do styku, snažit se každému říci něco pěkného, příjemného, co ho kladně naladí.

Pro hypothytní a depresivní pacienty může být užitečný *aktivační trénink*. Pacient má ráno energicky vyskočit z postele, umýt se studenou vodou a zpívat. Během celého

dne se má snažit o energické držení těla, dělat různé pohyby, rychle se rozhodovat a udržovat se po celý den aktivní jak v práci, tak při zábavě. Má se záměrně radovat z běžných příjemností, jako je jídlo, pohyb, slunečný den a vykonaná práce.

Při jakémkoli pozitivním nácviku je důležité kladné posilování žádoucích reakcí. *Operantní podmiňování* ukázalo, že následuje-li za uskutečněnou reakcí pozitivní posilující účinek, je pravděpodobné, že se při příští příležitosti tato reakce zopakuje. Na úrovni zralého motivovaného jedince s potřebou akceptace je obvykle dostatečným posílením pochvala, projev spokojenosti a uznání od terapeuta. U dětí je to v terapeutickém sezení zapůjčení zajímavé hračky, poutavé vyprávění nebo hra. Na úrovni méně zralé nebo defektní struktury osobnosti je nutno volit primitivnější formy odměny, odpovídající potřebám jedince a pokud možno bezprostředně následující po provedeném jednání. Tak Lovaas a kol. (1974) v terapii autistických schizofrenních dětí okamžitě odměňují každé správné provedení nacvičované reakce (vokální projevy, nápodoba slabik a slov, nápodoba chování, projevy sociálního chování) malým kouskem sladkosti, vkládaným dítěti přímo do úst. Složitější systémy odměn (token economy) byly vypracovány ke zvýšení sociálního chování u deteriovaných schizofreniků. Za každé žádoucí chování, např. péči o svůj vzhled, úklid, společenské chování, výkon v práci apod., dostává pacient stanovený počet bodů, tj. poukázek, které může bezprostředně směniti za žádoucí věci v kantýně nebo za návštěvu kina či získání zvláštních výhod na oddělení (Ayllon a Azrin 1968, Kazdin 1977). Podobně je propracován systém kladných a záporných bodů v léčbě pacientů se závislostí na alkoholu. Získání dostatečného počtu kladných bodů za užitečnou činnost, aktivní podíl na terapeutických úkolech, práci pro kolektiv, kázeň a sebeovládání je předpokladem pro získání propustky nebo dovolenky (Skála aj. 1973).

Kromě nácviku vnějších reakcí a vnitřní psychické sebekontroly existuje i snaha po ovládnutí viscerálních reakcí pomocí tzv. biologické zpětné vazby („biofeedback“). *Biofeedback* označuje proces, během něhož subjekt dostává pomocí přístrojů pokud možno kontinuální informace o průběhu některé fyziologické funkce, jehož si běžně není vědom. Pomocí nácviku typu operantního podmiňování se takto může naučit ovlivňovat tělesné funkce řízené autonomním nervovým systémem, které se tradičně považovaly za mimovolní. Praktický postup záleží v tom, že cvičící osoba dostává zrakové, akustické nebo jiné signály (např. tón měnící výšku, světlo s měnící se intenzitou nebo světla různé barvy apod.), které ji informují o okamžité funkci orgánu. Cvičící osoba je instruována, aby se nějakým způsobem (metodou pokusu a omylu) pokusila funkci orgánu změnit v požadovaném směru, tj. dosáhnout např. zvýšení nebo snížení signalizujícího tónu. Zpočátku zpravidla neví, jak by mohla činnost orgánu ovlivnit, a ani experimentátor jí nedokáže dát použitelné instrukce. Avšak kontinuální zpětná vazba, signalizující výkyvy v činnosti orgánu a představující při výkyvu v žádoucím směru současně kladné posílení, jí postupně umožní způsob ovlivňování objevit. Dosavadní studie ukazují na možnost nacvičení volního ovlivňování srdeční činnosti, činnosti střevní a žaludeční (např. zpětnou vazbou o pH žaludečních šťáv při zavedené sondě bylo možno ovlivňovat žaludeční sekreci, Welgan 1974), ovlivnění metabolických procesů, alfa-rytmu mozkových potenciálů apod. (DiCara et al. 1975, Legewie a Musselt 1975.) Praktické využití v terapii je však poměrně malé (Reed aj. 1986).

V poslední době využívá v Praze J. Tyl (1996) techniku EEG biofeedbacku B. Stermana z Kalifornské univerzity v Los Angeles. Tato technika umožňuje klientovi ovlivňovat mozkové vlny na základě informace o tom, zda se objevují na snímaném EEG záznamu. Subjekt se má např. naučit udržovat na záznamu převahu vln beta, která je spojena s aktivním soustředěným stavem. Zpětná vazba o tom, zda jsou na záznamu vlny přítomny, se zde cvičícímu neposkytuje obvyklým jednoduchým měněním výšky tónu či barvy světla, ale zajímavější formou. Subjekt hraje na počítači videohry a podle toho, zda je na záznamu dosaženo požadované vlnové aktivity, se mu hra daří (pozitivní zpevnění) nebo je neúspěšná a případně se zastaví. Po nácviku ve 20–40 půlhodinových sezeních má klient ovládnout seberegulační navozování potřebných psychických stavů. Terapeutické možnosti se údajně rýsují u hyperaktivních dětí, u poruch pozornosti, učení, spánku, u úzkostných stavů, depresí aj.

## 5.2 Nácvik asertivity

Nácvik asertivity je specifickým druhem pozitivního nácviku, který usiluje o dosažení dovednosti vyjadřovat přímo, poctivě a přiměřeně vlastní názory, potřeby a pocity bez porušování práv druhých lidí. Umožňuje navazovat kladný sociální kontakt a současně v něm vhodně hájit svá práva a odmítat neoprávněné nároky.

K nácviku asertivity vyšly četné příručky jak odborné (např. Lange a Jakubowská 1980, Cotler a Guerra 1980), tak populární (Fensterheim a Baer 1975, Smith 1975, česky 2003). Uvedeme zde vlastní variantu nácvikového postupu, při níž využíváme možností, které poskytuje terapeutická skupina. V rámci nácviku asertivity se pacient učí: 1. otevřeně vyjadřovat vlastní pocity, 2. navazovat rozhovor, 3. mluvit před více lidmi, 4. požádat o laskavost, 5. prosazovat oprávněné požadavky a 6. důsledně odmítnout to, co si nepřeje.

Východiskem nácviku je výklad rozdílu mezi přílišnou ústupností, přiměřeným sebestrosazením a zbytečnou útočností. Přílišná *ústupnost* a nesmělost snižuje možnosti dosahování vlastních cílů a může podporovat hromadění pocitů křivdy. Přiměřené sebestrosazení podporuje dosahování vlastních reálných cílů při respektování důstojnosti a potřeb druhých. *Útočnost* vede k nespravedlivému napadání druhých a k prosazování se na jejich úkor, což může být objektivně škodlivé a současně vést k neoblíbenosti a odvetě.

Tak např. dívka, kterou zve známý chlapec na schůzku, o níž dívka nemá zájem, se při ústupnosti jeho naléhání po vyčerpání svých výmluv podvolí, ale je rozladěna a se svým chováním nespokojena. Při útočnosti chlapce energicky „zpraží“, čímž se ho zbytečně dotkne nebo si z něho udělá nepřítel. Chová-li se asertivně, poděkuje mu za zájem a současně vlídně, ale zřetelně jeho nabídku bez hledání výmluv odmítne a rozhovor na toto téma ukončí.

### 5.2.1 Vyjadřování vlastních pocitů

Pacient nacvičuje výroky, které začínají slovy „mám rád“, „líbí se mi“, „nemám rád“, „nelíbí se mi“. Může se jim naučit v individuálním sezení s terapeutem, ale je výhodné, když je může procvičovat ve skupině, kterou terapeut rozdělí při nácviku do dvojic, v nichž si pacienti sdělují své pocity vzájemně, např. „mám rád dobrou kávu“, „líbí se mi rocková hudba“, „nemám ráda červenou barvu“ a „nelíbí se mi napětí na pra-

covišti“. Postupně přecházejí podle pokynů terapeuta od vztahů týkajících se okolí k charakteristikám týkajícím se přímo nácvikového partnera, a to nejprve k vnějším (líbí se mi tvoje vázanka, nelíbí se mi tvůj účes) a pak vnitřním a osobním (mám rád tvůj úsměv, nelíbí se mi, že se mnou málo hovoříš). Členové se učí vyjadřovat vhodnou formou vyváženě jak pocity pozitivní, tak negativní a současně sami od partnera přijímat poklony i kritiku. Jako domácí cvičení pak mají zkoušet vyslovovat podobné krátké výroky přizpůsobené dané situaci jednak v davu cizích lidí (např. při čekání na dopravní prostředek „to jsem rád, že už jede“, „nelíbí se mi ta tlačenička“), jednak při rozhovoru se svými blízkými v rodině či na pracovišti („nemám rád, když zde kouříte“, „líbí se mi, jak jsi pěkně opálená“).

## 5.2.2 Zahajování, udržování a ukončování rozhovoru

Terapeut přidělí pacientovi partnera ze skupiny a určí situaci, při níž se ocitl ve společnosti cizího člověka, např. v čekárně u zubaře, ve vlaku v kupé, při slavnostním obědě či při taneční promenádě. Pacient s ním má zavést rozhovor. Terapeut učí pacienta a) používat podněcující otázky, které vybízejí druhou osobu k úvahám a delšímu vyprávění, b) využívat informací, které partner ve svých výrocích poskytuje, k dalšímu udržování rozhovoru a c) nabízet informace o sobě a svých zážitcích, kterých by se mohl partner chytit. Po předvedení úseku konverzace s pokusem o dodržování navržených pravidel terapeut i členové skupiny komentují výkon a navrhuji další zdokonalování. Nacvičuje se též, jak při konverzaci s mnohmluvnou osobou převést hovor na jiné téma a jak hovor ukončit.

## 5.2.3 Mluvení k více lidem

Cvičení je významné zejména u osob, které trpí trémou z veřejného vystoupení nebo nedovedou srozumitelně a poutavě vyjádřit své myšlenky. Terapeut zadá cvičícímu témata, na která má promluvit (např. charakteristika zhlédnutého filmu, zážitky z dovolené, úvaha o životosprávě), a cvičící má po kratším rozmyšlení tři minuty plynule vyprávět. Pak se jeho projev komentuje a navrhuje se různá zdokonalení. Zprvu sedí pacient při vyprávění v kruhu mezi ostatními členy skupiny, pak se má postavit, několik kroků poodstoupit a zesilovat hlas i zvýrazňovat gestikulaci, až nakonec dokáže výrazně mluvit ke skupině z druhého rohu místnosti nebo od řečnického pultu. Po zvládnutí trémy se věnuje pozornost zdokonalování přednesu a cvičící se učí nejen informovat, ale i přesvědčovat druhé. Skupina kladně hodnotí každý pokrok.

## 5.2.4 Nácvik požádání o laskavost

Cvičící se učí překonat nesmělost a vyjádřit své přání v situacích, kdy je vyhovění záležitostí dobré vůle jiných lidí. Musí počítat s oprávněným odmítnutím, ale přesto se pokusí svůj požadavek uplatnit. Nacvičujeme varianty úspěšné i neúspěšné s důrazem na to, aby při nevyhovění neprožíval pocit křivdy nebo nepřecházel do útoku. Má se naučit prožívat pocit úspěšnosti z toho, že dokázal své přání vhodně vyjádřit.

K nacvičovaným situacím patří požádat např. cizí osobu o uvolnění místa v autobuse, o pomoc s roztlačením auta, o předběhnutí čekajícího v čekárně, ve frontě

na lístky či v obchodě, požádat o pomoc s nákupem aj. V reálných situacích má pacient jako domácí úkol např. zastavit postupně několik lidí na ulici a zeptat se na cestu k obchodnímu domu, požádat v obchodech o rozměnění bankovky za drobné a v restauraci o sklenici vody.

## 5.2.5 Nácvik prosazování oprávněného požadavku

Při tomto nácviku přehráváme situace, ve kterých pacientovi někdo nechce poskytnout, nač má nárok, nebo ho neprávem omezuje. Pacient se má naučit zdvořile, ale důsledně trvat na svém právu. K tématům patří např. neodpovídající kvalita zakoupeného výrobku nebo placených služeb, neposkytnutí odměny, která mu patří, kouření spolučestujícího v nekuřáckém oddělení, předběhnutí v řadě aj. Pro obtížné situace se mohou nacvičovat tři zvláštní taktické postupy.

*Přeskakující gramodeska* je postup, při němž se cvičící nenechá vtáhnout do zdůvodňování, ale jen stále znovu opakuje svůj požadavek, jako když se zasekne jehla v drážce gramofonové desky.

Smith (1975) uvádí často citovaný příklad, kdy prodávač v obchodě nepřibalil zákazníkovi k nákupu porci masa, kterou si zaplatil. Zákazník se vrátil do obchodu a požádal o „své maso“. Prodač: „To jste mohl zapomenout někde jinde.“ Z: „Nikde jinde jsem to nezapomněl, nepřibalil jste mi to. Chci své maso.“ P: „Tady nikde není.“ Z: „Tak mi to navažte znovu. Já chci své maso.“ P: „To bychom na tom prodělali.“ Z: „Já jsem to zaplatil, tak chci své maso.“ P: „Podívejte se, co tu stojí lidí, zdržujete provoz.“ Z: „Tak mi dejte moje maso.“ – Formulaci požadavků je ovšem třeba přizpůsobit našim podmínkám a důsledně přitom dbát, aby nedošlo k výrokům, které by mohly být pro druhou osobu urážlivé.

*Otevřené dveře* jsou postupem, kdy cvičící vždy ihned uzná každý alespoň trochu oprávněný argument protivníka, takže protivník ztrácí důvod své argumenty dále rozvíjet či obhajovat. Připomínalo by to vyrazení otevřených dveří. Ve výše uvedeném příkladu může cvičící použít např. formulaci „chápu, že byste na tom prodělali...“, „vím, že zdržují...“, „může to tak vypadat“, přičemž současně znovu uplatňuje svůj požadavek.

*Přijatelný kompromis* je postup, kdy po opakovaném zdůraznění svých požadavků a uznání argumentů protivníka pacient přistoupí na řešení, v němž se spokojí s částečným výsledkem, přijatelným pro obě strany.

## 5.2.6 Odmítání

Nácvik postupuje podobně jako nácvik prosazování požadavků. Cvičící nemá mnoho argumentovat a vysvětlovat důvody, má hlavně důsledně opakovat „nechci“. Nacvičujeme např. odmítnutí žádosti o půjčení peněz, o uskutečnění návštěvy, která je pro nás nepřitažlivá, o schůzku, o pokračování v neuspokojivém vztahu, nebo odmítnutí úkolů navíc, které zadává nadřízený, zvyklý zneužívat závislosti svých podřízených, nebo žádosti přátel o „fušky“ apod. Tato cvičení jsou zvlášť důležitá pro pacienty trpící pro svou ochotu a podrobnost opakovaně přepracovaností. Důležitou variantou je nácvik *odmítání skleničky* u pacientů léčených pro závislost na alkoholu (srv. Polišenský 1982).

Při všech cvičeních se pacientovy projevy pomocí zpětných informací od terapeuta a skupiny zdokonalují a dotvářejí („shaping“) tak, aby se stále více přibližovaly nejvhodnější formě reakcí (sukcesivní aproximace). Po provedených modelových cvičeních s terapeutem či ve skupině zadává terapeut úkoly k provádění podobných samostatných cvičení v běžném prostředí pacienta. Je třeba ovšem zdůraznit, že pacient nemá nahradit jedny strnulé formy chování jinými formami, které by opět používal bez výběru. Nácvikem sebeprosazení má získat nové, dosud chybějící dovednosti a jimi *rozšířit svůj repertoár chování*. Má jich pak ve svém dalším životě používat pružně a se zřetelem k okolnostem, když se pro jejich použití po zvážení možných důsledků sám rozhodne.

Uvedme zde ještě také *komplexní trénink sociálních dovedností pro schizofrenní pacienty*. Tak např. Brown (1982) uvádí sedmítýdenní program s denním několikahodinovým praktickým nácvikem, v němž je pro každý týden určeno důležitých tematických zaměření v tomto sledu: 1. interpersonální dovednosti (přiblížit se druhým lidem, vznést požadavky, telefonovat), 2. stravování a plánování jídla (praktické provádění nákupu, cvičná příprava jídel v kuchyňce psychiatrického zařízení, jejich servírování a snědení), 3. plánování vhodného jídelníčku a cvičení v dalších domácích pracích, 4. péče o osobní hygienu a oblečení, 5. hospodaření s penězi, 6. hledání zaměstnání a 7. společenská činnost, účast na zábavách a rekreačních akcích. Výzkumy programů tohoto druhu ukazují, že čím více se nácvik blíží skutečným životním situacím, tím je větší pravděpodobnost, že se změny dosažené během hospitalizace přenesou i do pacientova vlastního prostředí po propuštění.

## 5.3 Averzivní terapie

Averzivní terapie spočívá ve spojování nežádoucí aktivity s nepříjemným podnětem, např. s vypracováním zvracívého reflexu, s elektrickou rankou nebo s elektrickou faradizací. Nejširšího uplatnění došla v léčbě závislosti na alkoholu. Pití alkoholu nebo čichání alkoholických výparů se spojuje se zvracívou reakcí po podání apomorfínu nebo emetinu. Po deseti až patnácti sezeních se může vypracovat podmíněný reflex, kdy pacient již po samotném požití alkoholu pocítuje nauzeu nebo zvrací.

Freund (1962) se pokusil na pražské psychiatrické klinice v době, kdy u nás byla trestná homosexualita, analogicky vypracovávat u homosexuálů žádajících léčení zvracívý reflex na promítnutí diapozitivů eroticky žádoucích objektů po podání injekce apomorfínu. Postup neměl trvalejší účinnost, zejména však nebylo možno naprogramovat pozitivní sexuální reakce na objekty heterosexuální. Tyto negativní výsledky terapeutických pokusů u nás přispěly v r. 1961 ke zrušení trestnosti homosexuality. Dnes se pacientem akceptovaná (egosyntonní) homosexualita nepovažuje za poruchu, ale za variantu sexuálního chování a její léčení za bezpředmětné.

Využívání antabusové reakce v léčbě závislosti na alkohol spočívá na jiném averzivním principu. Neopírá se o vypracovávání podmíněného reflexu, ale o tlumivý odstrašující vliv možných následků po požití alkoholu. Užívá-li pacient pravidelně antabus a napije se alkoholu, vzniká prudká reakce kardiovaskulárního a dýchacího systému se zvýšením krevního tlaku, zrudnutím, pocením a dušností, která může vést až k srdečnímu selhání a smrti. Pacientům se – zpravidla v kolektivu na vybra-

ných jedincích užívajících antabus – předvede pod lékařskou kontrolou dramatický účinek vypití malé dávky alkoholu. Tento zážitek má pomoci dodržovat abstinenci i v situacích, v nichž by pacient mohl selhat.

K drastičtějším zásahům založeným na principu trestání patří dříve oblíbené metody, uváděné W. Kretschmerem (1959) pod názvem *protreptika*. Tyto metody se snaží přivést pacienta od neurotických chybných postojů a symptomů k normálnímu stavu pomocí silných senzorických podnětů, obvykle bolestivých, a jimi vyvolaných nepříjemných afektů. Na účinku se často podílí i sugestivní složka, hraje zde dále roli moment překvapení, bolest i drezura. Předpokladem je sebejistota, energická důslednost a nemilosrdnost terapeuta spolu se schopností ovládat vlastní afekty. Jako pacienti přicházejí v úvahu hlavně primitivní, naivní a méně kritičtí lidé. Indikací jsou hysterické poruchy motorické a senzorické. Technika vychází z předpokladu, že vůle je rozdělena ve vědomou snahu po uzdravení a v nevědomou primitivní tendenci dosáhnout určitých výhod nebo se vyhnout nějakým životním úkolům.

Klasická je Kaufmanova „metoda překvapení“, kdy se pacient náhle vystaví bolestivé faradizaci a současně se mu energicky nařídí, aby provedl pohyb paralyzovanou končetinou, při hluchotě, aby slyšel, při mutismu, aby mluvil apod. Vincent a Kehrler doporučovali během pokračující bolestivé faradizace násilnou drezuru. Kretschmerova protreptika rozkládá postup do tří etap: v první se pacient sugestivně připravuje, ve druhé etapě se postižená oblast faradizuje s méně nebo více ostrým domlouváním, že pacient příslušnou funkci ovládá, ve třetí etapě se obnovený výkon intenzivně cvičí v již permissivnějším přístupu.

Užití metod vyvolávajících záměrně bolest je ovšem problematické z etického hlediska. Mohlo by se posuzovat jako týrání pacientů. Proto se od nich většinou upustilo a jejich výklad má dnes již spíše jen historický význam. V moderní behaviorální terapii je také stále méně populární princip jakéhokoli „trestání“. Tam, kde je třeba odstraňovat nežádoucí pohybové nebo jiné návyky, využívá se namísto „trestu“, který vyvolává napětí a strach, princip „vyhnout se trestu“, který umožňuje únik a tím kladné a uspokojivé řešení nácvikové situace.

*Vnitřní senzibilizace* je nověji vypracovanou metodou, při níž se nežádoucí přitažlivé podněty nespojují s vnějším trestem, nýbrž s extrémně nepříjemnými a negativně afektivně nabitými představami za pomoci řízené imaginace. Při nabídce nežádoucího chování si jedinec opakovaně vyvolává představy vzbuzující strach, ošklivost a hrůzu (Cautela 1967). Annon (1975) např. vedl pacienta s pedofilním zaměřením k tomu, aby si opakovaně vyvolával představy děvčátek a jejich genitálií ve spojení s představami následné ostudy, bití rozrušenými lidmi, uvržení do vězení a s individuálně pro něj zvlášť odpudivou představou těsné blízkosti s množstvím pavouků.

## 5.4 Systematická desenzibilizace a expozice

Metoda systematické desenzibilizace pro léčení fobií, vypracovaná Wolpem (1958, 1961), patří ke klasickým metodám behaviorální terapie. Byla s ní provedena řada výzkumů ověřujících její účinnost. Desenzibilizace ke strachu se při ní provádí v terapeutově pracovní pomoci relaxace a představ. V praxi se v klasické podobě používá dnes již poměrně málo. Spíše se využívají cvičení v reálné situaci, která lze také označit jako desenzibilizaci in vivo. Častěji se dnes desenzibilizační metody označují názvem expozice, která zpravidla předpokládá přímou konfrontaci s reálným pod-

nětem vzbuzujícím strach. Tato konfrontace bývá většinou postupná a odstupňovaná, ale také může být náhlá a úplná, jako tzv. zaplavení (flooding).

Vyložíme nejprve podrobně Wolpeho klasickou metodu systematické desenzibilizace v představách a pak uvedeme odlišné rysy expozice reálným strachovým podnětům.

*Systematická desenzibilizace* má nepřiměřený strach postupně utlumit tím, že se záměrně a opakovaně vzbuzované představy situací a podnětů vyvolávajících strach sdružují s dokonale ovládnutou svalovou a psychickou relaxací, která je protikladná psychické, motorické a vegetativní reakci strachu. Pacientovi se v jednotlivých sezeních zadávají po navození hluboké relaxace k představování položky z odstupňovaného seznamu situací, které u něj vyvolávaly v běžném životě strach. Začíná se představami situací nejméně emočně nabitých a pokračuje se tak dlouho, až už se při představě žádný strach neobjevuje. Pak se přechází k dalším obtížnějším položkám, až se dosáhne vymizení emočního doprovodu i u představ nejrušivějších situací. Wolpe uvádí, že podnět, který nevyvolá u pacienta již žádný strach v představě, nevyvolá jej ani tehdy, setká-li se s ním pacient ve skutečnosti. To je předpoklad, který se v praxi často, ale ne vždy potvrzuje.

Systematická desenzibilizace má tři etapy: nácvik svalové relaxace, sestavení odstupňovaného seznamu strachových podnětů a situací a postupné spojování představ situací ze seznamu s relaxací.

1. *Nácvik relaxace.* Wolpe jej provádí podle návodu k Jacobsonově progresivní relaxaci během šesti cvičení. U nás se běžně používá úvodních cvičení z autogenního tréninku.
2. *Sestavení odstupňovaného seznamu strachů.* Všechny podněty vyvolávající u pacienta strach se nejprve rozdělí na určitý počet tematických skupin. V získávání údajů, na jejichž základě se seznam sestavuje, se vychází jednak z pacientovy anamnézy, jednak se používá dotazník a speciální dotazy na situace, v nichž pacient cítí strach, ačkoli není objektivně ohrožen. Pacient dále dostává za domácí úkol, aby sepsal všechny situace, které považuje za nepříjemné, znepokojující, nebo v nichž se bojí. Když jsou všechny tyto situace sepsány, terapeut je seřadí do skupin. Položky každé tematické skupiny se přepíší na zvláštní list a pacient má seřadit položky na každém listě tak, že dá nejsilnější působící situaci na první místo a nejslabší působící situaci na místo poslední. Nemí nutné, aby pacient všechny situace zařazené do seznamu ve skutečnosti již prožil. Otázka zní spíše takto: „Měl byste strach, kdybyste se dnes ocitl v takové situaci?“ Pacient, aby mohl odpovědět na tuto otázku, si musí situaci představit a přitom si obvykle představí příslušný následek. Muž se strachem ze psa bude mít většinou stejný strach ze setkání se psem během dnešní cesty domů, jako měl při setkání se psem před rokem.

Z vlastní praxe uvádím odstupňovaný seznam strachových situací pacienta s antropofobií a skoptofobií (obava z blamáže, ostudy, zpocení, zčervenání spojená s chorobnou ostýchavostí): 1. někdo mi řekl, proč se červenáte, 2. sedím v divadle, kde je mnoho lidí, a někdo se ohlédne směrem ke mně, 3. ve společnosti padne narážka, týkající se mě a nějaké ženy,

4. v obchodě, kde je více lidí, se mě mladá prodavačka zeptá, co si přeji, 5. někdo se mnou hovoří o nějaké ženě a plá se mě na můj vztah k ní, 6. něco říkám a přefeknu se, 7. ve vlaku mě zkoumavě pozoruje nějaké dítě, 8. někdo na mě udělal nějaký vtip nebo ironickou poznámku, 9. jdu v divadle přes foyer, 10. podívá se na mě nějaká žena na ulici, 11. do místnosti, ve které pracuji, vstoupí nějaká cizí žena, 12. ve společnosti více lidí někdo huláká a chová se trapně, 13. nějaký cizí muž se mě na něco zeptá.

3. *Vlastní desenzibilizační postup.* Pacient si nejprve navodí relaxaci a pak se mu zadává nejslabší situace ze seznamu. Je-li relaxace slabá, je možno ji zvýšit podáním meprobatu hodinu před sezením nebo pomocí hypnózy. Zadávání scén je zpočátku zkušební. Nejprve se představuje neutrální scéna, vůči níž se neočekává žádná strachová reakce. Pak následuje uklidňující přestávka. Představa situace se ponechává zpočátku 5–10 vteřin, přestávka s prohlubováním relaxace trvá 10–20 vteřin. Představy situace se několikrát opakují a je-li dosaženo desenzibilizace, přikročí se k další. Během jednoho sezení se podávají 2–4 situace ze žebříčku. V případě, že by pacienta některá představa začala rozrušovat, dává terapeutovi smluvené znamení zvednutím prstu jedné ruky. Představa situace se ihned ukončí a znovu se prohlubuje relaxace a klid. Na konci sezení má pacient podrobně popsat své subjektivní zážitky, aby terapeut mohl přistoupit k postupnému přizpůsobení jeho individuálním reakcím. Léčba končí úplnou desenzibilizací vůči všem podnětům ze seznamu, což obvykle vyžaduje 10–30 terapeutických sezení. Většinou se počítá s průměrem okolo 15 sezení.

Wolpe uváděl při léčení metodou systematické desenzibilizace neobvykle vysoké procento úspěchů: až u 90 % fobických pacientů dosáhl úplného vyléčení nebo podstatného zlepšení, tj. přenesení dosažené desenzibilizace do příslušných situací v reálném životě.

Jak jsme uvedli v teoretické části, vysvětluje Wolpe účinek této metody protipodmiňováním, recipročním útlumem jedné reakce vyvoláním reakce jiné, která je s první neslučitelná. Je však třeba též upozornit na to, že četní autoři i uvnitř tábora behaviorální terapie (např. Yates 1975) nesdílí Wolpeho názor na výklad mechanismu tohoto postupu. Ať už však je teoretický výklad jakýkoli, nejen klinické údaje, ale i kontrolované pokusy prokazují účinnost systematické desenzibilizace, a proto zůstává v repertoáru osvědčených technik.

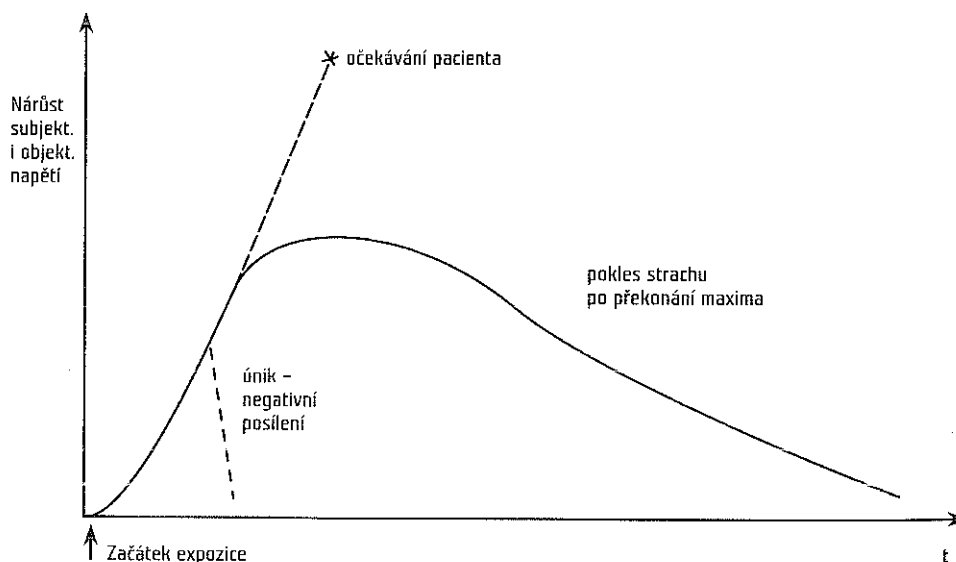
V jistém smyslu opakem systematické desenzibilizace je metoda *implozivní terapie*, vytvořená Stampflem a Levisem (1967). Místo postupného přivýkání strachovým podnětům se u pacientů vyvolávají silné negativní emoce tím, že si delší dobu představují příslušné situace zesílené až do hrůzostrašnosti a ošklivosti. Pacient, který si nutkavě myje ruce, si má představovat scény, jak sahá do nádoby na odpadky a potom vytahuje ruku znečištěnou sputem, hnisem, zvratkami a výkaly. Hogan a Kirchner (1967) provedli u studentů, kteří se báli krys, pokus, při němž hlas z magnetofonu líčil napadení člověka množstvím krys, které ho ohlodávají. Měli si představovat, že mají krysu ve vlasech, že živou krysu spolkli a ta jim rozežírá žaludek apod. Zlepšení posuzované tím, zda subjekt vzal do ruky skutečnou bílou krysu, bylo větší u „lčené“ skupiny než u skupiny kontrolní. Pokusy Maeliovy s fobií z hadů však naopak svědčily o neúčinnosti této techniky při dobré účinnosti desenzibilizace (Bandura 1969). Naproti tomu Marks aj. (1971) porovnávali účinnost implozivní terapie se systema-



tickou desenzibilizací u šestnácti fobických psychiatrických pacientů při šesti sezeních s každou metodou ve zkříženém projektu a zjistili, že implozivní terapie byla účinnější. Předpokládá se, že při vystavení pacienta obávané situaci nebo objektu v představách nebo ve skutečnosti po dostatečně dlouhou dobu a ve vystupňované intenzitě bez možností úniku dojde k vyhasínání emočních reakcí.

Svráznou novinkou mezi desenzibilizačními technikami je *EMDR* (Eye movement desensitization and reprocessing), *desenzibilizace pomocí očních pohybů a přepracování*, jak ji nazvala F. Shapirová (1989). Pacient si má představovat nejnejpříjemnější okamžik v traumatizující události, kterou prožil, současně s průvodními fyziologickými projevy, přičemž si vnitřně opakuje negativní tvrzení sám o sobě, které je s touto scénou spojeno. Pak sleduje očima terapeutův prst, kterým terapeut pohybuje ze strany na stranu rychlostí asi dvakrát za sekundu asi 40 cm od pacientových očí, celkem 12–24 krát. Potom dostává pacient instrukci, aby scénu zcela vymazal ze své mysli a zhluboka se nadechl. Pak si scénu představuje znovu a celý postup se několikrát opakuje, až se pacient ke scéně dostatečně desenzibilizuje. Postup se považuje za účinný u posttraumatické stresové poruchy (Lipke a Botkin 1992).

*Expozice* je vystavení se situaci, které se člověk vyhýbal, protože u něj vyvolávala strach. Podstatnou součástí této formy terapie je vydržet narůstající strach bez úniku ze situace. Pacient musí nejprve pochopit působení expozice, protože logika jeho dosavadního jednání směřovala opačným směrem, tj. vyhnout se strachu. Pacienta musíme připravit na to, že bude prožívat strach, a současně ho musíme přesvědčit, že tento strach nenarůstá donekonečna. Dá se vydržet a postupně odezní a zmizí. Jen tak je pacient schopen se aktivně strachu vystavit, aniž by se cítil situaci bezbranně vydán na pospas.



OBR. 40 Nárůst a pokles strachu při expozici se zamezením úniku

Jak je patrné, základní princip je zde jiný než u systematické desenzibilizace. Při ní se vyvolání strachu vyhýbáme. Jakmile pacient při představě signalizuje náznak strachu, ihned se s představou přestává a zdůrazňuje se relaxace. Při expozici se nestaví na protipodmiňování, ale spíše na habituaci, návyku na podnět, při níž se původní emocionální jevy zeslabují a vyhasínají.

Při expozici je pro účinek rozhodující, aby pacient snášel situaci tak dlouho, až strach dosáhne maximální hodnoty a postupně začne opadávat a mizet. Tuto skutečnost si pacient musí prožít, a proto není účelné mu pomáhat strach nějak zmenšovat, např. odpoutáváním pozornosti nebo umožněním úniku.

Při *odstupňované expozici* mají být dílčí úkoly jasně určeny. Lze opět použít seznamu s hierarchií obávaných situací, kterým pacient podle strachu, který vyvolávají, přisoudí číselnou hodnotu od 0 do 100. Při praktickém nácviku si před uskutečňováním dílčího úkolu zaznamená, jak silný strach očekává (anticipační strach), a po provedení zaznamená, jak intenzivní strach se skutečně dostavil. Je výhodné zaznamenávat i názornou časovou křivku, jak strach narůstal, dosahoval maxima a klesal. Pokroku se dosahuje rychleji, když je interval mezi cvičeními krátký. Pacienti by měli věnovat nácviku expozice asi hodinu denně. Obecně platí, že čím více se cvičí, tím rychleji se stav zlepšuje. Obvykle stačí 8 sezení, aby si pacient osvojil tuto metodu natolik, že je schopen ji dále používat již jen s minimální pomocí terapeuta.

Při *zaplavení* pacienta konfrontujeme hned naplno s nejvíce obávanou situací, aby se vyprovokoval maximální strach, přičemž setrvání v ní musí trvat tak dlouho, až se pacient přesvědčí, že po kulminaci strach odezní. Podobně se postupuje u obsesí, kde je expozice spojena se zabráněním kompulzivnímu jednání, které obvykle narůstající tenzi uvolňuje. Zaplavení podnětem se považuje za ekonomickou a účinnou metodu, ale její provádění je obtížné a vyžaduje zkušenost terapeuta, aby cvičení předčasně neukončil. Je také důležité, aby pacient nevnímal cvičení jako podrobení se nátlaku terapeuta, ale aby sám vědomě přebíral zodpovědnost za to, že se bude vystavovat úzkosti a strachu, a tak svoje potíže zvládal.

## 5.5 Nápodoba a další techniky

Výzkum provedený v rámci teorie sociálního učení (Bandura 1969, 1974) ukázal, že učení se může uskutečnit i pouhým pozorováním chování jiných lidí a následků takového chování pro ně. Emoční reakce vůči určitým podnětům se mohou získat sledováním emočních reakcí jiných lidí, kteří při aplikaci takových podnětů prožívají bolestivé nebo naopak příjemné zážitky. Únikové chování lze odstraňovat pozorováním nebojácného chování vzoru k obávaným objektům. Systematické exponování pacienta *pozorováním modelového chování* může tedy být v některých případech užitečnou terapeutickou technikou. Lze využít jak přímého pozorování, tak sledování filmových scén či videozáznamů.

Bandura odstraňoval u dětí strach ze psů tak, že skupina dětí v osmi krátkých sezeních pozorovala nebojácného vrstevníka při hře se psem, kterého experimentátor přivedl do místnosti a zavřel do ohrádky. Chlapec si se psem tři minuty hrál. Při každém dalším sezení byla tato hra chlapce stále důvěrnější a odehrávala se zčásti

v ohrádce, zčásti v místnosti mimo ohrádku. Pak byly děti jednotlivě vybídnuty, aby chování chlapce napodobily a se psem si hrály, krmily ho, vlezly za ním do ohrádky apod. V jiném pokusu se sezení prováděla tak, že gradované chování nebojácného chlapce se předvádělo dětem ve filmu, rovněž v tříminutových demonstracích a osmi sezeních. V jiné verzi filmu byly předváděny různé děti s různými psy. Ve srovnání s živým předvedením byla filmová verze o něco méně účinná, ale při předvedení různých dětí a různých psů ve filmu se účinky vyrovnaly. Analogicky se u dospělých ovlivňovaly fobie z hadů tím, že sledovali osobu, která si hrála s nejedovatým hadem. Pak byli vybídnuti, aby po ní a spolu s ní opakovali určité doteky a pohyby s hadem a brali hada do ruky a kolem krku. Jiní klienti sledovali hrátky s hadem ve filmu, jehož projekci si mohli v relaxovaném stavu dálkovým ovládáním libovolně zastavovat, vracet zpět a opakovat. Třetí skupina postupovala metodou systematické desenzibilizace. Nejúčinnější bylo sledování a napodobování živého vzoru, oba další postupy však byly rovněž účinné.

Prokázaná účinnost filmu při užití v sérii s exponováním postupně gradovaných scén může být výhodná při imitačním nacvičování takových jednání, pro něž nelze zajistit předvádění živým vzorem. Z tohoto hlediska je např. v terapii frigidity související s pruderní výchovou indikováno opakované pozorování dostatečně vkusných diapozitivů, filmu či videozáznamů, gradované znázorňujících sexuální aktivity, z nichž je patrna aktivní účast ženy a její příjemné prožívání zážitků.

Existuje řada dalších technik, kterých lze využít k učení nápodobou. Jednou z nich je psychodramatické přehrávání rolí. Opakované pozorování specifických scének předváděných jinými, s následujícími imitačními pokusy pacienta, může být použito ke zprostředkování širšího repertoáru chování a k překonání vlastních nedostatků pacienta v interpersonálních vztazích.

O napodobování se opírá též Kellyho (1955) terapeutická *technika fixování role*. Terapeut napíše pro klienta nárys specifických osobnostních vlastností, vhodný pro hraní role. Pak požádá klienta, aby roli hrál, aby se choval jako osoba zobrazená v nárysu. Tak např. pasivní pacient dostane sebeprosazující roli. Předepsanou roli má klient napodobovat několik týdnů: provádí doma krátká experimentování s projevy nových charakteristik. Terapeut neříká klientovi, že má být takový, jako je v náryse, ale že má jednat, jako by takový byl, že jde o pokus. Důraz na krátké experimentování a na postoj simulace zmenšuje pocit ohrožení. V terapeutických sezeních, která se konají obden, se předepsané role přehrávají tak, jak by byly aplikovatelné na každodenní události v zaměstnání, rodině a společenských vztazích. Terapeut a klient obvykle alternují. Klient napodobuje terapeutovy demonstrace a při výměně rolí si může uvědomit, jak budou druzí ovlivněni jeho novým chováním. Pak klient předvádí roli doma ve svém vlastním prostředí. Teprve až roli dokonale zvládne a až se prodiskutují klientovy zážitky při provádění této role, rozhodne se klient, zda chce nově naučené chování přijmout trvaleji. Účinnost této metody se zatím nezkoumala. Bandura (1969) se domnívá, že by mohlo být výhodnější – namísto okamžitého zkoušení chování zcela kontrastního k vlastnímu – nacvičovat napřed chování mírně odlišné, a to jednak proto, že je to snazší, jednak proto, že náhlou změnu může špatně přijímat okolí pacienta.

Pokud pacienty přímo instruujeme, aby pozorovali a reprodukovali chování předvedené jinými nebo roli vytvořenou v představě či napsanou ve scénáři, mohou pohlížet na výsledné změny jako na simulované, nepravé a povrchní. Ve skutečnosti však může být hraní rolí účinným prostředkem i k dosažení stabilních afektivních a postojových změn. Může k tomu přispívat princip kognitivní disonance (Festinger 1956), směřující k vyrovnání rozporu mezi postojem a chováním tím, že se postoj přizpůsobí chování.

Závěrem uvedeme ještě několik dílčích technik omezenějšího významu, které se uvádějí v behaviorálním písemnictví. Je to negativní nácvik, metoda přesycení a technika zastavení nežádoucích myšlenek.

*Negativní nácvik a metoda přesycení.* Princip obou metod spočívá v tom, že se úmyslně vyvolává reakce, která je nežádoucí. Při negativním nácviku se má dostat opakovaným úmyslným vyvoláváním pod volní kontrolu, při přesycení se provádí tak dlouho, až dojde k únavě příslušných center a reakce začne vyhasínat. Postup se považuje za indikovaný u monosymptomatických neurotických návyků, jako písáckých křečí, koktání, dumlání prstů a enurézy. Nemocný v terapeutických sezeních vědomě opakuje své chybné reakce. V Hullově pojetí znamená tento způsob léčby posilování podmíněného útluhu.

Tak např. u koktavosti nacvičuje Lehner dvakrát týdně po jedné hodině. S nemocným hovoří a hovor přerušuje, když se nemocný zakoktá. Chyba se pak vědomě a co nejpřesvědčivěji napodobí za pomoci zrcadla i se všemi pohybovými složkami. Yates zase při léčbě tiků žádal, aby nemocný po delší dobu stále co nejpřesněji napodoboval své tiky (např. 5 minut při každém sezení – sezení jsou denně – a 5 minut analogicky doma sám). Kondáš aplikoval v době, kdy pacient úmyslně opakuje tikové pohyby, nepříjemnou galvanizaci. Ukončení cvičení se spojovalo se zastavením proudu a relaxací. Během jednoho sezení se celý postup se sledem „napětí–uvolnění“ opakuje čtyřikrát až osmkrát.

*Zastavení nežádoucích myšlenek.* Tento postup, označovaný také jako stop-technika, má pacienta naučit ukončovat nežádoucí sled myšlenek, např. depresivní nebo úzkostné úvahy, neplodné přemýšlení o nepříjemných záležitostech nebo setrvání u nutkavých myšlenek a obav. Terapeut nejprve žádá pacienta, aby si úmyslně vyvolal nepříjemné myšlenky a představy, které ho obtěžují. Když se pacient do těchto myšlenek pohrouží, vykřikne terapeut hlasitě „stop!“ To obvykle vede k vyrušení z představ s narušením příslušného myšlenkového řetězce a pacient dokáže podle pokynů terapeuta snadno věnovat pozornost něčemu jinému, hodnotnějšímu. Postup se vícekrát opakuje. Pak má pacient opakovat toto cvičení sám. „Stop“ si říká napřed hlasitě a později už jen v duchu. Tuto techniku lze výhodně kombinovat s technikou označovanou jako *vnitřní sebeprosazení*, při níž si pacient o sobě říká – napřed hlasitě a pak jen v duchu – něco pozitivního.

Další komplexnější behaviorální techniky, které se využívají při práci s konfliktními interpersonálními (zejména manželskými) vztahy, jako je *nácvik pozitivní komunikace a nácvik řešení problémů*, popisujeme podrobně v monografii „Manželská terapie“ (2000).

Tréninkové metody, jak jsme již uvedli v teoretické části práce, se označují jako symptomatické, nepřihlízející k hlubším kořenům pacientových obtíží. Využívají však velmi účinně známých a experimentálně prokazatelných mechanismů. Jejich výsledky jsou vesměs přesně hodnotitelné a podle statistik jejich zastánců velmi dobré. Tréninkové metody jsou na místě zejména u poruch, které mají ráz maladaptivních návyků, fixovaných patologických podmíněných reflexů a stereotypů, nebo chybějících dovedností. Nejširší použití má autogenní trénink, který kombinuje systematická relaxační cvičení s principem autosugesce. Značně populární jsou nyní metody tréninku asertivity a u fobií a obsesí metody postupné expozice. Všechny tréninkové postupy vyžadují systematickou kontrolu. U těch postupů, při nichž část nácviku provádí pacient samostatně doma, je zvlášť důležité vedení písemných záznamů, které pacient při každém sezení předkládá ke kontrole.

Podrobný popis tréninkových technik, vycházejících z behaviorálního přístupu, lze najít v příručkách: J. Wolpe, A. Lazarus „Behavior therapy techniques“ (1966), J. Wolpe „The practice of behavior therapy“ (1990), v obsáhlejších monografiích A. Bandury „Principles of behavior modification“ (1969), A. Yates „Behavior therapy“ (1970) a příručce pod redakcí Kanfera a Goldsteina „Helping people change: A textbook of methods“ (1991). Dále jsou četné metody uváděny v knize O. Kondáše „Discentná psychoterapie“ (1973), v překladu příručky K. Hawtona „Kognitivně behaviorální terapie u psychiatrických pacientů“ (1989) a v českém manuálu J. Praška a M. Šlepeckého „Kognitivně behaviorální terapie u depresí“ (1995). Pacientům je určena populárně napsaná kniha J. Praška „Pomoc v zoufalství a beznaději, aneb jak překonat depresi“ (1998).

Speciálně asertivním tréninkem se zabývají publikace V. Capponi a T. Nováka „Asertivně do života“ (1994), J. Praška, J. Šípka a V. Minaříkové „Asertivně proti depresi“ (1995), J. Praška a H. Praškové „Asertivitou proti stresu“ (1996), Nazare-Agy „Nenechte sebou manipulovat“ (1999), M. Smitha „Říkejte ne s úsměvem“ (2003) a R. Albertiho a M. Emmonse „Umění stát si za svým“ (2004).

# Psychoanalytická psychoterapie

K psychoanalytické terapii patří technika volných asociací, interpretace snů, analýza odporu, přenos, vznik přenosové neurózy a její rozřešení až k úplnému uzdravení. Úkolem terapeuta je odhalit podstatu konfliktů a přivést pacienta k náhledu na nevědomou motivaci. („Einsicht“, „insight“, se tradičně překládá jako „náhled“, i když vhodnějším překladem by bylo spíše „vhled“ do nevědomé motivace.) Pacient přijatý k léčení má mít dostačující intelektuální úroveň.

## 6.1 Technika volných asociací

Pacient se pohodlně položí na gauč, terapeut sedí v křesle za pacientem mimo jeho zorné pole tak, aby na něho pacient neviděl, ale aby on sám mohl sledovat výraz pacientova obličeje. Terapeut požádá pacienta, aby nechal myšlenky volně plynout a nahlas říkal vše, co ho bude napadat, nesnažil se sdělení nějak logicky uspořádat, nebránil se rovněž citovým hnutím, která by mohla sdělení provázet. Typická instrukce zní asi takto: „V běžné konverzaci se obvykle snažíte udržet logický postup myšlenek a vylučujete všechny vedlejší myšlenky, abyste nepřebíhal od jedné věci k druhé. V psychoanalytických sezeních musíte mluvit zcela jinak. Když budete mluvit o tom, co vás napadá, budou vás napadat i různé myšlenky, které byste raději zamlčel, protože vůči nim máte námitky. Budete v pokušení myslet si „toto je nedůležité, bezvýznamné nebo nesmyslné“ a budete mít tendenci vyhnout se tomu, abyste o tom mluvil. Sdělte však tyto myšlenky přesto, že si to nepřejete. Později pochopíte důvody tohoto požadavku. Mluvte o všem, co vám proběhne myslí. Představte si, že jste cestující, který popisuje někomu, kdo sedí vedle vás, měnící se pohled, který vidíte z okna vlaku. Nikdy nezapomeňte být naprosto poctivý a nevynechte nic jen proto, že je vám nepříjemné o tom mluvit.“

Podle klasických Freudových požadavků se má konat hodinové sezení každý den mimo neděli, tedy 6 sezení v týdnu. Později se frekvence sezení ustálila na 4–5krát

týdně po 50 minutách. Pacient má počítat s trváním analýzy půl roku až tři roky. Od terapeuta se vyžaduje postoj neutrálního člověka, který s porozuměním naslouchá. Vzpomínky při technice volných asociací probíhají obvykle v řetězcích tak, že ty vzpomínky, které mají vztah k čerstvějším událostem, se vyskytují dříve. Za nimi následují vzpomínky, které zasahují do dřívější doby.

## 6.2 Interpretace a analýza odporu

Při volných asociacích je terapeut zpočátku zcela pasivní, v určité fázi terapie však začíná aktivně zasahovat s interpretacemi. Doplňuje chybějící souvislosti, které se týkají nevědomých obsahů a představují patogenní momenty onemocnění, a ty se snaží dostat pacientovi do vědomí. Interpretace se řídí Freudovou teorií o vzniku neuróz. V podstatě se odhalují různá přání a zákazy, které bránily jejich realizaci. O tom, zda je interpretace správná, nerozhoduje terapeut, nýbrž pacient. Zůstává na něm, zda ji přijme. Platí zásada, že interpretovat se má tehdy, když pacientovi schází již jen krůček k vlastnímu poznání. Když pacient interpretaci zpracuje a přijme, je pravděpodobně správná. Pacientovi je však nutno ponechat čas, aby ji zpracoval, aby překonal odpor.

Komplexnější vývojové interpretace větších problémových okruhů nazývají analytici *rekonstrukce*. Obsahují např. analytikův názor na to, jak se nouzové řešení dřívější životní krize odráží v současných obtížích. *Z analýz se ovšem rekonstruuje pouze subjektivní zpracování minulých událostí, nikoli to, jaká byla objektivní skutečnost.* Vzpomíná-li např. dospělý pacient, jak trpěl matčiným chladem a odmítavostí, neuzavírá analytik, že pacientova matka byla skutečně chladná. To se z analýzy nepozná a takový „objev“ by také nebyl terapeuticky užitečný. Pacient potřebuje v terapii pochopit, co asi tenkrát od matky chtěl, v čem byl nespokojen a v čem tuto situaci dnes ve vztahu k terapeutovi i ve svém současném životě opakuje.

*Odpor* je vše, co ruší postup analýzy. V samotném sdělování volných asociací se projevuje např. delšími odmlkami, které naznačují, že pacient pozměňuje a upravuje svá sdělení. Dále se projevuje neschopností vyvolat si jakoukoli představu, dlouhými řetězci myšlenek probíhajících v kruhu a náhlou změnou tématu. Při interpretaci se projevuje nechutí k přijetí interpretace. Úkolem terapeuta je pomoci pacientovi k poznání a později k překonání odporů, jichž si pacient zpočátku není vědom. Podstatná část léčení záleží právě v analýze odporu.

## 6.3 Přenos a přenosová neuróza

Přenos je zvláštním, afektivně zabarveným vztahem pacienta k terapeutovi. V souvislosti s tím, že pacient analytikovi vypráví otevřeně o mnoha svých zážitcích, jimž analytik trpělivě naslouchá, vzniká určité spojení, v němž se projevuje důvěra i pochyby, přání i obavy. Žena začíná projevovat vůči mužskému analytikovi city, sympatie až zamilovanost se sexuálními zabarvením. V takovém případě mluvíme o pozitivním přenosu. U muže se mohou do tohoto pozitivního přenosu promítnout latentní homosexuální tendence. Pod vlivem pozitivního přenosu se pacient ochotně podrobuje léčení, jeho sdělení jsou bohatá, denně se získává další patogenní materiál. Na uvě-

domění si těchto pocitů může pacient reagovat novým odporem, tzv. přenosovým odporem. Analogicky vzniká tzv. negativní přenos, ve kterém se projevuje skryté nepřátelství, chladná rezervovanost a hostilní odmítání interpretací.

Pro psychoanalytický přístup je podstatné, že tyto pocity a vztahy se nepovažují za reakci na skutečnou osobu psychoterapeuta, nýbrž za opakování vztahů k osobám v pacientově minulosti. Analýza přenosu ukáže, že terapeut není ničím jiným než představitelem či obrazem dřívějšího objektu lásky, na nějž se libido v neurotické fixaci vázalo. Tak přenáší např. žena na analytika vlastnosti svého otce, i ty, které analytik ve skutečnosti nemá. Reaguje na něho svým potlačeným oidipovským komplexem. Podobně mužskému pacientovi se stává analytik obrazem otce a v negativním přenosu se s ním střetává, jako se střetával s otcem. Přenos souvisí tedy s psychoanalytickým principem nutkavého opakování s nutkavým přenášením zapomenuté minulosti na různé osoby a oblasti současné situace. Přenos je opakování ve vztahu k terapeutovi. Infantilní zážitky a vztahy se na něj přenášejí, i když terapeut nic nedělá, resp. o to snáze, že nic nedělá. Svým neutrálním postojem a chováním se stává bílým plátnem, do něhož může pacient své vazby libovolně promítat. Přenos je žádoucí a důležitou složkou terapie. Ambivalentní vztahy lásky a nenávisti vzniklé vůči rodičům probíhají nyní za změněných okolností a stávají se ovlivnitelnými. Přistupuje-li se k nim správně, mohou se dostat pod volní kontrolu.

V psychoanalytickém pojetí znamená přenos nevědomé a nutkavé opakování infantilních, z libida vycházejících přání a vztahů vůči otci a matce ve vztahu k terapeutovi. V současné psychoterapeutické literatuře se však pojmu přenos stále více používá v širším smyslu pro nerealistické opakování jakýchkoliv emočně podbarvených vztahů a zkušeností z minula ve vztazích současných, tedy nejen z dětství, nejen vůči rodičům, nejen sexuálně podbarvených a nejen vůči terapeutovi.

Přenos klade na terapeuta značné nároky. Musí být opatrný, aby nereagoval na afektivní útoky, nesmí opětovat citové vztahy ani hostilitu, musí být nepřístupný jakémukoli pokušení. Svůj osobní život má udržet zcela oddělený od terapeutického vztahu. Lékař neznalý analytických principů se může po zjištění, že pacient se vůči němu staví nepřátelsky, cítit dotčen a uražen, nebo naopak zjištění, že pacientka o něm blouzní, může naivně narcisticky zpracovávat a připisovat její obdiv svým zvláštním schopnostem nebo kouzlu své osobnosti. Může nevědomě směřovat k tomu, aby mocí, kterou mu dává přenos, zvýšil své vlastní sebevědomí. Analytik si je vědom toho, že přenos nemá co dělat s jeho osobními nebo terapeutickými schopnostmi, a jevu přenosu využívá pouze k další léčbě pacienta.

Původní neuróza se v průběhu analýzy přemění v přenosovou neurózu. Pomocí interpretační práce, afektivního znovuprožívání a trpělivého zpracování situací z dětství se pacient zbaví svých příznaků a obtíží. Místo toho se vyvine umělá, *přenosová neuróza*: pacient si přeje zůstat v léčení, odmítá být zdrav, protože současně s uzdravením by se musel vzdát vztahu k terapeutovi. Hlavním úkolem této fáze terapie je léčení přenosové neurózy. Přenos se překoná tím, že se analyzuje a interpretuje. Pacientovi se vysvětluje, že jeho city nepocházejí ze současné situace a nepatří osobě terapeuta, nýbrž že jsou jen opakováním dřívějších způsobů chování a přání. Přenos se tedy vyřeší opět náhledem, odpoutáním se pacienta od terapeuta a navázáním nových reálných lidských vztahů.

Závěrečná syntéza a psychagogika není v pojetí ortodoxních psychoanalytiků zapotřebí. Samotná psychoanalýza má přivést pacienta k samostatnosti, když ho uvolní z jeho infantilních fixací, odstraní mechanismy potlačení a sníží úzkost. Pacient tím automaticky bere otěže do ruky, je schopen sám řídit svůj osud, sublimovat své libido nebo je uspokojit v nových, tentokrát reálných lidských vztazích. Tak se uskutečňuje i odpoutání od analytika a konečné zrušení přenosu jako přirozený důsledek nově vznikajících vztahů.

Ať terapeut chce či nechce, uplatňuje se v psychoanalytické terapii významnou měrou vedle přenosu též *protipřenos*, spočívající v tom, že i terapeut promítá do pacienta své vlastní problémy a potlačená přání. To může značně komplikovat léčbu. Aby měl analytik náhled na svou vlastní motivaci, považují psychoanalytické organizace za podmínku analytické praxe absolvování cvičné analýzy u zkušeného analytika, a to se stejnou frekvencí sezení a po stejnou dobu, jaká se vyžaduje u analýzy terapeutické.

## 6.4 Ukázka aplikace

Aplikace stručně vyložených zásad a fází praktického psychoanalytického postupu není zdaleka jednoduchá. Složitost interpretace jak snů, tak příznaků tkví v tom, že bývají nezdědka *předeterminovány*. Kombinuje se v nich symbolika řady traumatických zážitků a stojí „jednou nohou v situaci aktuální a druhou v raném dětství“. Někde dochází vlivem cenzury k přesunu, jindy k přeměně v opak. Jeden prvek zastupuje současně několik různých událostí či rozporných přání apod.

Uvedme jako příklad Freudovu analýzu jednoho snu osmnáctileté Dory, která trpěla záchvaty kašle, provázenými zčásti afonií, nezánětlivým výtokem, rozladami, tendencí k autismu, projevovala neodůvodněnou neváživost k matce a suicidální tendence demonstračního rázu. Symptomatika zapadala do obrazu hysterie.

Z významných faktorů životní situace pacientky je nutno uvést, že její otec, který se dříve infikoval venerickou nákazou a v současné době trpěl plicní chorobou, měl dlouhodobý poměr s paní K-ovou a manžel této ženy, pan K., se zajímal o Doru. Otec dělal, že to nevidí. Matka pacientky byla přehnaně čistotná a pořádkumilovná žena, která také trpěla výtokem, pravděpodobně v důsledku venerické nákazy přenesené od manžela.

*Sen:* v jednom domě hoří, otec stojí před mou postelí a budí mě. Rychle se oblékám. Matka chce ještě zachránit svou skříňku na šperky. Otec však praví: „Nepřeji si, aby mé děti uhořely pro tvou skříňku na šperky.“ Spěcháme dolů a jakmile jsme venku, probouzím se.

*Volné asociace ke snu* přinášejí myšlenku: v noci se může něco přihodit, takže musíme ven. Sen vzniká původně jako reakce na prázdninový zážitek, kdy pan K., u něhož o prázdninách s otcem bydleli, překvapil pacientku spící v její ložnici. Od té doby se ráno vždy „rychle oblékala“. Pan K. jí dříve daroval skříňku na šperky, snad očekává „dar za dar“. Symbolická „skříňka na šperky“, vagina, je v nebezpečí, a jestli se stane nějaké neštěstí, bude to otcova vina. Proto je do snu pojata situace znázorňující pravý opak: otec ji z nebezpečí vysvobozuje. Místo matky by měla být ve snu paní K-ová. Pacientka je ochotna panu K. darovat to, co mu odpírá jeho žena. To je myšlenka, která musí být potlačena s takovou námahou, že si vynucuje přeměnu všech prvků v pravý opak. Sen potvrzuje, že pacientka v sobě vzbuzuje starou oídipovskou lásku k otci, aby se ochránila proti lásce pana K. Bojí se svého pokušení mu vyhovět.

Oheň ve snu zastupuje jednak zamilovanost, „shoření láskou“, jednak svůj protiklad, vodu: jde o to, aby skříňka nebyla „namočená“, což je patrné zejména v souvislosti s formulací, že se v noci může něco stát. Připomíná to pomočování pacientky v šesti letech, které, jak ukázala další analýza, souviselo s masturbací. Mokru však připadá i úloha uzlu několika představ. Náleží též k představě koitu s ejakulací, současně má vztah i k výtoku pacientky a její matky. Asociálně se vynořuje myšlenka, že matka si kdysi od otce přála šperk ve tvaru kapek, což je zejména představě o sexuálním mokru blízké.

Prvek snu „maminčina skříňka na šperky“ tedy nahrazuje zmínku o infantilní žárlivosti na matku, o sexuálním styku, o onanii a o znečištění výtokem, který nějak souvisí se sexuálním stykem, a na druhé straně o svůdných myšlenkách, nyní aktuálních, které se dožadují opětování lásky a vykreslují vytouženou i hroící sexuální situaci. Prvek „skříňka na šperky“ je výsledkem zhuštění, přesunu i kompromisem protichůdných proudění, má několikery původ ze zdrojů infantilních i aktuálních, je determinován mnoha vzpomínkami i přáními.

Stručně k *determinaci kašle a afonie*, jak vyplynula z další Freudovy analýzy případu: nejnižší je navrstveno kdysi se vyskytnuvší skutečné, organicky podmíněné dráždění ke kašli. Je fixováno patrně prvním psychickým přestrojením, napodobováním otce trpícího plicní chorobou, k němuž je pacientka přitahována. Táž skupina příznaků je schopna znázorňovat vztahy k panu K., lítost nad tím, že je nepřítomen. Afonie je tu proto, že zde není pan K., v jeho nepřítomnosti není třeba mluvit. Když se část libida opět obrací k otci, nabývá kašel významu jako znázornění pohlavního styku s otcem tím, že se dcera ztotožňuje s otcovou milenkou paní K-ovou. Pohyby při kašli znázorňují pohyby úst při koitu per os.

Příklad (podrobněji viz v Psychoanalytických chorobopisech nebo ve 2. svazku Freudových Vybraných spisů) ukazuje názorně pracnost a komplikovanost a současně i vykonstruovanost freudovského pojetí. Velmi instruktivní je v tomto směru také Freudova analýza ovesantního pacienta s označením „*Krysí muž*“, kterou ve své publikaci o Freudovi výstižně parafrázuje Černoušek (1996, str. 85–91).

Psychoanalýza je metoda časově náročná a pro pacienty značně nákladná. Stejně nákladná je i pro školícího se terapeuta, který musí absolvovat vlastní dvouletou až tříletou osobní cvičnou analýzu a dále teoretickou výuku a práci s pacienty pod supervizí, dříve než získá oprávnění vykonávat samostatnou praxi.

Základním pramenem pro studium psychoanalytické techniky jsou Freudovy spisy. Přehledný novější nárys představuje „The techniques of psychoanalysis“ (1955) anglického psychoanalytika E. Glovera. Systematickou moderní učebnicí klasické psychoanalytické techniky je monografie R. Greensona „The techniques and practice of psychoanalysis“ (1967). Autor vydal za svého života pouze první díl. Druhý díl připravili o 25 let později Sugerman, Nemiroff a D. Greenson (1992). V češtině jsou základní informace o psychoanalytické technice přehledně shrnuty v knize Sandler, Dare a Holder „Pacient a psychoanalytik“ (1994).

## 6.5 Krátká psychoterapie s psychoanalytickou orientací

Praktické problémy, které omezují užití klasické analýzy pro řadu pacientů zejména z časových a finančních důvodů a snižují tak terapeutický akční rádius psychoanalytiků, vedly k různým formám zkracování klasické techniky a k vypracování tzv. krátké nebo fokální terapie. „Krátká psychoterapie“ vychází i nadále z koncepce, že potíže a problémy pacienta jsou důsledkem protikladných intrapsychických tendencí,



a používá pojmového aparátu psychoanalýzy. Staví si však určité hranice, pokud jde o objevení psychogenních souvislostí a přeměnu skrytých konfliktů v uvědomělé.

Ve fokální psychoterapii (Balint a spol. 1972) volí terapeut malý počet cílů nebo ohnisek a soustředí své terapeutické úsilí na jejich dosažení a vyřešení. Nenechává se od toho odvádět tak obtížnými úkoly, jako je změna celé osobnosti. Jde i nadále o náhled dosahovaný pomocí interpretací, ale nečeká se na jeho pomalý vývoj. Terapeut je v interpretování daleko aktivnější.

V krátké analyticky orientované psychoterapii se počet sezení předem omezuje na 10–40 (Malan 1965), 10–30 (D. Beck 1974), jiní jej omezují na 12 (Mann 1973) nebo dokonce na 6 (Bellak a Small 1972). Většinou probíhá jen jedno sezení týdně. Pacient neleží na gauči, ale sedí proti terapeutovi a volně hovoří. Volných asociací se využívá jen výjimečně. Terapie je indikována u pacientů s relativně silným ego a dobrou motivací k léčbě, u nichž lze nalézt vymezený problém jako terapeutický cíl.

Pacient přináší v prvních rozhovorech materiál, ve kterém se terapeut snaží najít ohnisko. Pokouší se vytvořit si rychle psychodynamickou hypotézu o možném vzniku symptomů, k čemuž se musí orientovat v symptomatice, ve vyvolávající situaci a v životní historii pacienta.

Schematicky si lze představit vznik fokálního konfliktu asi takto: rušivý motiv (pudový impuls nebo přání) se dostává do konfliktu se sekundárním motivem (reakcí ego nebo superego) a z toho vzniká nutnost řešení, které může mít charakter adaptivního řešení nebo obranného kompromisu. *Aktuální konflikty* vznikají zpravidla v návaznosti na dřívější a hlubší *jaderné či bazální konflikty* (D. Beck 1974).

Základní principy léčebného postupu, jak je uvádějí Bellak a Small (1972), jsou tyto:

1. Komunikace od pacienta k terapeutovi: pacient sděluje terapeutovi své problémy, anamnézu a současnou životní situaci.
2. Náhled terapeuta: terapeut objevuje základní společné jmenovatele v pacientově chování v příčném i vertikálním řezu.
3. Komunikace od terapeuta k pacientovi: terapeut interpretuje, sděluje pacientovi, jak chápe společné jmenovatele různých vzorců jeho chování. Nabízí zpravidla napřed řadu částečných a oslabených interpretací, aby vyzkoušel pacientovu připravenost interpretaci přijmout. Interpretace je třeba vhodně dávkovat.

Uvedme Beckův (1974) příklad takového dávkování: Třiatřicetileté ženě náhle zemřel manžel na infarkt. Od té doby trpí pacientka závratěmi a pocity nejistoty. V prvním rozhovoru se zmíní o tom, jak se snaží, aby nepůsobila dojem „veselé vdovy“, protože se stále cítí k zemřelému manželovi citově vázána. Ve skutečnosti však svým vnějším vzhledem, nápadným účesem a oblečením dojem veselé vdovy vyvolává. Impulzivní terapeutova interpretace, která by vyvolala odpor, by zněla např.: „Ve skutečnosti byste chtěla být veselou vdovou, ale odmítáte tyto pocity, a proto je vám nevolno.“ Opatrná interpretace, která bere v úvahu odpor, zní např.: „Pro ženu, která vždy usilovala o mravní dokonalost, je to jistě nepříjemné, kdyby se o ní mělo mluvit jako o veselé vdově.“ Reaguje-li pacientka např. slovy „to by si o mně nesměl nikdo dovolit říct“, ukazuje, jak jsou její ego-ideály obtížně otřesitelné. Řekne-li „přes všechnu smutek je mi někdy trochu líto, že nemohu být veselou a snažím se přece jen vypadat pěkně“, poukazuje to na integrační schopnost ego.

4. Náhled: pacient je schopen vnímat ve svém prožívání, cítění, myšlení a chování jemu dosud neznámý základní vzorec.
5. Propracování: je to komplexní proces v ego pacienta, k němuž dochází v důsledku nových náhledů a který vede k trvalým změnám v prožívání a chování. Dokáže-li pacient pochopit určitý společný jmenovatel svého chování, lze očekávat, že toho také začne v praxi využívat. Propracování je tedy proces, v němž pacient používá nově získaný náhled v řadě analogických situací, které vyžadují podobné schéma chování.

Získá-li pacient náhled, že vůči svému nadřícenému projevuje nepřátelství, které ve skutečnosti patří jeho vlastnímu otci, můžeme očekávat, že při příštím setkání s nadříceným bude sice ještě zažívat nepřátelské pocity, ale zároveň si vzpomene, co mu bylo řečeno o jeho agresivitě a její projekci. Bude tedy své nepřátelské pocity vůči nadřícenému korigovat. Po určitém čase, jak tomu bývá v každém procesu učení, se bude postupně stávat z volního ovládaní stále automatictější nevědomá kontrola, až pacient přestane své agresivní impulzy projíkovat. Současně si uvědomí podobnou projekci v jiných analogických situacích (Bellak a Small 1972).

Pokud jde o *přenos*, doporučují někteří představitelé krátké, psychoanalyticky orientované terapie s přenosem intenzivně pracovat (Malan 1965), jiní omezit interpretace jen na negativní přenos nebo interpretovat jen tam, kde se přenos týká fokálního konfliktu (Beck 1974), jiní zase doporučují spíše se rozboru přenosu vyhnout: podporovat vytvoření a udržení pozitivního přenosu a snažit se zabránit přenosu negativnímu (Bellak a Small 1972).

Někteří autoři používají pro psychoanalytickou psychoterapii také název *psychodynamická psychoterapie* (Ursano aj. 1998). Pojem psychodynamická v tomto pojetí se nekryje s pojmem dynamická (interpersonální) psychoterapie, který používáme v kapitole o dynamické psychoterapii v této učebnici (srv. též Klimpl 2005).

Jako výklad i návod ke krátkodobé psychoterapii s analytickou orientací mohou sloužit práce D. Malana „Psychoanalytische Kurztherapie“ (1965), D. Becka „Die Kurzpsychotherapie“ (1974, slovenský překlad 2005), L. Bellaka a L. Smalla „Kurzpsychotherapie und Notfallpsychotherapie“ (1972) a L. Wolberga „Short-term psychotherapy“ (1980). Podrobnou kazuistickou ilustraci poskytují mj. knihy M. Balinta, P. Ornsteina, E. Balinta „Focal psychotherapy: an example of applied psychoanalysis“ (1972) a J. Manna „Time-limited psychotherapy“ (1973). K dalším významným autorům v této oblasti patří H. Davanloo (1980), L. Luborsky (1984), P. Sifneos (1992) a H. Strupp a J. Binder (1984). Srovnání různých přístupů podává W. Fleggenheimer („Techniques of brief psychotherapy“, 1982). Do slovenštiny byla přeložena příručka významné německé psychoterapeutky A. Dührssenové „Dynamická psychoterapie“ (1998) a amerických autorů pod vedením H. Levensonové „Krátká dynamická a interpersonální terapie“ (2005). Od roku 1999 vychází v Praze časopis *Revue psychoanalytické psychoterapie*.

# Interpersonální psychoterapie

Interpersonální psychoterapie věnuje pozornost především současným interpersonálním vztahům jako zdroji potíží (i projevům potíží) pacienta. Vede pacienta k objevení a pochopení souvislostí mezi jeho symptomy a interpersonálními vztahy a pak k poznání, jak se na problémových, konfliktních, frustrujících či traumatizujících interpersonálních vztazích sám podílí svými vlastními postoji a reakcemi, svým způsobem prožívání a chování – jaké vyvolává *odvetné reakce* okolí, které zdánlivě potvrzují jeho nesprávné předpoklady. Takové poznání označujeme jako *interpersonální náhled*.

Podle potřeby věnuje tato metoda psychoterapie pozornost i tomu, z čeho současné nevhodné reakce v interpersonálních vztazích vyplývají, jak se na nich podílí nedostatečně nebo nevhodně zpracované zážitky z minulosti – do jaké míry dochází k nutkavému *opakování* minulých zkušeností, *generalizování* v postojích, k nepřiměřenému *přenášení* dřívějších zkušeností do současných situací a vztahů. V tomto případě usiluje i o *patogenetický náhled* a přibližuje se terapii analytické, na rozdíl od ní však není ve výkladu vázána koncepcemi ani pojmovým aparátem psychoanalýzy a přihlíží k široké mnohotvárnosti motivačních a frustračních faktorů.

*Přenos*, který v psychoanalytickém pojetí znamená nevědomé a nutkavé opakování infantilních, sexuálně podbarvených přání a vztahů vůči otci a matce ve vztahu k terapeutovi, se v interpersonální psychoterapii chápe šířeji jako nerealistické opakování jakýchkoliv emočně podbarvených vztahů z minulosti ve vztazích současných (tedy nejen z dětství, nejen vůči rodičům, nejen sexuálně podbarvených a nejen vůči terapeutovi). Při přenosu člověk nereaguje na skutečnou osobu nebo na skutečné chování příslušné osoby, ale na to, co si do této osoby *promítá* ze svých vztahů a zážitků z minulosti. Je to proces, k němuž dochází často a dá se s ním dobře terapeuticky pracovat: je třeba, aby pacient získal náhled a pak své současné reakce odlišil od minulých, aby byly přiměřené současnému chování druhé osoby.

*Práce s chováním* zde – na rozdíl od behaviorálního nácviku sociálních dovedností – není primární, ale vychází až z klientova porozumění vlastním interpersonálním vztahům a poruchám v nich, popř. i příčinám těchto problémů v nezpracovaných generalizovaných vztazích dřívějších. Teprve toto *porozumění* (náhled) vytváří předpoklady pro změnu, a to nejprve v postojích a v prožívání a pak i ve vnějším chování. Tvoří základnu pro účinné *zkoušení* nového chování a jeho *trénink*.

Interpersonální psychoterapie směřuje k pochopení neuvědomovaných souvislostí, a proto se někdy uvádí též jako *náhledová* psychoterapie. K dosažení pacientova náhledu využívá terapeut interpretací, a proto se někdy používá také označení *interpretační* psychoterapie. Tato terapie vede současně pacienta ke korigování nesprávných postojů, očekávání a reakcí, a to nejen na úrovni rozumové (kognitivní), ale i na úrovni emoční, pomocí emoční korektivní zkušenosti. Proto bývá označována též jako *emočně korektivní* terapie. Teoreticky využívá zejména poznatky dynamické psychoterapie, a proto se též nazývá *dynamická*. Pomáhá pacientovi pochopit patogenezi jeho potíží v souvislosti s vývojem jeho osobnosti a jeho vztahů k lidem, a proto pro ni ruští autoři volili název *patogenetická* psychoterapie. Hlavním předmětem její činnosti je poznávací, emoční i nácviková práce s interpersonálními vztahy, a proto se v našem výkladu přidržujeme názvu *interpersonální* psychoterapie.

Každý z uvedených alternativních názvů označuje dílčí metodické či obsahové hlediště. V jednotlivých, prakticky používaných postupech se také může klást větší důraz na některou složku (např. poznávací, emoční nebo nácvikovou, na bludný kruh ve vztazích s okolím v současnosti nebo na propojení současných problémů s minulostí apod.). Interpersonální psychoterapie se může provádět v individuálních sezeních a současně je vhodným metodickým přístupem pro skupinové formy léčby. Skupinová situace značně rozšiřuje její možnosti.

Povšimneme si jednotlivých metodických složek, jimiž jsou: podporování náhledu, vytváření předpokladů pro korektivní emoční zkušenost, využití skupinové dynamiky a skupinových technik psychodramatu a psychogymnastiky a využití systému terapeutické komunity.

## 7.1 Náhled

Vliv událostí závisí na tom, jak je osoba vnímá. Lidé filtrují nebo výběrově ignorují zpětnou vazbu z okolí, která neodpovídá jejich pojetí, a zaměřují se nebo vybírají jako předmět z pozadí ty složky zpětné vazby, které jejich pojetí potvrzují. Události, které zažíváme, určujeme do jisté míry sami tím, že je očekáváme. Očekávání ovlivňuje naše chování a chováním pak napomáháme výskytu těchto událostí. Neadaptivní chování přetrvává mimo jiné proto, že je založeno na vnímání, očekávání nebo konstrukcích charakteristik jiných lidí a ty se pak pacientovi potvrzují na základě jeho vlastního chování k nim. Jinými slovy: pacient vyvolává komplementární reakce u druhých a těmito reakcemi si potvrzuje své předpoklady.

Projevy zklamání a ukřivdnosti, které Ladka dává najevo ve svém interpersonálním chování, naladí její okolí vůči ní záporně. Vedou k tomu, že se s ní lidé necítí příjemně, a proto se jí raději vyhnou. I zaměstnavatel se jí raději vzdá ve prospěch jiné, optimističtější či

vděčnější osoby, a potvrdí tak její očekávání a „pravdivost“ jejího předpokladu, že lidé jsou zlí a že jí křivdí. Ladětiny současné projevy mají svůj kořen v nějaké skutečné křivdě, kterou by bylo třeba objasnit. Zatím však vedou k anticipaci dalších křivd a k chování, které křivdy přímo přitahuje.

Terapeut má určit a objasnit nepružné a nevhodné styly a pomoci pacientovi najít odlišné formy chování, přizpůsobené měnlivým skutečnostem specifických setkání.

Interpersonální psychoterapie využívá poznatku, že klient často komunikuje s terapeutem podobným způsobem, jako to dělá s významnými osobami ve svém okolí. Prvním úkolem terapeuta je poznat, popsat a posoudit klientův styl, který se projevuje v interakci s terapeutem. Důležitým nástrojem tohoto posouzení jsou terapeutovy vlastní pocity, které u něho klient během interakcí vyvolává. Terapeut se přitom opírá nejen o verbální, ale i o neverbální složku komunikace. Jeho dalším úkolem je spojovat tyto reakce s reakcemi pacienta na lidi v jeho okolí mimo terapeutické prostředí. Třetím úkolem je – pokud se to ukáže potřebné – spojit tyto reakce se zážitky v pacientově minulosti.

Interpersonální psychoterapie se zaměřuje na dva druhy příčinných vztahů:

- a) horizontální – co člověk nyní dělá druhým lidem a co v souvislosti s tím druhí dělají jemu (tj. zpravidla potvrzují jeho očekávání);
- b) vertikální – co se v minulosti člověka stalo (nebo delší dobu trvalo) a emočně na něj silně zapůsobilo.

Paradox neurotického bludného kruhu je v tom, že neurotik je obětí situací, které nejsou způsobeny pouze vnějšími faktory – jak nesprávně předpokládá – ale že si je sám nevědomky pomáhá připravovat. Uvedeme nyní problematiku podrobněji na typickém příkladu jedné z našich patientek.

Věra, pětaticetiletá staniční sestra, se přichází léčit s potížemi neurastenického typu, jejichž příčinu nacházíme ve vyčerpanosti a konfliktních vztazích na pracovišti: podřízené Věru neposlouchají, za zády ji očerňují před nadřízenými, vidí na ní kdejakou chybu. Patientka se dostává do nemilosti, dělá leccos za ně, přepracovává se. Během hospitalizace na běžném otevřeném psychiatrickém oddělení pacientka pookřeje. Zařizujeme jí přeložení na nové pracoviště. Je bez potíží a spokojena. Za dva roky se dostává do léčení znovu se stejným neurastenickým syndromem. Jako příčinu uvádí: „Podřízení ji neposlouchají, pomlouvají ji u nadřízených, dotahuje za ně, přepracovává se“. Změna prostředí nepomohla, vše se opakovalo. Je třeba hledat, zda chyby nejsou v chování pacientky samé.

V interpersonálně orientované psychoterapii se ukazuje, že Věra se k podřízeným pracovníkům chová s nedůvěrou a nadřazeností, vše kritizuje a nic nepochvaluje, nikdo se jí ničím nezavděčí. Předpokládá, že spolupracovníci budou pracovat špatně, a přísně opravuje i malé chyby. Oni pak pracují bez zájmu a přenechávají jí práci, aby si ji udělala sama. Věřino vlastní chování tedy opakuje patologickou situaci, která zase vyvolává neurotické symptomy jako bolesti hlavy, podrážděnost, nespavost aj. Nejen subjektivní potíže, ale také samo chování pacientky je neurotické a k dosažení trvalého vyléčení je potřebná jeho změna.

Jak takové neurotické chování vzniklo? Psychoterapeutický rozbor ukázal, že vzniklo na základě první traumatizující zkušenosti, kdy jako mladá, ctižádostivá pracovnice, čerstvě ustanovená do funkce staniční sestry, nezkontrolovala práci nesvědomité podřízené, což mělo za následek poškození pacienta, disciplinární trest a u Věry pocit viny. Tento zážitek ovlivnil postoj a chování k pracovníkům na dalším pracovišti, kam byla přeložena. *Nesprávně zobecnila* předchozí silně citově podbarvenou zkušenost. Přenesla nedůvěru, podezřívavost, tvrdost a nelaskavost do vztahu k jiným pracovníkům, kteří si to nezasluhovali, a vyvolávala u nich jako odvetnou protestní reakci nepřátelství, nezáměrné projevy lajdáctví, které ji utvrzovaly v jejích postojích a očekáváních a fixovaly její nepřizpůsobivé chování. To se přenášelo i do dalších vztahů a kolektivů a fixoval se bludný kruh.

Proč u některých osob vznikne v důsledku určité negativní zkušenosti vadná společenská generalizace a pod jejím vlivem se pak objevuje nevhodné nepřizpůsobivé chování v každé další podobné situaci – a proč někteří lidé dovedou omezit svou negativní reakci jen na daný traumatizující zážitek? Záleží to jednak na osobnosti, jednak na psychotraumatu, a zejména na jeho relativním významu pro danou osobu. Zklamání v lásce prožilo jistě nesčetné množství osob, aniž jim znemožnilo navázat další uspokojivý vztah, jak tomu bývá u našich neurotiků. Ti jsou např. značně citliví na ohrožení svého sebevědomí, nebo k události došlo v situaci, kdy neměli žádnou jinou oporu.

Tak tomu bylo také u zdravotní sestry Věry s jejím problémem v zaměstnání. Byla neprovdána, bez rodinného zázemí, ctižádostivá, pedantická a hlavní uspokojení hledala v práci. Její pracovní selhání a poškození pacienta pro ni znamenalo daleko víc než pro její lehkomyšlnou podřízenou, která nehodu zavinila.

Ve snaze odstranit současné neadaptivní chování se snažíme pomoci pacientovi:

- a) protnout bludný kruh probíhající v současnosti a navodit odlišné chování či prožívání, které povede k jiným reakcím okolí než dosud nebo k jejich odlišnému zpracování;
- b) vyhledat kritické zážitky z minulosti, zhodnotit jejich neblahý vliv na přítomnost a zpracovat je tak, aby se do přítomnosti již dále nepřenášely.

Při zajišťování náhledu tkví hlavní terapeutova práce v *poskytování interpretací*. Jsou to slovní formulace, které pacientovi nabízejí nový hlubší pohled na souvislosti. Jsou to náměty či hypotézy, které má pacient zpracovat. Může a nemusí s nimi souhlasit, terapeut mu je nesmí vnucovat.

Pro poskytování interpretací nelze terapeutovi nabídnout nějaký obecně použitelný soupis souvislostí současných problémů s minulými zážitky. Určitý zážitek nebo traumatizující situace z minulosti nemá pro přítomnost jednoznačný důsledek. Tatáž prožitá situace může vést u různých osob ke zcela odlišným až protikladným výsledkům. Podobně tentýž současný stav může být způsoben zcela odlišnými až protikladnými zážitky z dětství.

Pacient, který měl příliš autoritativního otce a trpěl jeho prchlivostí a tyranizujícími sklony, může v dospělosti projevoval nepřiměřený *protest* proti všem autoritám, které mu připomínají zážitky z dětství. Může však také projevoval nepřiměřenou *podrobnost* vůči autoritám, protože si v dětství zvykl automaticky a bez odmluv poslouchat, aby co nejvíce snížil své ohrožení otcovými tresty. Nedovede se ani v současnosti vzepřít příkazům, se kterými nesouhlasí, ačkoli by k tomu už mohl mít dostatek možností i sil.

Můžeme zjistit dva *protikladné mechanismy* ve vlivu dětských zážitků. Jedním mechanismem je, že v dospělosti stále *nutkavě hledáme, co nám v dětství chybělo*. Tak např. člověk, který byl jako dítě hodně nemocen a nemohl se začlenit do kolektivu dětí, vyhledává v dospělosti kolektiv, kolektivní akce či zábavy. Naproti tomu člověk, který byl jako dítě vychováván v kolektivních zařízeních a ochuzen o možnosti soukromí, samoty a intenzivních individuálních vztahů, se snaží kolektivním akcím spíše uniknout. Druhým mechanismem je, že *nutkavě opakujeme to, na co jsme si v dětství zvykli*. Kdo si zvykl na kolektiv a kolektivní akce, vyhledává je i v dospělosti, a kdo byl vychován sám jako jedináček a chyběli mu sourozenci a kamarádi, je opět raději sám, protože to umí a pro hladké začleňování do kolektivu nemá vytvořeny příslušné návyky a sociální dovednosti. Způsob reagování a prožívání současně ovlivňují vrozené *temperamentové dispozice*, v tomto případě extraverze–introverze.

Náhled je prostředkem, nikoli cílem. Cílem je změna chování, která z náhledu vyplývá, ke které náhled vytváří předpoklad. Náhled sám o sobě nevede nutně ke změně. Někdy pacient porozumí mechanismům svého chování, ale neumí nebo nechce je změnit. Někdy dokonce využívá patogenetického náhledu, aby jím svoje chování zdůvodňoval nebo omlouval.

Pacient Petr si ve skupinové terapii uvědomil, že jeho protestní chování vůči autoritám vychází z jeho konfliktových zážitků s otcem. Místo aby chování změnil, začal je svými minulými zážitky odůvodňovat a vyžadoval, aby je „vzhledem k jeho těžké minulosti“ ostatní tolerovali.

Pojem náhled používáme v psychiatrii a psychoterapii ještě v dalších významech, na které je třeba upozornit.

U *psychóz* jej užíváme ve významu náhled choroby nebo náhled chorobnosti: pacient uznává, že jeho halucinace, iluze, bludy a jiná zkreslená vnímání či hodnocení skutečnosti jsou projevem onemocnění a neodpovídají objektivní skutečnosti. Náhled se někdy objevuje souběžně s odezníváním akutního stadia onemocnění, jindy se ho snažíme postupně dosáhnout psychoterapeutickým ovlivňováním.

U *závislosti na alkoholu a drogách* znamená náhled uznání závislosti, uznání potřeby léčení a přijetí nutnosti trvalé a důsledné abstinence. Skála rozlišil tři stupně takového náhledu:

- náhled verbální, když pacient potvrzuje uvedená tři tvrzení slovně;
- náhled produktivní, když se podle nich řídí a přistupuje odpovědně k plnění pravidel léčebného režimu a utváření nového životního stylu;
- náhled efektivní, když dodržuje trvalou a důslednou abstinenci ve svém životě po skončení léčby.

## 7.2 Korektivní emoční zkušenost

Pokud by byla účinnost interpersonální psychoterapie pouze nebo převážně záležitostí rozumového náhledu, mohlo by se zdát, že stačí, když zkušený terapeut přivede vhodným způsobem pacienta k poznání, jak se věci mají a jaké dělá chyby, a pacient

se změní k lepšímu. Rozumový výklad však často ke změně nestačí. Hodnotící soudy a vytvořené způsoby chování a prožívání jsou podbarveny emočně a věcná logika může být proti nim slabou zbraní. Pacient potřebuje i emočně prožít, že věci mohou být jinak, než jak on na základě svých nesprávných generalizací předpokládá. Patologické vzorce chování a prožívání se upevnilly hlubokými a silnými emočními zážitky, a proto je i k jejich změně mnohdy potřebné působení silného emočního zážitku.

Alexander a French (1946) zdůraznili význam korektivní emoční zkušenosti. Tato zkušenost znamená, že pacient prožije situaci, která je v rozporu s jeho nevhodným očekáváním, a že tato situace je, podobně jako původní trauma, emočně nabitá a může vést k určitému zlomu v jeho postoji a v dalším chování.

Působivou literární ilustrací korektivní zkušenosti je *příběh Jeana Valjeana* z Hugových Bídníků. Jako mladý muž ukradne Jean Valjean pro hladovějící rodinu své sestry u kupce chleba. Je za to nespravedlivě a krutě potrestán galejemi a s pocitem křivdy se mstí společností dalším protispoločenským chováním. Ke zlomu dochází, když arcibiskup, kterému se pokusil ukrást stříbrné přibory, v rozporu se vši dosavadní Valjeanovou zkušeností před četníky prohlásí, že mu přibory daroval (přidává mu ještě i svícny) a tím ho zachrání od dalšího trestu. Silný zážitek z neočekávaného dobrodiní změnil Valjeanův stereotyp a „zločinný recidivista“ se stává laskavým a obětavým člověkem. Podobně představuje emočně korektivní zkušenost příběh popsany A. S. Makarenkem, který nenapravitelnému mladému zloději, jemuž nikdo nedůvěřoval, svěří k odeslání peníze kolonie. Neočekávaná důvěra, tak kontrastující s dřívější nedůvěrou, koriguje v silném emočním prožitku chlapcovy dosavadní postoje a mění i jeho chování.

Při pokusech o navození korektivní emoční zkušenosti v psychoterapii má základní význam terapeutický vztah. V něm má pacient získat nové zážitky, které se významně liší od všech zážitků dřívějších a mohou vést ke změně jeho postoje. V terapeutickém vztahu se stává terapeut předmětem pacientových nesprávných generalizací. Pacient od něho očekává reakce, se kterými se setkával ve svém okolí, a je připraven na ně reagovat svým obvyklým způsobem. Terapeut musí reagovat jinak. Musí se chovat k pacientovi ne podle toho, jaký v současnosti je, ale podle toho, jaký by měl být.

Korektivní emoční zkušenost nemusí být nutně spojena s náhledem. Jedinec ji někdy nedovede rozumově zformulovat. Sám se může vlivem korektivních emocí změnit, aniž analyzoval příčiny. K rozumovému zpracování někdy dojde dodatečně, s časovým odstupem.

V běžné terapeutické praxi lze obtížně dosáhnout takových mimořádných zážitků jako v uvedených literárních příkladech. Nicméně vztah k terapeutovi a chování terapeuta může vést k obdobným výsledkům. Zážitek nemusí být ani tak silný, ani tak dramatický. Může jej nahradit série opakovaných mírnějších emočních zážitků, důsledně působících ve stejném směru.

Dokáže-li tedy v popsaném případě neurotické zdravotní sestry Věry terapeut reagovat na její panovačné a nedůvěřivé chování vytrvalou přátelskou laskavostí, může změnit její stereotyp, vyžadující ke svému posílení nepřátelskou odvetu.

Výhodné je také, může-li pacient nejen emočně prožít, že „věci mohou být i jinak“, ale může-li též opakovaně prožívat, jak mu nově osvojené chování svědčí, když

z něho může mít radost. Může to být radost z vítězství nad sebou a nově nabytého sebeovládání, radost z kladné citové angažovanosti a důvěry k lidem, větší pružnosti a otevřenosti i z kladných reakcí okolí.

## 7.3 Využití skupinové dynamiky

Zde máme na mysli skupinovou dynamiku jako soubor skupinového dění a skupinových interakcí se všemi zákonitostmi, jichž se využívá jako součástí terapeutické techniky.

Ke skupinové dynamice patří zejména:

- a) cíle a normy skupiny, jejich utváření a vliv na členy;
- b) role, např. role vůdce, hvězdy a černé ovce, zjišťované morenovskou sociometrií, ale i role experta, monopolisty, miláčka, obětího beránka, opozičníka, šaška aj., v nichž si jedinci opakuji svá navyklá a často neadaptivní skupinová schémata;
- c) vůdcovství ve skupině, vztahy závislosti i rivalita;
- d) skupinová koheze – přitažlivost skupiny pro členy, potřeba udržet skupinu a spolupracovat na společných úkolech;
- e) skupinová tenze, projevování nepřátelských pocitů a nesympatií;
- f) projekce minulých zkušeností a vztahů do aktuálních interakcí s jednotlivými členy;
- g) tvorba podskupin a jejich vztahy k celé skupině.

K tomu, aby mohla skupina plnit terapeutické úkoly interpersonální psychoterapie, potřebuje splňovat tři požadavky (Knoblochová a kol. 1968):

- a) Skupina má být modelem pacientových přirozených skupin a současně musí pacienta podněcovat, aby projevil co nejširší rejstřík svých charakteristických vzorců chování. Zároveň má skupina celé dění zjednodušovat natolik, aby bylo přehlednější než ve skupině přirozené.
- b) Skupina má být natolik plastická, aby náznakové obsazení rolí a jejich výkon bylo možno měnit.
- c) Členové terapeutické skupiny se mají umět chovat jinak, než jak pacient očekává, tj. jinak než členové jeho přirozených skupin.

Skupiny se vytvářejí asi z osmi až dvanácti hospitalizovaných nebo ambulantních pacientů, společně mužů i žen, a scházejí se obvykle jednou až dvakrát týdně na jednohodinové až dvouhodinové sezení. Na rozdíl od kolektivní psychoterapie racionální, kdy osou sezení jsou terapeutovy výklady, je obsahem skupinových sezení diskuse mezi pacienty, které terapeut naslouchá a kterou spíše podněcuje, než usměrňuje. Pacient hovoří o sobě, o svých zážitcích a zkušenostech, ostatní k tomu diskutují. Pokoušejí se komentovat a interpretovat jeho vhodné i chybné způsoby reakcí. Ve skupinové psychoterapii začíná pacient vlivem zpětných vazeb rozumět svému podílu na konfliktech a vlivem rozboru životopisu a interpretací i příčinám vzniku svých problémů. Skupinová situace mu současně poskytuje příležitost vadné interpersonální vzorce chování korigovat a zkoušet i nacvičovat nové chování, které skupina vhodně odměňuje a tím posiluje.

## 7.4 Psychodrama

Metodu psychodramatu vypracoval J. L. Moreno. Psychodrama je improvizované zjednodušené divadlo k psychotherapeutickým účelům. Účinkuje v něm pacient (protagonista) a psychodramatický tým, který se skládá z režiséra a pomocných herců. Funkci pomocných herců mohou plnit spolupacienti; jsou k dispozici protagonistovi, aby mohl dramaticky předvést své zážitky, přání, postoje a fantazie.

Psychodrama je možno hrát buď se skupinou pacientů, nebo jen s jedním pacientem a týmem terapeutů (uzavřené sezení s centrálním protagonistou). První forma je běžná u neuroz, druhé formy se někdy využívá u psychotických pacientů.

Před zahájením hry vysvětlíme pacientovi podstatu metody a vyzveme ho, aby sdělil myšlenky a nápady, které by mohl dramaticky vyjádřit. Někdy se začíná s přehráváním běžných scén z domova nebo z pracoviště, ve kterých se obvykle objeví dostatek námětů k dalšímu zpracování. Jindy může pacient dostat návrh od terapeuta, nebo požadavek dramatického vyjádření vyplyne přímo z průběhu sezení skupinové terapie. Pomocné terapeutů pro dramatické vyjádření situace pacientovi buď nabídneme, nebo si je ze členů skupiny sám vybere tak, aby odpovídali jeho představě. Do psychodramatických sezení lze zapojit i reálné osoby z pacientova okolí (manželku, tchyni) a nechávat je reprodukovat s protagonistou jejich skutečné konflikty.

Podle Morena používá psychodramatická metoda pět základních prostředků: jeviště, pacienta, režiséra, pomocné herce a publikum.

1. *Jeviště* a volba prostoru pro psychodrama mají odpovídat velikosti skupin. Nejlépe se osvědčuje polokruhové jeviště, zvýšené o několik stupňů, na něž je z hlediště snadný příchod. Jako rekvizity stačí stůl a židle. Nouzově je možno provádět psychodrama též uprostřed kruhu vytvořeného publikem.
2. *Pacient* či *protagonista* má na jevišti představovat především sám sebe, na rozdíl od divadelního herce, jehož vlastní já má zaniknout v předepsané roli. Zadané situace proto musejí připouštět dostatek spontánnosti. Cílem psychodramatu není udělat z pacienta herce, nýbrž přivést jej k tomu, aby byl na jevišti tím, čím je ve skutečnosti, a měl možnost to jasně projevit. Při hraní určité role je významným prvkem „agování“, hra, při níž je herecký výraz podmíněn pacientovým vnitřním prožitkem. Pacient se v prožívané akci silně citově angažuje a může až vypadnout z předepsané role (předvádí skutečně sám sebe, hraná zlost přejde ve skutečnou zlost apod.).
3. *Režisér* má být připraven věnit každý významný náznak, který se u pacienta objeví, do dramatického jednání, vést hru tak, aby umožňovala pacientovi identifikaci, a neztratit kontakt s publikem. Současně připravuje interpretaci s využitím poznámek pomocných herců a reakcí publika.
4. *Pomocní herci* jsou pacientovi k dispozici k vytváření situací, hrají role, které si pacient přeje, a znamenají současně posilu pro režiséra i při interpretaci.
5. Jako *psychodramatické publikum* je nejvhodnější stejně zainteresovaná skupina. Může sloužit k tomu, aby pacientovi pomohla, a současně se může pomoci pře-



hrávaných scén terapeuticky ovlivňovat. Příslušníci skupiny se také mohou do hry zapojovat, když se jich problematika dotýká. Pro členy skupiny s podobnými problémy jsou přehrávané scény objektivizací jejich problémů a mohou prožívat katarzi jako diváci. Pro pacienta na scéně znamená rezonance a reakce publika korigující kontakt s veřejným míněním.

Při metodě psychodramatu lze používat řadu důležitých technik. Uvádíme pět nejdůležitějších:

- a) *Hraní vlastní role.* Pacient hraje sám sebe v interakci s někým jiným (nebo s více lidmi). Při předvádění nějakého konfliktu může být v nejjednodušším případě jeho protihráčem táž osoba, se kterou ke konfliktu došlo, např. dva členové skupiny přehrávají svůj skutečný spor, nebo manžel předvádí se svou manželkou typický problém svého manželského života. Častěji však druhou stranu zastupuje pomocný herec. Pacient si jej sám zvolí podle toho, jak kdo ze skupiny odpovídá jeho představě o skutečném partnerovi. Postupně se může v téže roli vystřídat několik pomocných herců. Při pokusu o hlubší vhled do situace se může přehrávat s různými pomocnými herci několik různých verzí. Hra může předvádět i verze plánovaného nebo očekávaného chování v budoucnu.
- b) *Monolog.* Na scéně je pacient sám a myslí nahlas. Hovoří sám k sobě, pronáší úvahy a myšlenky, které ho napadají, projevuje své motivy a vnitřní city, komentuje si pro sebe situaci i své chování a chování jiných, uvažuje o sobě a hodnotí se. Na rozdíl od hraní vlastní role neprojevuje zde své vnější reakce, ale svůj vnitřní stav.
- c) *Dvojník.* Jeden z pomocných herců, „alter ego“, se vcítuje do protagonisty. Snaží se vyjadřovat jeho strachy, nepřátelství, nebo lásku, když to protagonista nedovede. Ztělesňuje vnitřní hlas, má za úkol říkat myšlenky, které protagonistu pravděpodobně napadají. Vyslovuje hypotézy, které protagonistu provokují k souhlasu nebo nesouhlasu. Na scéně se pomocný herec posadí vedle pacienta. Je s ním v interakci jako jeho vlastní já, v prostoru fyzicky zdvojené, nebo se jako „svědomí“ postaví za něho. Svědomí jako protagonistova součást mluví v první osobě. Techniku lze použít jak při hraní vlastní role (dvojník vede za protagonistu při přehrávání kritických situací jeho předpokládaný vnitřní monolog), tak při protagonistově monologu (dvojník jako „svědomí“ nabízí jiný pohled na věci nebo na protagonistovy pohnutky).
- d) *Výměna rolí.* Ve scéně, kdy dochází ke konfliktu pacienta s nějakou osobou z jeho okolí, převezme pacient roli této osoby. Pacientovu vlastní roli převezme pomocný herec. Pacient hraje např. roli své manželky, svého nadřízeného či podřízeného apod. Výměna rolí ho nutí, aby se vžil do myšlení druhého člověka a viděl sám sebe jeho očima.
- e) *Zrcadlo.* Pomocní herci portrétní protagonistu v jeho přítomnosti. Předvádějí scény z jeho života a způsoby jeho chování. Pacient sám není na scéně. Sedí v publiku, přihlíží a komentuje. Má možnost pozorovat své chování jako v zrcadle.

Při seznamování skupiny s psychodramatickou technikou se nám osvědčily krátké psychodramatické etudy na předem zadaná témata, z nichž některá pro ilustraci uvádíme.



OBR. 41 Psychodramatické přehrávání manželského konfliktu

Témata umožňující účast většího počtu osob: dopravní prostředek (v tramvaji, ve vlaku, v autobuse), návštěva (slavení narozenin, hosté z pracoviště), v obchodě (nedostatečné zboží pod pultem, předbíhání ve frontě), v čekárně u lékaře (na poliklinice, u psychiatra) nebo např. zástup lidí, kteří si chtějí vyzvednout své peníze po oznámeném krachu banky.

Manželská témata: manželův pozdní příchod, manžel po sobě neuklidí, nestará se o rodinu, nedostatek peněz, zlobení dětí, žena příliš pečlivá, ženin nezáměr o sexuální život, žárlivost, vztah ke sledování televize.

Rodiče a děti: dítě se špatně učí, syn začíná kouřit, dcera přišla pozdě domů, dcera sděluje, že je těhotná.

Pracovní témata: předvolání „na kobereček“ k řediteli, rozkol mezi spolupracovníky kvůli prémie, mistr někomu nadržuje, špatná dodávka materiálu.

Sebeprosazení: v roli nadřízeného vytknout podřízeným špatnou práci, lajdáctví, nedodržování pracovní doby, v roli podřízeného vystoupit proti chybám na straně nadřízeného, zastat se nespravedlivě kritizovaného proti kolektivu.

K výměně rolí: např. rodič a dospívající syn nebo dcera: někoho ze starších pacientů postavit proti mladému a pak vyměnit.

K monologu a svědomí: proč mě nemají ostatní rádi, být či nebýt, jaký jsem a jaký bych vlastně chtěl být.

Nácviková forma psychodramatu: nácvik seznámení nesmělého muže s dívkou, nácvik společenské konverzace, jak přesvědčit druhého a přimět ho k tomu, aby uznal svoji chybu (v různých variantách), jak účelně ukončit hádku apod.

Psychodramatické etudy nemusí být samy o sobě terapeuticky významné a nezřídka mají charakter spíše zábavný. Vedou však, zejména při užití témat s větším počtem



OBR. 42 Psychodramatická etuda v tramvaji

lidí na jevišti, k rychlému osmělení a zjištění, že se lze na jevišti bezpečně pohybovat a projevovat, a usnadňují přechod k užití psychodramatické techniky pro projevení a řešení osobních problémů pacienta. Po takovém nácviku je pak již snazší využívat v psychodramatickém sezení klasické zahajovací otázky: „Kdo má nějaký problém, který by si chtěl přehrát?“ Psychodramatické hraní rolí se pak může uplatnit i při diskusních terapeutických sezeních skupiny, kdykoli se objeví problém, který je účelné psychodramaticky přehrát.

Psychodrama vede k vytvoření modelu skutečnosti, ve kterém se může významně uplatnit abreaktivní prvek, a podstatně rozšiřuje chápání vlastních reakcí, umožňuje nový pohled do osobní situace a intenzivní emoční korekci jak u protagonisty, tak nezpřítelky i u zúčastněného publika. Může se použít i k účinnému nacvičování nových vhodných interpersonálních reakcí.

Formy psychodramatu vhodné pro použití v psychoterapii psychóz propagovala u nás I. Strossová (1984). Psychodrama je ve skupinové psychoterapii psychotických (zejména schizofrenních) pacientů významné zejména podporováním spontánního jednání a sebeprojevení. Správný zásah zkušeného člena terapeutického týmu v roli alter ego, vyjadřujícího za pacienta jeho myšlenky a pocity, které se on sám neodvažoval sdělit, může znamenat úlevu, usnadnění kontaktu a také lepší pochopení skupiny. Psychodramatu se zde jen zřídka (a značně opatrně) využívá k pronikání do minulých traumatických zážitků. Mnohem více je využíváno k resocializaci. Poskytuje pacientům možnost učit se vhodnému sociálnímu chování a zvládání sociálních situací ve scénách rodinného, pracovního a společenského

života a je přípravou na budoucnost. U psychotiků se jako pomocných herců méně využívá spolupacientů. Častěji pomáhají v utváření a přehrávání scén členové terapeutického týmu, což zaručuje, že průběh hry se bude vyvíjet žádoucím směrem. Tým také důsledněji předem plánuje výběr pacientů pro hru a promýšlí cíl a prostředky jejího vedení. Důležité je, aby psychodramatické sezení končilo v příznivé optimistické atmosféře.

Strossová (1984) rozvinula též pod názvem psychomelodrama variantu psychodramatické hry, která je podbarvena hudbou, zpravidla ve formě volných klavírních improvizací. V takových případech hraje s pacientem připravené scény výlučně terapeutický tým a jeden člen týmu doprovází akce klavírními improvizacemi, které pomáhají citlivě vytvářet, umocňovat a pozměňovat atmosféru scény.

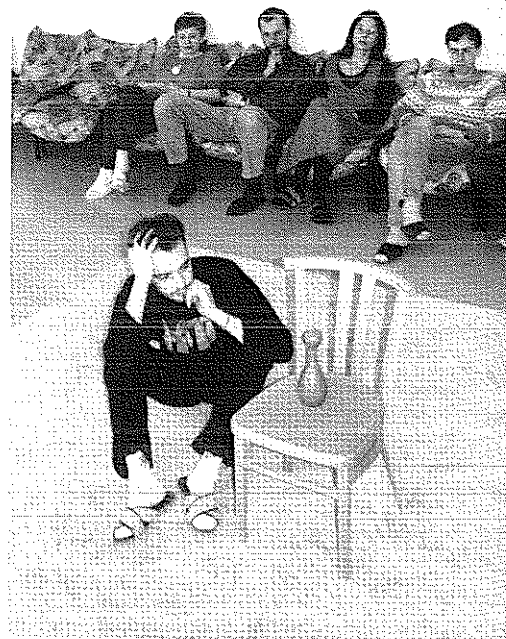
## 7.5 Psychogymnastika

Psychogymnastika je metoda, při které účastníci skupinového setkání vyjadřují různé situace, pocity a vztahy pohybem beze slov. Pod tímto názvem ji u nás rozvinuli Knobloch a Knoblochová (1964, 1974, 1993) a Junová (1975, 1981, Knobloch, Junová aj. 1964). Protože hlavní složkou jsou pantomimická témata, používá se pro tuto metodu také výstižnějšího názvu *psychopantomima* (anglicky psychomime, Knobloch a Knoblochová 1979). Prvky psychogymnastiky se mohou podle potřeby využívat v běžných sezeních skupinové terapie, nebo se psychogymnastika zařazuje jako samostatný, asi dvouhodinový program (včetně slovního vyjadřování a komentování pocitů po předvedení terapeuticky významných témat). Samostatná psychogymnastická setkání se podle zpracovaného návodu H. Junové člení do tří fází.

*První fáze* má sloužit k „rozproudění“ pomocí živého svalového pohybu, který snižuje zábrany v projevu. Současně se připravují výrazové prvky pro pantomimu a gymnastická složka v úvodu napomáhá též vytváření pohybové harmonie.

Kromě cviků používaných běžně v rozvíčkách k procvičení jednotlivých svalových skupin se používá různých druhů motivované chůze, běhu a poskoků, např. proti větru, nad propastí, v soutěsce, v bahně, do práce, z práce, na schůzku, proti davu, když nechceme někoho vzbudit, když jdeme vyřídit něco nepříjemného. Další možnosti nabízejí honičky, vzájemné chytání se v běhu za ucho, za palec u nohy, vyhýbání se jeden druhému nebo srážení se, nebo dvojice, v nichž jeden musí napodobovat všechny pohyby druhého. Celou škálu interakcí nabízí chůze a pohyby se zavřenými očima: vyhýbání se jiným, srážení se, podávání si rukou, vytvoření dvojic, čtveřic a kruhu, popř. s následujícími pokusy o slovní vyjádření dojmů z ruky člověka nalevo a napravo nebo o vyjasňování si vztahu k sousedům pohybem (dlaň nahoru: chci být ochraňován, dlaň dolů: chci ti vládnout).

Ve *fázi vlastní psychogymnastiky* vyjadřuje pacient pantomimicky zadaná témata, mající vztah k jeho problému. Tak např. na židli je položen předmět nazvaný „zakázané ovoce“ a jeden pacient po druhém má pantomimicky znázornit konflikt, který by prožíval vůči něčemu, po čem touží a co mu současně z morálních, společenských nebo jiných důvodů není dovoleno. Dalšími tématy jsou váhání na křižovatce životních cest, znázornění vztahu k určitému konkrétnímu člověku z pacientova okolí apod. Způsob provedení bývá obvykle v těsném vztahu k pacientovu skutečnému řešení jeho životních problémů.



DBR. 43 Psychogymnastika: zakázané ovoce

Některá témata jsou určena pro jednotlivce (např. střetnutí se na úzké lávce), jiná pro část skupiny nebo celou skupinu najednou (např. mateřská škola, ztroskotání lodi a život trosečníků na pustém ostrově). Někdy i témata pro jednotlivce (např. moje matka, můj vztah k otci) předvedou napřed všichni ve skupině najednou, aby se osmělili, a teprve pak je jednotlivě opakují a dotvářejí za přihlížení ostatních. Stejně jako psychodrama má i psychogymnastika svou složku provedení akce a svou složku sdílení pocitů o provedené akci. Po předvedení jednotlivých pantomimických témat sdělují svá pozorování a pocity jak účastníci, tak přihlížející. U některých témat může být pacient po původním přehrání vybidnut, aby přehrál, jak by si přál reagovat, a ostatní mají možnost mu předvést, jak se jeví jim nebo jak jinak by mohl a měl reagovat.

Z širokého výběru témat poukazujeme na některá zvláště osvědčená: a) jaký jsem, jaký bych chtěl být, jak mě vidí lidé, b) projít strážemi k cíli, pantomimické smlouvání se strážemi, c) usmířit se s někým, koho jsme urazili, d) jeden stojí na židli a jako strážník řídí, kdo půjde vlevo a kdo vpravo, e) jeden vyjadřuje svůj vztah ke členům skupiny nebo členové skupiny vyjadřují svůj vztah k jednomu z nich, f) člověk někam jde a uvědomí si, že něco zapomněl doma, g) vybrat a odevzdat dárek, h) jeden získává ostatní, aby šli za ním, i) všichni získávají jednoho, aby se přidal k nim, j) zvířata: každý předvádí zvolené zvíře, k) každý předvádí, čím by byl, kdyby byl rostlinou, počasím, věcí, l) námluvy v roli vlastního i opačného pohlaví, m) prodrat se houštím, část skupiny dělá houštím, n) zrcadlo: všichni předvádějí jednoho nebo jeden předvádí ostatní, o) vzpomínka na dětství, p) nesplněná přání, r) maskarní rej, kde každý představuje nějakou masku, s) tři království: tři členové skupiny se pokoušejí zís-

kat ostatní na svou stranu a pantomimicky jim nabízejí svůj program, pak se získanými přívrženci předvádějí život ve svém království (má-li některé království agresivní program, dochází k bojům mezi královstvími).

*Závěrečná fáze* hodiny má navodit pocit vlastní síly, uvolnění, optimismus a odstup od tíživých problémů a vědomí sounáležitosti s ostatními. Využívá se rytmických pohybů, lidových tanců i relaxačních cviků.

Stejně jako při psychodramatu zkouší se i při psychogymnastice využívání hudebních prvků. Některá témata se dají ztvárnit s využitím rytmických zvuků s nástroji Orffova instrumentária. J. Lisý v Kroměříži připravil nahrávku podněcujících a projektivních zvuků k tematickým pohybovým skupinovým interakcím (psychofonika). Také zpěv a tanec poskytují cenné možnosti využití v interpersonální psychoterapii (J. Vodňanská, M. Bouchal, Z. Aleszková, Ch. Schwabe).

## 7.6 Využití terapeutické komunity

Terapeutická komunita (léčebné společenství) v širším smyslu je organizační forma řízení lůžkového oddělení, která podporuje aktivní účast pacientů na léčbě a na řízení oddělení a otevřenou výměnu informací na všech úrovních. Zavádí každodenní společné schůzky kolektivu pacientů s personálem, na nichž se projednávají vzájemné vztahy a různé samostatné společenské činnosti pacientů, u nichž se mohou uplatnit principy sociálního učení.

Pro interpersonální psychoterapii poskytuje takový organizační systém značné možnosti, zvláště doplní-li se několika dalšími zásadami, které z něho umožní učinit zvláštní formu intenzivní skupinové psychoterapie (hovoříme pak o terapeutické komunitě v užším smyslu). K těmto zásadám patří, že společný program s pracovní a jinou různorodou činností (sport, zábava, hry, psychodrama, psychogymnastika, muzikoterapie, arteterapie aj.) se zaměřuje tak, aby pacientům umožňoval: a) promítnout do tohoto malého modelu společnosti problémy ze svého vlastního života, zejména vztahy k lidem různého věku, pohlaví, postavení a různých povahových vlastností, b) získat zpětné informace o působení vlastního chování na jiné a tak dosahovat náhled na vlastní podíl na vytváření problémů, c) prožít určitou korektivní emoční zkušenost a d) nacvičovat vhodnější adaptivní formy chování. Stručně řečeno, tento systém má podporovat *projekci a korekci* neurotických vzorců chování. Součástí programu jsou sezení skupinové terapie (zpravidla denně nebo aspoň několikrát v týdnu), v nichž se mj. zpracovává projekční materiál získaný z celodenního komunitního života pacientů. Může se současně uvádět do vztahu s údaji pacientů o jejich problémech „doma“ a jejich anamnestickými údaji, které skupině přinášejí rozbor jejich životopisů.

Průkopnickým a vzorovým zařízením tohoto typu byla *rehabilitační odbočka pro neurózy v Lobči u Mělníka*, založená F. Knoblochem a jeho spolupracovníky v r. 1954 v bývalém zámku, postupně upraveném pro její účely. Tato komunita fungovala nepřetržitě až do roku 1991 (od roku 1968 pod vedením Z. Mrázka) a byla počátku organizačně přičleněna k psychiatrické ambulanci fakultní polikliniky v Praze a později k Dennímu sanatoriu pro neurózy v Praze na Horní Palatě. Přestože toto zařízení dnes již neexistuje, mnohé zkušenosti z jeho činnosti mají obecnou platnost

(Knoblochová a kol. 1968, Knobloch a Knoblochová 1993). Komunita byla určena pro 30 pacientů, mužů i žen, a v každodenním programu byla několikahodinová povinná práce v lese, která umožňovala všimnout si projevů jednotlivců v přirozené činnosti a ve vzájemných vztazích. V každodenních skupinových sezeních pacienti probírali své životopisy a studovali vzájemné vztahy i denní příhody z hlediska, jak se v nich odráží chování každého z nich doma před léčbou. Podle potřeby si je mohli psychodramaticky přehrávat.

Například pacient se při práci na poli bouří proti rehabilitační pracovníci. Jeho chování je kopií jeho chování v zaměstnání, které bylo příčinou jeho těžkostí. Pacient, který má v zaměstnání vedoucí postavení, začíná trpět obtížemi, jakmile se stane v komunitě vedoucím samosprávy. Aktualizuje se jeho vnitřní konflikt mezi loajalitou k nadřazeným a solidaritou se zaměstnanci podniku, což vedlo v zaměstnání k jeho neurotickým obtížím. Když se tento konflikt reprodukuje, začíná pacient rozumět původu svých obtíží.

Komunita je vhodným modelem přirozených skupin. Společenské situace, které se zde vyskytují, obsahují všechny hlavní typy interakcí a přinášejí též často zátěž a konflikty. Je zde zdravotnický personál, který působí jako modelové autoritativní postavy. Je zde určité množství práce, jsou zde muži i ženy různého věku a příležitost ke společenským zábavám a tanci, je zde samospráva. Kauzální faktor poruchy se hledá v pacientovi samém, kolektiv je zaměřen na rozbor chování jedince a pacient si může při navazování vztahů v kolektivu na diskusních sezeních ověřovat, jaké dělá chyby. Kolektiv současně nenechá pacienta, aby se stáhl a nereagoval, provokuje každého jednotlivce, aby „nemlčel jako ryba“ a „vylezl z ulity“. Pacienti si jako spoluterapeuti mohou dovolit daleko více experimentovat než terapeut, který se od interpretací pacientů může distancovat. Po poznání svých chybných postojů má pacient v kolektivu příležitost je opravovat: na modelových situacích se učí novým postojům, dříve než je bude uplatňovat doma ve svém přirozeném prostředí. Modelové prostředí je přehlednější a trénink v adaptivních interpersonálních vztazích je jednodušší a rychlejší.

Některé odlišné rysy má *model terapeutické komunity pro pacienty závislé na alkoholu*, vytvořený J. Skálou. Podle Skály není pro tyto pacienty vhodné permissivní „měkké“ ovzduší, je třeba důsledný režim založený na požadavcích, který pacienty vystavuje výraznému stresu. Musí být náročný, účelný a důsledný. Učí pacienta vyvíjet volní úsilí, navozuje u něj potřebné stavy přirozené euforie, ale na druhé straně jej přivádí do stavů napětí a úzkosti a nutí jej vypořádat se s frustračními pocity. Na oddělení je stanoven přesný denní, týdenní i dlouhodobý program. Každý pacient musí od rána do večera plnit řadu povinností, pracovat, studovat, plnit různé funkce, dělat konspekty z protialkoholních materiálů a přednášek a psát deník. Podstatnou součástí programu je bodování, v němž jsou pozitivní úkoly odměňovány kladnými body. Kladné body se získávají za pracovní terapii, udržování čistoty a pořádku, písemné projevy v denících a v elaborátech, za výsledky v soutěžním zpěvu, recitaci, přípravě nástěnek, za vědomostní kvízy, výsledky zkoušek z nastudovaných protialkoholních textů a za různé práce na oddělení. Záporné body jsou za nedochvilnost v programu, nedodržení pravidel např. při omezení kouření a za jinou nekázeň. Celé devítičlenné kolektivy světnic (nikoli jednotliví pacienti) mají stanoveny limity klad-

ných bodů, kterých musí dosáhnout, aby měly nárok v sobotu a v neděli na vycházku k rodině a jiné výhody.

Skála je přesvědčen, že terapeut má alkoholika natrénovat i na nepříznivé okolnosti v jeho dalším životě ve společnosti. Pacient se má během léčby přesvědčit o nutnosti naprosté a trvalé abstinence. Celé terapeutické klima ho má naučit snášet a úspěšně se vypořádat s kritickými stavy tenze, frustrace, úzkosti a dysforie. Terapeutický proces má posilovat konstruktivní složky jeho osobnosti.

Charakteristika lobečského systému s instruktivními příklady působení skupinové psychotherapie a různých složek programu je obsažena v monografii Knoblochové a kol. „Psychoterapie“ (1968). Ještě podrobněji jsou pak principy, techniky i ukázky terapeutického procesu zpracovány v knize Knobloch a Knoblochová „Integrovaná psychoterapie“ (1993). Kritický nekrolog k ukončení činnosti lobečského zařízení napsal Matoušek v knížce „Ústavní péče“ (1995).

Skupinovou dynamiku, skupinové techniky a zkušenosti kroměřížské terapeutické komunity pro neurózy jsme zpracovali v knize „Skupinová psychoterapie v praxi“ (Kratochvíl 2001, 2005), stručné shrnutí jejího dosavadního vývoje je ve stati „Třicet let kroměřížského psychoterapeutického oddělení 18b“ (Kratochvíl 2001). Skálův systém je popsán např. ve Skálových statích z r. 1971 a 1973. Specifické rysy terapeutické komunity pro osoby závislé na nealkoholových drogách uvádí se zkušenostmi z komunity Sananim v Němčicích Těmínová (1997) a z komunity v Bílé Vodě I. Filoušová (1999).

# Skupinová psychoterapie

Považujeme za nutné vyčlenit zvláštní kapitolu, věnovanou skupinové psychoterapii, přestože při výkladu jednotlivých metod jsme probrali jak individuální, tak kolektivní a skupinové aspekty a přestože tato kapitola logicky nezapadá do dělení, které jsme použili. Skupinová terapie se však stala záležitostí tak rozšířenou a módní, oblastí psychoterapie tak prudce se rozvíjející a takového významu, že je nutno věnovat jí zvláštní pozornost. Dreikurs a Moreno mluví o vzniku skupinové psychoterapie jako o třetí revoluci v psychiatrii.

V rámci první revoluce Pinel roku 1793 osvobodil duševně nemocné z řetězů. Druhou revolucí byl vznik psychoterapie, kterou připravili Dubois, Bernheim a Janet a který pro svou dobu dovršil Freud. Třetí revoluci představuje vznik skupinové psychoterapie, období, kdy si psychiatrie uvědomila význam sociálního faktoru.

Proto zde poznatky o skupinové psychoterapii shrnujeme a doplňujeme. Považujeme za vhodné odlišit pojem skupinové psychoterapie a pojem kolektivní psychoterapie, které často splývají v jeden pojem nebo se používají střídavě jeden či druhý jako pojem nadřazený.

*Kolektivní psychoterapie* spočívá v tom, že postup, který bychom použili u každého pacienta jednotlivě, provádíme s více pacienty současně. U některých psychoterapeutických postupů je to výhodné, šetří se časem terapeuta a účinnost se někdy v přítomnosti více pacientů zvyšuje.

Provádí se např. *racionální kolektivní psychoterapie*, při níž se více pacientům současně vysvětluje problematika neuróz, závislosti na alkoholu, zásady duševní hygieny apod. Zejména na odděleních pro léčbu závislosti na alkoholu a drogách jsou kolektivní sezení s přednáškami a besedami z alkoholologie významnou součástí psychoterapeutického působení. Ke zvýšení účinnosti se využívá obrázků, schémat, diapositivů, předběžného a následného studia cyklostylovaných materiálů („Zápisy z Apolináře“ aj.) či osvětových brožur a jejich konspektování, kontroly elaborátů i zkoušení z přednesené látky (Skála 1971). Používá se také kolektivní hypnoterapie, tj. provádění hypnotických sezení s terapeutickými sugescemi pro více pacientů současně, a kolektivní trénink (např. u autogenního tréninku, tréninku sebeprosazení aj.).



*Skupinová psychoterapie* je postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce mezi členy skupiny.

Ve vývoji skupinové psychoterapie měly významný vliv Morenův psychodramatický směr a Slavsonův analytický směr. O skupinovou terapii začal být velký zájem v souvislosti s popularitou skupin setkání, rozvíjejících se v rámci proudu humanistické psychologie. O skupinovou psychoterapii se opírá také směr transakční analýzy. V současné době převládá eklektické pojetí kombinující dynamickou (patogenetickou) náhledovou terapii s behaviorálním nácvikem.

## Morenův směr

Jacob L. Moreno (1892–1974) se narodil na lodi plující Černým mořem v rodině židovských exulantů, emigrujících ze Španělska. Medicínu a psychiatrii studoval ve Vídni. V letech 1910–1914 shromažďoval ve vídeňském parku skupiny dětí, s nimiž hrál improvizované divadlo na různé náměty. Později v takových pokusech pokračoval s prostitutkami a za války s uprchlíky. V r. 1922 otevírá jako mladý lékař ve Vídni divadlo, v němž se hraje spatra („Stegreiftheater“) a do hry se zapojují i diváci. Zpočátku má na mysli zřetele umělecké, později poznává možnosti terapeutické. V r. 1952 emigruje do USA, kde svůj přístup propracovává v terapeutickou metodu psychodramatu a zakládá „Morenův institut“ v Beaconu ve státě New York. Účinnou spolupracovnicí je mu jeho manželka Zerka. Moreno byl značně svéráznou osobností. I mimo jeviště byl spíše herec a režisér s bohatou fantazií než střízlivý odborník a vědec. Těmito vlastnostmi vnesl do skupinové terapie život, pohyb, spontánnost, tvořivost a dramatickosti.



OBR. 44 J. L. Moreno a Zerka Morenová

Skupinová terapie znamená pro Morena překonání psychoanalýzy: je „vzpourou utlačené skupiny proti jedinci a vzpourou herce proti slovu“. Její principy souvisí s „principy kosmogonickými“, kterými chtěl Moreno objasnit existenci a charakter vesmíru, jsou jimi tvořivost, spontánnost, náhoda, přechodné uchování produktu tvořivosti a „téle“ či vesmírná interakce. Vesmír je nekonečná tvořivost. Tvořivost je soběstačná, nemá jiný smysl než být tím, čím je, operujícím principem par excellence. U člověka lze rozlišit několik úrovní tvořivosti: tvořivost nevědomou, která náhle propukne a nabude formy úmyslného plánu, tvořivost vznášející se, která nikdy neusíná, a traumatickou tvořivost jedinců, kteří jsou občas překvapení hlubokým zážitkem, jenž se pak projeví v procesu tvořivého myšlení, komponování, vynalézání. Spontánnost je stálým průvodcem tvořivosti, je to variabilní stupeň adekvátní reakce na situaci, která má různý stupeň novosti.

V Morenových spisech je máloco uspokojivě definováno, vše je založeno na intuici, vcítění, prožití, vše se dá pochopit spíše na základě vlastního zážitku, a proto jsou daleko přesvědčivější jeho psychodramatické demonstrace než spisy. Celá struktura Morenovy skupinové psychoterapie podněcuje u člověka uvedené dva principy, spontánnost a tvořivost. Podněcuje jej k tomu, aby setřásl navyklé šablony chování vytvořené konvencemi, aby se nestyděl projevit, najít jiné než obvyklé výrazové formy, aby třeba křičel, hvízdal, skákal nebo se plazil po zemi, aby dal průchod svým popudům a fantazii a aby cítil radost z tohoto uvolnění sešněrovaných vnitřních zdrojů.

Ve vztahu k terapeutovi se uplatňuje princip „téle“, který je možno postavit proti psychoanalytickému přenosu a protipřenosu. Téle je vhléd a vcítění se jednoho do druhého, je to cítění ve dvou. Je kohezivní silou, která podněcuje stabilní přátelství a trvalé vztahy. Je-li tedy pacient přitahován k terapeutovi, nemusí to znamenat jen přenos ve smyslu projekce minulých zkušeností, ale i jiný druh vztahu: část pacientova „já“ se vcítuje do terapeuta, zkoumá ho, snaží se intuitivně odhadnout, co to je za člověka. Je-li psychoterapeut moudrý a laskavý člověk, pojme k němu pacient úctu. A tato úcta není jen přenosem, nýbrž reálným vztahem k psychoterapeutově osobnosti. Morenovský terapeut se tedy neskrývá za maskou analytika, jeho „setkání“ s pacientem je terapeutickou láskou, jak ji Moreno charakterizoval ve své knize „Pozvání k setkání“ již v r. 1914. „Z oka do oka, tváří v tvář. A když budeš blízko, vezmu tvé oči a dám je místo svých a ty vezmeš mé oči a dáš je místo svých. A já se budu dívat na tebe tvýma očima a ty se budeš dívat na mne mýma očima“.

Jednotlivé techniky psychodramatu jsme již popsali. Je však nutno rozlišit příležitostné užití psychodramatických technik (hraní rolí) od užití psychodramatu jako systematické formy skupinové terapie. Psychodramatické sezení je určitým způsobem strukturováno. Začíná *rozehřátím*, jakousi fantazií i pohybovou rozvíčkou, která má podnítit spontánnost a tvořivost pro následující psychodrama. Může jít o předávání předmětu, který má každý nějak neobvykle pojmenovat, o tanec, ve kterém je možno střídát partnery, o pantomimické znázornění nějaké situace, libovolné pohybové vyjadřování rytmu hudby nebo rytmu vytukávaného postupně účastníky na dřevo, chození v prostoru s libovolnými hlasovými projevy při zákazu užití běžné řeči, hru, při níž každý představuje nějaké zvíře.

*Vlastní psychodrama* ve skupině začíná obvykle dotazem „kdo chce předvést nějaký svůj problém“. Nezřídka vznikne delší pauza, která působí jako určitý nátlak. Terapeut může podle své znalosti členů skupiny někoho taktně pobídnout k předložení určitého problému, pacient však nesmí mít dojem, že se zneužívají důvěrné informace z jeho individuálního sezení. Nejprve pacient-protagonista vyloží podstatu problému a rozdělí se role. Pak začíná přehrávání. To se skládá z různých jednotlivých scén. Režisér podle potřeby zastavuje hru, uvádí další osoby do hry, střídá role a kombinuje různé psychodramatické techniky.

Závěrečnou fází je skupinový rozhovor s poznámkami, komentáři a dotazy členů skupiny, který nemá ráz pokusů o nějaké analytické interpretace, ale je spíše sdělováním vlastních podobných zkušeností a vlastních pocitů, které v účastnících protagonistovy projevy vyvolaly. Proto se též nazývá v angličtině „sharing“, *sdílení citů*. Nemusí mít ráz verbální, ale může jít též o určité gesto, pohlazení, odstrčení, objetí.

Řada demonstračních psychodramatických sezení byla předvedena v různých řečech se skupinami zájemců na mezinárodním psychodramatickém kongresu v r. 1968 v Badenu u Vídně. Uvádím zde pro ilustraci stručný záznam z psychodramatického sezení, řízeného M. Carpovou z Morenova ústavu.

Na výzvu k předložení vlastního problému se po chvíli mlčení přihlásila Nora, asi šestadvacetiletá Holanďanka, žijící v Paříži, která si stěžovala na pocit osamělosti. Režisérka ji pozvala na scénu a dala si nejprve vylíčit její byt. Nora předvedla pantomimicky se slovním komentářem, kde co stojí, a pak jí režisérka dala příkaz, aby se změnila ve svůj stůl a z pozice stolu se vyjádřila k Noře. Nora znázornila nízký stůl, který prohlásil, že Nora je pořádná a svědomitá, že z něho vždycky vše uklidí a že u něho sedí na pohovce smutně sama. Pak byla Nora požádána, aby předvedla formou monologu své myšlenky na pohovce. Poté jí režisérka vybědla, aby si z publika vybrala nějakého partnera, se kterým by jí bylo příjemně. Nora si vybrala čtyřicetiletého temperamentního Francouze s bradkou. Pojmenovala ho na žádost režisérky jménem člověka, do kterého byla dříve zamilovaná (Bob). Bob zazvonil a přišel. Z Nořiny konverzace vyšlo najevo, že jde o jejího učitele, který její projevy zamilovanosti nebral vážně. V průběhu rozhovoru požádala režisérka Noru, aby vzala Boba za ruce a dělala s ním bez řeči, co sama chce. Nora začala nejprve Boba odstrkovat, až téměř přepadl z jeviště, pak jej však zase přitáhla k sobě. Opakovaný pohyb tohoto druhu ukazoval její ambivalentní vztah k člověku, který ji odmítl. Postupně zůstávala stát a její pohyb slábl, byla patrná tendence, aby nemusela být ona aktivní, ale spíše aby s ní bylo manipulováno. Bob to vycítil a začal s ní pohybovat, až nastala situace, kdy se k sobě začali přibližovat ústy. Režisérka zastavila hru, vybrala 8 lidí z publika, aby vytvořili kroužek kolem Nory a Boba. Každý se měl identifikovat s Norou a vyslovit svoje pocity. Některé z účastnic říkaly „nenávidím ho“, jiné „stále ho miluji“. Nora si jako svůj pocit vybrala spíše ty projevy, které vyjadřovaly lásku. V této fázi režisérka nechala Noru postavit na židli, aby hrála pánaboha a v této roli skutečné Noře poradila, co má dělat. Pánbůh řekl, že by Nora měla být ochotna přijmout nějaký další nový citový vztah. Poté režisérka přidělila Noře znovu její vlastní úlohu a doporučila, ať tedy dělá to, co jí pánbůh poradil. Nora zůstala stát na jevišti se zavřenýma očima a spoluhráčky jí rozpráhly ruce a pro publikum vznikla dramaticky vypjatá situace pohledu na dívku čekající na to, aby jí měl někdo rád. Po chvíli vstal vyšší muž, přišel k Noře a objal ji. Nora objetí vděčně přijala.

Řada účastníků scény intenzivně emočně prožívala a v závěrečném „sdílení pocitů“ vyjadřovala slovně nebo pohlazením Noře svou sympatii, porozumění i podporu.

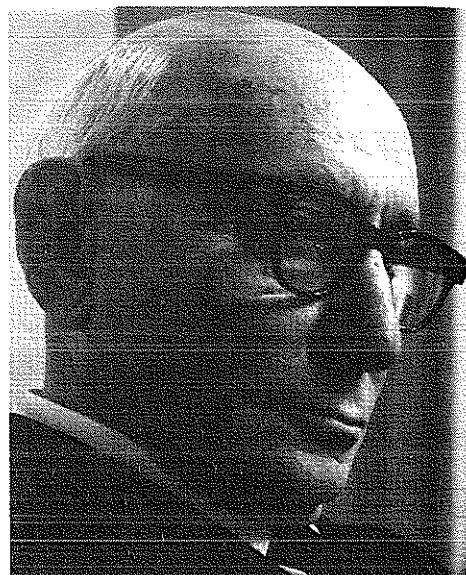
Vedle psychodramatu mají pro skupinovou terapii značný význam Morenem vytvořené sociometrické techniky, které umožňují zachytit vztahy mezi jedinci ve skupině, jejich postavení ve skupině, vůdcovství, iniciativu, oblíbenost a neoblíbenost a znázornit dynamiku vztahů graficky v sociogramu. Tyto techniky získaly své pevné místo i v sociální psychologii. Moreno se snažil využít psychodrama a sociometrii nejen v psychoterapii a v malých společenských skupinách, ale pod názvem sociatrie aspiroval na jejich využití i v řízení světa a koncipoval nerealistický návrh na vytvoření světového terapeutického řádu.

## Analytický směr

Tento směr zdůrazňuje tři skutečnosti: a) ve skupině je usnadněna analýza přenosových tendencí, protože přenos se může vytvářet nejen vůči terapeutovi, ale i vůči dalším osobám skupiny, b) malá skupina aktivizuje problematiku života v rodině v raném dětství, která je v psychoanalýze tak důležitá, c) neurotičtí pacienti jsou slepí jen vůči vlastním nevědomým tendencím, na druhých lidech však nevědomé tendence dovedou objevovat dobře – terapeutovi tedy analýzu usnadňuje spolupráce skupiny. Za zakladatele tohoto směru lze považovat P. Schildera a L. Wendera, k dalším patří S. R. Slavson, W. C. Hulse, M. Grotjahn, S. Scheidlinger, v Anglii S. H. Foulkes, W. R. Bion, v Německu H. Teirich, G. Preuss aj.

Samuel R. Slavson patřil k vůdčím osobnostem analytické skupinové terapie v USA. Byl laickým psychoanalytikem, původním povoláním inženýr, později skupinový vychovatel. V r. 1934 začal svou práci s dětmi, nejprve s děvčaty se sociálními problémy v rámci prázdninové rekreace. Pokračování práce v zimních měsících si vynutilo zařadit kulturní a rukodělný činnostní program. Pak pracoval s emočně narušenými chlapci. Používal psychoanalytické pojmy pro interpretaci jejich obtíží, ale samotným dětem jejich poruchy neinterpretoval. V r. 1943 zpracoval zkušenosti ze skupinové terapie asi 800 dětí. Později se zabýval dospělými a aplikoval psychoanalýzu na skupinovou terapii dospělých. Založil American Group Therapy Association, vydávající časopis International Journal of Group Psychotherapy. Byl konzultantem brooklynské nemocnice v New Yorku.

Svou metodiku pro děti nazval Slavson (1958) *činnostní skupinovou terapií* („activity group therapy“). Podstatné pro ni je umožňování neřízeného projevování aktivity dětí v tolerujícím prostředí. Skupiny jsou sestavovány z dětí téhož pohlaví a přibližně stejného věku. Členové skupiny jsou shromážděni v prostředí důmyslně uspořádaném s posunovatelnými stoly, nebo v kabinetech s barvami, papíry a různými materiály. Schůzka trvá 60–90 minut a během ní se dětem ponechá volné pole působnosti. Každý si může dělat, na čem chce, není dán žádný společný cíl. Terapeut nemá v této skupině žádnou specifickou roli, nic nezakazuje ani neschvaluje. Není přítomen proto, aby ovlivňoval jejich jednání, ale proto, aby dětem ukázal, že jsou akceptovány, ať jednají nebo mluví jakkoli. Je to prostředí lásky bez výhrad a podmínek, které má vytvořit předpoklady pro uspokojení a posílení ega.

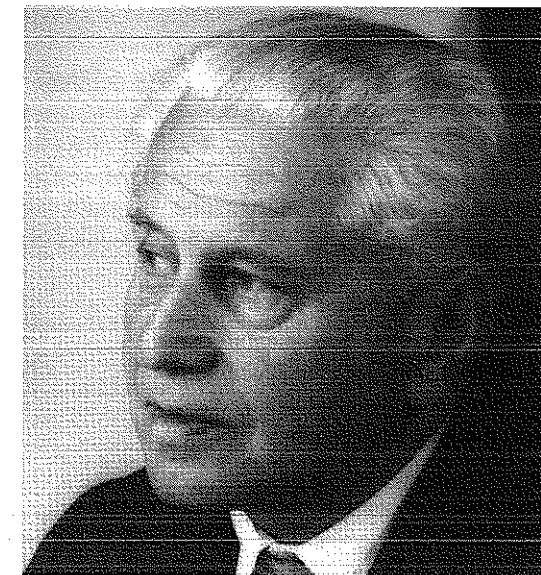


OBR. 45 S. R. Slavson

Analytická skupinová terapie pro dospělé se v pojetí Slavsona (1952, 1961, 1964) řídí analogickými principy jako individuální psychoanalýza. Používá volné asociace, analýzu verbálních projevů, analýzu odporu a snů, interpretace přenosu. Pouze základní pravidlo, že člověk má říkat vše, co ho napadne, zde nemůže být dodržováno důsledně, protože by tím byli omezováni jiní. Pokud jde o sny, vyprávějí se před skupinou a k interpretacím se vyjadřuje nejen terapeut, ale i členové skupiny. Slavsonův model skupinové terapie je v podstatě intrapersonální, zaměřuje se na jednotlivého pacienta. Slavson jako analyticky orientovaný skupinový terapeut patří k těm, kteří skupinovou dynamiku považují za faktor negativní, rušivý. Vzniku skupinových norem, hodnot a cílů se snaží zabránit. Každý pacient dosahuje katarze a různého stupně náhledu svým vlastním úsilím a jemu vlastními cestami. Ve skupině má být jen malá skupinová koheze. Pacienti se mají zabývat svými vlastními problémy, a ne skupinovým plánem. Nejsou zaměstnávání ani organizování, nedostávají žádné příkazy. Vytvoří-li se ve skupině koheze, skupinová morálka a pravidla, ztrácí podle Slavsona skupina terapeutický význam. Stává se skupinou sociální, a ne terapeutickou. Podobný názor na psychoanalýzu ve skupině formuloval v USA také A. Wolf (1950).

Proti tomuto pojetí stojí např. názory britských skupinových analytiků S. H. Foulkesa, R. W. Biona, H. Ezriela aj., kteří považují skupinovou dynamiku za pozitivně významnou pro terapeutický proces.

Sigmund H. Foulkes (1898–1977), původním jménem Fuchs, se narodil v Německu v Karlsruhe. Lékařské vzdělání získal v Heidelbergu, Mnichově, Berlíně a Frankfurtu, psychoanalytickým výcvikem prošel u H. Deutschové ve Vídni. Pak se stal ve Frankfurtu ředitelem psychoanalytické kliniky. V r. 1933 emigroval do Anglie, stal se členem Londýnského psychoanalytického



OBR. 46 S. H. Foulkes

institutu a začal se zabývat skupinami neurotických pacientů. Patřil k britským psychiatrům, kteří během 2. světové války prováděli terapeutickou praxi s vojáky trpícími akutní bojovou neurózou a užívali přitom s úspěchem skupinové postupy. Po válce zavedli tuto metodu na kliniky a do soukromé praxe. Foulkes pracoval v soukromé ambulantní skupinové analytické praxi v Londýně. Vytvářel pracovní skupinu s dalšími šesti kolegy, s nimiž si mezi sebou rozdělovali pacienty, kteří k nim byli posláni. Po dvou orientačních individuálních rozhovorech je zařadili do vhodné skupiny. Založil Skupinově-analytickou společnost, která od r. 1967 vydává časopis „Group analysis“.

Foulkes (1957, 1964) měl spíše sklon vidět emoční poruchu jako poruchu vznikající v porušených interpersonálních vztazích. Nepřijímal Freudovu teorii erotu–thanatu a výklad chování ve skupinách stádním instinktem, spíše se domníval, že skupina je základnější jednotkou než individuum. V jeho skupinách se 7–8 členů scházelo dvakrát týdně na půl druhé hodiny, seděli v kruhu, každý mohl volně vyjádřit, co ho napadlo, přičemž to nemuselo být zvlášť inteligentní, ani se to nemuselo týkat toho, o čem byla právě řeč. Terapeut pomáhá členům skupiny vidět latentní význam jejich sdělení, s nimiž zachází jako s ekvivalentem volných asociací. Nenápadně usměrňuje spontánní proudy ve skupině, zeslabuje některé příspěvky a zvýrazňuje jiné. Zatímco pacienti se mají do skupinového dění plně ponořit, terapeut by měl stát víceméně stranou. Měl by dovolit, aby se skupinový proces rozvinul a aby bylo dosaženo aktivní účasti členů skupiny. Terapeut interpretuje i přenosové vztahy, které se ve skupině vyskytují; ty však nemají rozhodující význam jako v individuální terapii.

Kompletní skupiny mají mít 8 členů, 4 muže a 4 ženy. Jsou otevřené v tom smyslu, že nový člen přichází do skupiny již fungující, při dvou- až tříletém trvání terapie se však členové mění jen zvolna; skupina funguje ve stejné sestavě alespoň rok. Pacienti nemají mít spolu žádné vztahy mimo skupinu, aby se zabránilo jakémukoliv

agování<sup>10</sup> mimo terapeutický rámec. Terapeut se rovněž vyhýbá mimoskupinovým kontaktům se svými pacienty.

Požadavky na skupinu formuluje Foulkes takto: Skupina má umožnit, a) aby docházelo ke svobodné a spontánní interakci mezi členy skupiny, b) aby se ve skupině reprodukoval patologický konflikt a byl konfrontován s hodnotovým systémem skupiny a c) aby se dosáhlo náhledu a neurotický proces „opakování“ se podrobil revizi. Ve skupině má jedinec možnost vidět sebe v druhých a druhé v sobě, což může vést k realističtějšímu pohledu na sebe jak pokud jde o vlastní meze, tak také pokud jde o vlastní nevyužití možnosti.

Foulkesovi žáci Roberts a Pines (1992) charakterizují Foulkesův pohled na terapeutické využití skupiny takto: „Někteří analytici, např. Wolf a Schwartz, viděli ve skupinách pouze jedince a vytvořili ‚psychoanalýzu ve skupině‘. Jiní, jako Bion, viděli pouze skupinu a vytvořili ‚psychoanalýzu skupiny‘. Foulkes někdy viděl skupinu a jindy jedince na pozadí skupiny a jindy zase podskupiny nebo více členů na pozadí skupiny. Dovedl svou pozornost přenášet a v určitém okamžiku osvětlit nejvýznamnější prvek ve skupinovém procesu.“

Sborník statí Foulkese a jeho žáků, sestavený Robertsem a Pinesem, vyšel pod názvem „Skupinová analýza v praxi“ v českém překladu (1998). Skupinové analýze bylo věnováno také speciální číslo časopisu *Revue psychoanalytická psychoterapie* (2001, č. 1), ve kterém jsou významné příspěvky českých i zahraničních autorů.

10 Agováním se zde myslí přenášení starších způsobů chování do současné situace, která v něm symbolicky zastupuje situaci dřívější. V analýze se agování považuje za projev potlačených impulzů, které se v průběhu terapie vynášejí na povrch. Formou agování je též přenos. Mimo terapeutický rámec by mohlo agování vést ke vzniku nerealistických erotických nebo konfliktních vztahů mezi členy skupiny.

## Transakční analýza

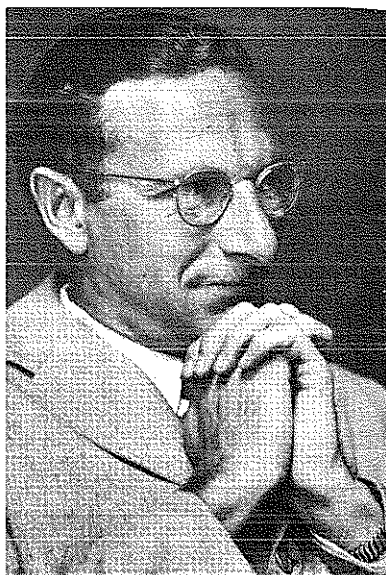
Zakladatelem aktivního směru, představovaného dnes Mezinárodní společností pro transakční analýzu, byl Eric Berne (1910–1970), kalifornský psychiatr, který pracoval převážně v soukromé praxi v Carmelu na břehu Tichého oceánu a zároveň dva dny v týdnu v San Francisku. Jako mnoho jiných novátorů byl i Berne napřed vyučen psychoanalytikem. Jeho analytici byli Paul Federn a později, po přerušení způsobeném službou v armádě za války, Erik Erikson. Během vojenské služby získal Berne vztah k práci se skupinami. Ještě po válce byl asi deset let psychoanalytikem, zvyklým překládat sdělení klientů do teoretického jazyka psychoanalýzy. Postupně se však začal stále více zajímat o rychleji působící techniky a spíše o doslovný význam sdělení pacientů o jejich současných problémech, vztazích a stavech než o jejich minulost a nevědomí. Zaujal ho sdělený pocit pacienta „jako by v něm byl malý chlapec“ a začal se ptát: „Kdo teď ve vás mluví, dospělý muž, nebo malý chlapec?“ V roce 1957 poprvé referoval o transakční analýze. V Carmelu i v San Francisku se ve svém bytě scházel jednou týdně navečer se skupinou zájemců, s nimiž diskutoval o svých myšlenkách, komentoval ze svého pohledu jimi přinášené případy z praxe a postupně zpřesňoval své pojetí osobnosti, transakcí a scénářů a rozšiřoval sbírku her. V r. 1961 vydal učebnici transakční analýzy a v r. 1964 vyšla jeho knížka „Games people play“, která se stala bestsellerem a jen v USA vyšla ve více než 30 vydáních. Napsal celkem 8 knih, mj. příručku skupinové terapie. Některé knihy vyšly až po jeho smrti. Na vrcholu svých tvůrčích sil zemřel v roce 1970 na infarkt.

V životě dával přednost nezávislosti a soběstačnosti, podle vzoru svého otce lékaře si zvolil scénář pomoci druhým a svůj osobní život obětoval životu profesionálnímu, práci s pacienty, seminářům a psaní článků a knih. Známým propagátorem transakční analýzy se stal psychiatr T. Harris z kalifornského Sacramenta knihou „Já jsem OK, ty jsi OK“ (český překlad 1997). Název Harrisovy knihy vyjadřuje životní postoj, k němuž se má člověk v transakční analýze dopracovat.

Podstatnou součástí skupinové terapie v transakční analýze je výklad Bernovy koncepce motivace, stavů ega, druhů mezilidské transakce, scénářů a her. Koncepce si pacienti postupně osvojují jak teoreticky z výkladu terapeuta, tak i prakticky, při aplikaci na dění ve skupině a na své životní problémy, které do skupiny přinášejí.

V *motivaci* člověka zdůrazňuje Berne vedle biologických pudů dva páry základních psychologických potřeb: potřebu podnětů a potřebu uznání a potřebu struktury a potřebu vzrušení. Nejdůležitější formu potřebných podnětů nazývá Berne *pohlazení*





OBR. 47 E. Berne

(stroke). U dětí se musí odehrávat v podobě přímého tělesného doteku, jako je objímání, chování a hlazení, u dospělých může být toto (rovněž žádoucí) přímé tělesné hlazení či objetí nahrazeno také slovními projevy uznání, úsměvem či potleskem. Nedostává-li se takových kladných pohlazení, může jedinec usilovat o získání alespoň „pohlazení“ negativních, jako je zamračení, vyjádření nesouhlasu či kritiky, která jsou projevem alespoň toho, že je brán na vědomí. I negativní kontakt je lepší než žádný kontakt. Potřeba struktury a potřeba vzrušení se týkají smysluplného vyplnění času, které odstraňuje prázdnotu a nudu. Aspoň část z tohoto času by měla být zajímavá, podněcující a vzrušující.

**Analýza struktury.** Podle Berna existují tři různé *stavy ega*. Jedním je stav reprodukcující pocity, způsoby chování, gesta, názory a postoje nekriticky převzaté v dětství od rodičů. Tento stav nazývá Berne *Rodič*. V *Rodiči* jsou zaznamenány všechny zákony a všechna pravidla, které dítě slyšelo od významných dospělých a vidělo v jejich životě od „jsi hodný, když sníš všechno, co je na talíři“ přes „nikdy nelži“ až po „nikomu se nedá věřit“. Druhý stav nazval Berne *Dítě*. Je-li *Rodič* pozůstatkem vnějších vlivů v dětství, je *Dítě* pozůstatkem vnitřních duševních stavů člověka v dětství, jeho pocitů bezmoci a strachu, provinilosti, protestu i radosti, snahy překonat pocit méněcennosti. Má-li *Rodič* v sobě převážně příkazy, zákazy a pravidla, jsou stavy nazývané *Dítě* převážně rázu citového. Vedle stinných stránek reagování bez rozumové kontroly to má i řadu světlých stránek. Dítěti je vlastní zvědavost, tvořivost, spontánnost, přání vědět, dotýkat se, zkoumat a nezkažená schopnost prožívat. „Toto je tvé Dítě“ znamená v Bernově terminologii: reaguješ tak, jako jsi reagoval, když jsi byl dítětem.

Třetí stav ega, *Dospělý*, zpracovává a hodnotí informace na základě své vlastní zkušenosti a vlastního rozumu. Liší se od stavu *Rodiče*, který tvoří soudy na základě

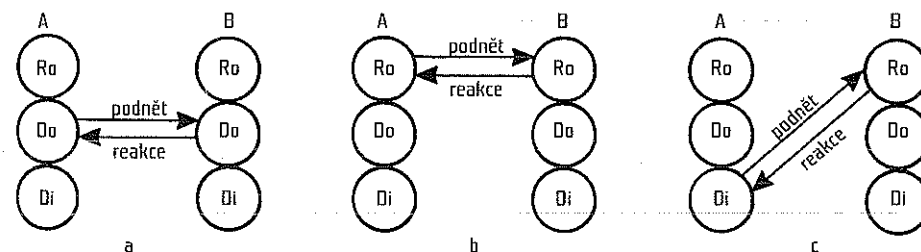
nápodoby, ale i od stavu *Dítěte*, které reaguje na základě citů a nedovede dostatečně diferencovat. Dospělý si dovede uvědomit i jednotlivé stavy Já. Dovede odlišit mezi životem, jak mu byl demonstrován (*Rodič*), jak ho prožíval (*Dítě*) a jak ho sám svým poznáním objevil (*Dospělý*). A tak tedy výraz „toto je tvůj Dospělý“ znamená v transakční analýze: učinil jsi samostatné objektivní hodnocení situace a docházíš k závěrům nikoli na základě předsudků a neovládaných citů, ale na podkladě rozumové analýzy.

Stavy *Rodič* a *Dítě* lze ještě jemněji diferencovat na stavy *dílčí*. *Rodič* může účinkovat jako *Rodič pečující*, který projevuje zájem a poskytuje účinnou pomoc a ochranu, a jako *Rodič kritický*, který je autoritativní a zlostný, má snahu řídit, vnucovat svá hodnocení, omezovat, ovládat a různě projevovat svou moc. (V extrémní podobě se u žen označuje jako *Čarodějnice*.) V dětském stavu ega lze rozlišit *Přirozené dítě*, které je citové a spontánní, zvědavé, intuitivní a hravé, a *Způsobné dítě*, které je podrobné, poslouchá příkazy a plní požadavky.

**Analýza transakce.** Rozlišování stavů ega má podle Berna zásadní význam pro komunikaci mezi lidmi, kterou Berne nazývá transakce.<sup>11</sup>

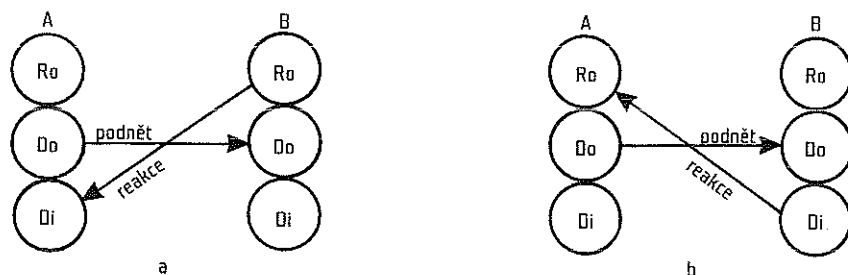
Průběh i výsledek transakce je závislý na tom, který stav ega je u jednotlivých komunikujících osob právě v činnosti. Transakce mohou být rovnoběžné a vzájemně se doplňující a pak je většinou vše v pořádku, anebo mohou být zkřížené, a to je zákonitě zdrojem nepříjemností. Znázorníme si základní typy reakcí na schématech a příkladech.

Příkladem jednoduché transakce *Dospělý–Dospělý* (obr. 48a) je věcná otázka a věcná odpověď (Kolikátého je dnes? Pětadvacátého.). Příkladem rovnoběžné transakce *Rodič–Rodič* je předsudky ovlivněná všeobecná konverzace typu: A: „Dnešní mladí lidé nemají před ničím úctu“, B: „Nejen to, ale považují všechno, čeho se jim dostává, za samozřejmost, za kterou nemusí být nikomu vděční“ (obr. 48b). Příkladem rovnoběžné a šikmé interakce typu *Dítě–Rodič* je tato konverzace mezi manželi: M: „Je mi dnes nějak špatně, myslím, že budu mít horečku.“ Ž: „Tak si lehni do postele. Chceš, abych ti uvařila čaj s citronem?“ *Dítě* v manželovi si žádá pozornost a péči a žena je ochotna ho mateřsky ošetřovat (obr. 48c).



OBR. 48 Rovnoběžné transakce

<sup>11</sup> V prvním vydání českého překladu Bernovy knihy „Jak si lidé hrají“ (1970) byl pojem transakce nesprávně přeložen jako „přenos“. S pojmem přenosu (transference) používaným v hlubinné a dynamické psychoterapii nemá Bernova transakce nic společného. Ve druhém vydání (1992) je již tato chyba opravena.



OBR. 49 Zkřížená transakce

Co vyvolává nepříjemnosti, jsou *zkřížené transakce*. Například podnět má charakter Dospělý–Dospělý, ale odpověď je typu Rodič–Dítě nebo Dítě–Rodič. Manžel nemůže najít knoflíčky od manžet a ptá se: „Nevíš, kde jsou moje knoflíčky od košile?“ Je to otázka Dospělého, hledajícího informaci, a rovnoběžná doplňující odpověď by byla: „V horní pravé zásuvce“ nebo „Nevím, ale mohu ti pomoci hledat“ nebo „Nevím, ale teď nemám čas, abych ti pomohla hledat“. To jsou všechno přímé odpovědi, přinášející tazateli žádané informace (obr. 48a). Má-li však manželka špatný den a odpoví-li „TAM, KDE SIS JE NECHAL,“ je to transakce zkřížená. Podnět byl dospělý, ale žena obrátila reakci a reagovala jako Rodič na Dítě (obr. 49a). Opačnou zkříženou reakcí by bylo např.: „Ty po mně pořád něco chceš!“ To Dítě v ženě reaguje na Rodiče (obr. 49b). V obou případech zůstává problém, který byl jádrem otázky, nevyřešen a odsunuje se. Transakce může být počátkem hry TO JSI CELÁ TY anebo hry UŽ TĚ MÁM, TY DAREBÁKU.

Vedle rovnoběžných a zkřížených transakcí, které jsou zjevné, existují transakce, které vedle zjevného podnětu obsahují ještě další, *skrytý podnět*. Manžel řekne: „KAM JSI ZASE STRČILA OTVÍRÁK NA PIVO?“ Hlavní podnět je Dospělý, protože jde o hledání informace o potřebném předmětu. Současně je tu však skryta komunikace jiného druhu, která může znamenat „máš doma nepořádek“ a „dávej věci na své místo“. To je komunikace Rodiče k Dítěti, která vytváří možnost zkřížené transakce. Pokračování záleží na tom, který podnět si žena vybere k odpovědi. Necítí-li se manželovým výrokem ohrožena a chce-li, aby se komunikace dále vyvíjela bez dramatickosti, řekne: „Strčila jsem ho vedle vidliček.“ Odpověď zůstává na úrovni Dospělého a současně obsahuje informaci, že byla zaregistrována vedlejší poznámka o nedostatečném pořádku. Je-li však v manželce potrefeno Dítě, bude se její odpověď primárně týkat slova „strčila“ a pak může odpovědět: „JSI SLEPÝ NEBO CO?“ A tady končí diskuse o otvíráku na pivo a transakce přechází do oblasti diskuse o pořádku v domácnosti, o slepotě a inteligenci a může se rozvinout hra, kterou Berne nazývá VŘAVA.

**Analýza scénáře.** Na pochopení stavů ega a transakcí navazuje analýza scénáře. *Scénář* je životní plán založený na rozhodnutí učiněném v dětství, posilovaném rodiči a potvrzovaném následujícími událostmi. Obecný rámec individuálního scénáře tvoří *čtyři základní životní pozice* či postoje, v nichž se kombinuje hodnocení sebe a druhých lidí: 1. Já jsem dobrý, vy jste dobří, 2. Já nejsem dobrý, vy jste dobří, 3. Já jsem dobrý, vy nejste dobří a 4. Já nejsem dobrý, vy nejste dobří. Specifické scénáře se pak vytvářejí zejména pod vlivem opakovaných rodičovských příkazů či „poselství“, jako „nikdy nikomu nevěř“, „buď hodná“, „jsi nešikovná“, „na co sáhneš, to pokazíš“, „dej

na sebe pozor“, „ty to dokážeš“, „jsi dobrý“, „to se ti povedlo“, nebo často slychaných obecných tvrzení jako „život nestojí za nic“, „zadarmo ani kuře nehrabe“, „ten kluk zraje pro kriminál“, „je to takový ochotný chlapec“, „když se chce, všechno jde“ a „svět je krásný, lidé dobří“.

Ve skupinových sezeních se členové skupiny při úvodu do práce se scénářem vybízejí k tomu, aby si napsali na kartičky, co jim rodiče často říkali nebo co doma často slyšeli, a pak se tyto výroky vzájemně porovnávají a seskupují podle podobností. Zpravidla je mnohem více těch, kteří si vybavují výroky varující a kritizující, než těch, kteří uvádějí výroky povzbuzující a oceňující. Se zřetelem na často zjišťovaný závažný dopad negativních „poselství“ mají tyto poznatky velký význam i pro výchovu. Podněcují ke zvážení a případné změně toho, co dětem nebo o dětech nejčastěji říkáme. Specifická aktivizující poselství se označují také jako „*poháněče*“, znehodnocující poselství jako „*kletby*“. Kromě toho se mohou vyskytovat pozitivní poselství, která lze označit jako „*dovolení*“, např. „Udělej to tak, jak se ti to líbí.“

S podobným zaměřením se dá ve skupině pracovat také s pohádkami či příběhy, které klienti v dětství často slyšeli nebo které si oblíbili. Postavy z nich mohou také odrážet některé charakteristické rysy scénáře (Karkulka ohrožovaná vlkem a Smolíček mezi jezinkami, nebo Šípková Růženka čekající na prince, princ Bajaja usekávající drakovi jednu hlavu za druhou apod.).

Při analýze scénáře opouští transakční analýza svoji základní orientaci na přítomnost a vrací se do zážitků z dětství, kdy se scénář vytvářel. Konfrontováním minulosti se současností si má pacient uvědomit, zda přijatý životní scénář odpovídá jeho současné skutečnosti a jeho přáním a zda nepotřebuje opravu. Tuto opravu může dnes na základě vlastního zralého rozhodnutí provést a změněný scénář začít uvádět do praxe. Také se může rozhodnout, že dosavadní neuvědoměle působící scénář vědomě přijme.

Bernovi pokračovatelé M. a R. Goulingovi rozvíjejí tento postup jako „terapii novým rozhodnutím“ („Changing lives through redecision therapy“, 1979). Z Bernových žáků se scénářům věnovali také např. Steiner („Scripts people live“, 1974) a James a Jongeward v knize s příznačným názvem optimistického scénáře „Zrození k vítězství“ („Born to win“, 1971).

**Analýza her.** Pochopení teorie transakcí a analýzy scénáře je předpokladem k pochopení teorie „her, které spolu lidé hrají“. *Hra* je sled na sebe navazujících transakcí, zčásti zjevných a zčásti skrytých, s určitými nástrahami. Obvykle souvisí s problematickým scénářem. Vede k předvídatelnému konci s „výplatou“, se závěrečným „ber–dej“. *Výplata* se skládá ze záporných pocitů smutku, strachu nebo zlosti pro oba zúčastněné. Hráč si je může sbírat jako kupony, za jejichž určitý počet pak má právo na silnější pocit nebo důraznější akci, např. vztek, pomstu, rozvod, odchod ze zaměstnání, depresi, útek do nemoci nebo sebevraždu. (Vztek představují „červené kupony“, depresi „hnědé kupony“.) Hry v sobě obvykle obsahují role pronásledovatele, oběti a záchránce, přičemž v průběhu hry se tyto role také mohou střídát. Ilry jsou svou podstatou neupřímné, nečestné a většina z nich vede k nepříjemnostem. Berne ve své knize analyzoval více než třicet her, z nichž zde ve volném zpracování uvádíme několik příkladů.

Hra KDYBY NEBYLO TEBE se často hraje mezi manželi. Pan A. si stěžuje, že ho manželství a rodina brzdí v rozvinutí jeho schopností a produktivity: co všechno by dokázal, kdyby nemusel mít pořád hlavu plnou rodinných starostí. (Když však od něho manželka s dětmi odejde a zůstane sám, ukáže se, že nedokáže o moc víc.) Paní

B. si stěžuje, že manžel tak omezuje její společenský život, že se ani nenaučila tančit. (Když ji manžel na radu psychiatra přihlásí do tanečních hodin, ukáže se, že se tance bojí a že je na tančení „dřevo“.) Na zjevné úrovni tedy člověk protestuje proti útlaku, nárokům nebo jinému neblahému vlivu svého partnera. Na skryté úrovni však skutečnost, proti níž protestuje, pomáhá zakrýt jeho neschopnost, nechuf či strach z určité věci. Díky zmíněnému útlaku, který je pro něho výhodný, může říkat: Kdyby nebylo tebe... Z tohoto zkreslování skutečností je patrná nečestnost her.

Hra KOUT znamená, že partner je přitlačen do kouta, ze kterého nemá východisko. Paní C. ví, že její manžel by chtěl jít do kina a že by uvítal, kdyby šla s ním. Jí se nechce, neřekne to však přímo. Naopak sama navrhne, aby se do kina šlo. Manžel s povděkem souhlasí. V dalším rozhovoru se pak paní C. zmíní o nedostatku peněz v domácnosti takovým způsobem, že se to manžela dotkne. Pan C. se rozčílí. Paní C. teď může prohlásit, že není zvědavá na jeho hrubosti a že za takových okolností s ním samozřejmě nikam nepůjde. Pan C. jde do kina sám a vinu může přičíst sobě. Hra se s oblibou hrává též večer před ulehnutím nebo v posteli, když se někdo z manželů chce vyhnout „manželským povinnostem“.

Hra KVŮLI TOBĚ. Pan D. pracuje, píše, maluje, rysuje, spravuje vypínač nebo auto, dělá fotografie nebo cokoli v věci se mu nedaří. V průběhu jeho neúspěšného úsilí vstoupí spolupracovník, dítě nebo manželka, aby se na něco zeptali. V tom okamžiku udělá pan D. kaňku, upustí štětec, poleje vývojkou fotografické papíry, překroutí závit nebo ulomí součástku, čímž se vina za nezdár může přisoudit rušiteli a pan D. může zvolat: „Podívej se, co se mi kvůli tobě stalo...“

Hra ZKUSTE – ANO, ALE. Hra se často hraje při návštěvách a ve skupinách nejružnějšího druhu včetně terapeutických skupin a má mnoho variant. E: „Já jsem tak hloupá, že si se mnou nikdo ani nedá schůzku.“ F: „Tak zkuste číst moderní literaturu, ať se máte o čem bavit.“ E: „Ano, ale když já na čtení nemám čas.“ G: „Zkuste si koupit nějaký pěkný přiléhavý svetr.“ E: „Ano, ale když ono nic pořádného nelze sehnat.“ H: „Zkuste chodit častěji k holiči a nechte si udělat přeliv.“ E: „Ano, ale holič přijde moc draho.“ Hra končí v typických případech mlčením a E. vyhrává. Hru lze přerušit otázkou: „To je skutečně těžký problém. Co s ním chcete dělat?“

Hra KOPNĚTE SI DO MĚ spočívá v tom, že jedinec tak dlouho opakuje a zintenzivňuje své nepříjemné nebo provokující chování, až si vyslouží napomenutí, kritiku, odmítnutí nebo trest. To je také skrytým cílem hry. Potvrzuje si svůj výchozí předpoklad, že „má vždycky smůlu“, že „ho nikdo nemá rád“. Z toho získává výsledné uspokojení, i když za to platí řadou nepříjemností. Host například postupně umaže koberec, vylije na ubrus polévku, šlápne na nohu psovi a pomluví u stolu nejbližší příteli hostitele, až hostitelé přestanou být zdvořilí a trpěliví.

Při hře UŽ TĚ MÁM, TY DAREBÁKU naopak hráč číhá na okamžik, kdy může partnera přistihnout při nějaké chybě, klamu či nesprávném chování, aby na to mohl náležitě poukázat. Potvrzuje si tím, že lidé jsou zlí, a to mu poskytuje příslušné uspokojení a kupon do sbírky práva na zlost a odplatu.

Z bohatého repertoáru her uvedme ještě manželskou hru FRIGIDNÍ ŽENA. Muž se chce se svou manželkou milovat a je odmítnut. Po opakovaných pokusech je mu řečeno, že muži jsou zvířata, že ji ve skutečnosti nemá rád kvůli ní samé, ale zajímá se jenom o sex. Manžel přestane nějakou dobu naléhat, pak to zkusí znovu s tímž výsledkem. Rezignuje a upustí od dalších pokusů. Za nějakou dobu se stane žena přítulnější a chodí po ložnici v negligé nebo volá z vany, že si zapomněla čistý ručník. Časem začne manžel na tyto provokace reagovat a pokusí se znovu. Je opět zapuzen a pak může následovat hra VŘAVA, ukončená boucháním dveří. Pak se manžel rozhodne, že to je konec a že musí se svou ženou najít modus vivendi bez sexu. Uplyne nějaký čas. Manželčiny známé manévry s negligé a ručníkem muž ignoruje. Pak se k němu manželka jednoho večera přiblíží a políbí ho. Muž, pamětliv svého rozhodnutí, napřed nereaguje, ale potom si začne myslet, že se konečně jeho žena změnila. Jeho počáteční něžnosti jsou přijímány kladně a on se stává odvážnějším. Avšak v kritickém okamžiku se žena odtáhne a dá se do pláče: „Vidíš, co jsem ti říkala. Muži jsou zvířata. Já jsem chtěla cit a ty se zajímáš jen o sex.“ Následující hra VŘAVA může překonat předchozí v tom, že se přikročí přímo k rozdělování společného majetku.

Předmanželskou nebo mimomanželskou variantu této hry lze označit také jako „sexuální obtěžování“. Dívka nebo žena se chová svádívě, a když se jí podaří přimět partnera k jasnému projevení zájmu, chová se, jako by byla obtěžovaná, zareaguje dotčeným „co si to o ní myslí“ nebo „co si to dovoluje“. Hrou získává právo ho ponížít nebo si potvrdit své mínění o mužích.

Hra v Bernově pojetí není formou zábavy, i když Berne popisuje hry velmi vtipně. Název se zde používá jako technického termínu pro takovou interakci mezi lidmi, která brání rozvoji otevřeného, důvěrného a bezpečného vztahu. Berne, jak bylo z výkladu patrné, užívá s oblibou jako technických termínů pro jednotlivé hry charakteristických frází z hovorové řeči. Analýza her je podstatnou součástí terapeutických sezení a Bernova vnímavost pro komičnost ve stereotypně přicházejících situacích, které učí i své pacienty, pomáhá k dosažení nadhledu a změny. Hru je tedy třeba odhalit a tím její pokračování a opakování znemožnit.

**Terapeutický postup.** V transakční analýze je důležitým východiskem terapeutické práce *kontrakt*, dohoda o tom, čeho chce klient dosáhnout a v čem a jak mu může terapeut pomoci. Úvodní otázka zní např. „Jak oba poznáme, že jste dosáhl toho, kvůli čemu jste sem přišel?“ Dohoda může být v průběhu terapie revidována a může být rozdělena na dílčí kroky. Typickou formou práce jsou skupinová sezení se sedmi až osmi pacienty, kteří se scházejí na dvě hodiny jednou týdně. Pacient se v kontraktu mimo jiné zavazuje, že se naučí terminologii transakční analýzy a bude ji používat ke zkoumání svých každodenních transakcí a stavů ega, které se v něm i v druhých osobách při transakcích projevují.

Prakticky se při terapii počítá se dvaceti sezeními. V průběhu terapie je výrazně zastoupena složka didaktická a *tabule pro nákresy* se považuje za nezbytnou součást vybavení terapeutické místnosti. Po přivyknutí terminologii aplikují všichni členové osvojenou teorii na všechny členy skupiny. Sledují u sebe i u každého mluvícího, jaký stav ega byl u něj právě aktivován, a nacvičují reakce vycházející ze stavu „Dospělý“.

Je ovšem třeba poznamenat, že vedle běžně žádané zralé komunikace na úrovni „Dospělý–Dospělý“ má i komunikace na jiných úrovních za určitých okolností své oprávnění. Bylo by jistě ochuzující založit např. v milostné či sexuální situaci transakce na výměně racionálních věcných informací. Transakce na úrovni „Dítěte“, představující čistou emocionalitu

a spontánnost, jsou v takovém případě daleko vhodnější. Transakční analýza tedy vede též k tomu, aby lidé nebyli rigidně závislí na jednom stavu Ega, ale mohli s přehledem podle potřeby volit vhodný způsob.

Stav Rodič je vhodný v situacích, kdy je třeba řídit a vést, stav Dítě v situacích, kdy je potřebná tvořivost, zábava a legrace, a stav Dospělý v situacích, kdy je zapotřebí věcné a přesné rozhodování. Dobře přizpůsobená osobnost dovede správně přepojovat z jednoho stavu Ega do jiného podle požadavků situace.

Dále se pacienti seznamují s „hrami“. Učí se je u druhých i u sebe odhalovat a nahradit je důvěrnými autentickými vztahy s otevřeným vyjadřováním postojů a přání. Zároveň mají dosáhnout schopnosti utvářet svůj život na základě vlastní volby bez svazujícího vlivu minulosti. Učí se poznat dosavadní scénář, a pokud je nevyhovující, nahradit ho s pomocí skupiny vhodnějším. Terapie pak napomáhá dosažení optimistického životního postoje „Já jsem dobrý, vy jste dobří“ (I'm OK, You're OK).

V transakčně analytických skupinových sezeních dostávají pacienti místo informací o svých chybách daleko častěji informace o svých přednostech a místo přiznání „kde jsem chyboval“ a „co dělám špatně“ se od nich požadují sdělení „v čem jsem dobrý“, „čeho si na sobě cením“ a „proč mne i druzí mohou mít rádi“. Totéž se učí vidět na druhých.

Kromě dvou překladů Bernových knih („Jak si lidé hrají“, 1992, a „Co řeknete, až pozdravíte“ 1997) je v češtině překlad Harrisovy knížky „Já jsem OK, ty jsi OK“ (1997) a přehled teorie a současné praxe transakční analýzy v překladu publikace G. Hennigové a G. Pelze „Transakční analýza“ (2006).

## Skupiny setkání

S proudem humanistické psychologie se ve Spojených státech v šedesátých letech značně rozšířilo hnutí skupinových aktivit a skupinového zážitku, zvané „*encounter groups*“, které splýnulo s již propracovaným systémem „skupin výcviku v senzitivitě“, původně zaměřeným na psychologický výcvik vedoucích pracovníků obchodu a průmyslu v efektivním jednání s lidmi.

Orientace skupin „setkání“ není primárně zaměřena na léčbu diagnostikovaných poruch, ale usiluje především o rozvoj, osobní růst a zvyšování vnímavosti v interpersonálních vztazích, podněcování sebeaktualizace a umění radovat se ze života. Je však skutečností, že mnoho nediagnostikovaných neurotiků vyhledává skupiny „setkání“ jako formu terapie. Principy a techniky „setkání“ se začaly využívat také ve skupinové terapii. „Encounter terapii“ lze tedy zcela odůvodněně považovat za svéráznou formu přístupu ke skupinové terapii.

Setkáním je v daném kontextu míněn otevřený intenzivní a citově silně zabarvený vztah<sup>12</sup>, postavený na současných pocitech, ve kterém každý z účastníků opouští formálnost a naučené konvence a projevuje se i odevzdává do něj celou svou bytostí bez zdrženlivosti a zábran – s prožíváním a verbálním i neverbálním vyjadřováním pocitů. Terapie založená na koncepci setkání je zážitkovou terapií, spočívající v důrazu na emoční složku osobnosti a na prožívání a vyjadřování pocitů „tady a teď“. Přitom se užívá řady her a technik, zčásti převzatých, zčásti stále vynalézaných, které co nejvíce podporují prožívání, emotivitu a verbální i neverbální konfrontaci a kontakt s druhými v důrazem na dotyk a hmatový zážitek. Z tohoto hlediska by bylo možno mluvit o kontaktní terapii.

Druhým proudem v hnutí jsou tzv. „*t-skupiny*“ („t“ = trénink) či „skupiny laboratorního tréninku“ (Bradford a spol. 1964, Schein a Bennis 1965), které slouží pro výcvik vedoucích pracovníků v obchodě a průmyslu k tomu, aby zlepšili svoje schopnosti kontaktu s lidmi. Užívají se v nich jak skupinové rozhovory bez předem určených témat, tak plánované činnosti, které podporují různé druhy interakcí mezi členy skupiny, a podněcuje se systematická a častá zpětná vazba s analýzou toho, co se právě

<sup>12</sup> V podobném smyslu se s pojmem „*encounter*“ setkáme již v r. 1914 u Morena v citované knize „Pozvání k setkání“.

děje a jaký to má účinek. Cílem je lepší sebepochopení, porozumění podmínkám fungování skupiny a interakcím ve skupině i vytvoření dovednosti chápat lidi a umět s nimi jednat. „Sensitivity training“ je speciální formou laboratorního tréninku, ve kterém jsou ve středu zájmu osobní a interpersonální otázky, postup je zaměřen hlavně na rozvoj potenciálu účastníků. Senzitivita tu znamená schopnost citlivého reagování na komunikační podněty.

V obou případech jde o skupiny o 6–12 osobách, které se scházejí jednou nebo vícekrát týdně většinou po dobu jednoho až tří týdnů; někdy však i několik měsíců a jindy pouze na jeden víkendový „maraton“.

Základní interakce, ke kterým ve skupinách dochází, se podle Egana (1970) dají shrnout do čtyř bodů: odhození masky, naslouchání druhým, emoční podpora a konfrontace. Rozvedeme zde Eganovy poznámky k jednotlivým druhům interakcí podrobněji, protože vystihují dobře nejen dění ve skupinách setkání, ale přinášejí i zajímavé podněty pro skupinovou terapii vůbec.

## 1. Odhození masky

Odhození masky konvence, upřímné sebeodhalení, sebeprojevení a sebeotevření, jakési duševní svléknutí, je podstatnou součástí skupinového zážitku. Vyžaduje se, aby každý o sobě mluvil zcela otevřeně a upřímně. Sebeodhalení přitom nespočívá primárně v uvádění nějakých intimních údajů z životní historie, ale zejména v projevení současných pocitů, co se teď s člověkem děje i jak si stojí ve vztahu k ostatním. Každý má mluvit otevřeně o svých citově nabitých kontaktech s druhými. Má-li zlost, nemá ji potlačit, ale projevit. To neznamená, že musí vyvolat hádku či konflikt, nýbrž spíše, že má svůj pocit sdělit, např. „pocituji vůči tobě zlost a nevím, čím to je. Měli bychom si o tom pohovořit“.

## 2. Naslouchání druhým

Naslouchání druhým znamená pozorné uvědomování si obsahu sdělení mluvícího i pocitů mluvícího, které vycházejí z jeho intonace, mimiky a gest. Naslouchání znamená i uvědomování si pocitů, které projevy druhého vyvolávají v nás, a diferencování našich pocitů od jeho. Naslouchající se snaží mluvícího pochopit, vcítit se do něj a odhlédnout přitom od svých vlastních předsudků.

## 3. Emoční podpora

Egan emoční podporu dělí na a) předcházející upřímnému sebeprojevení a vytvářející vhodnou atmosféru a na b) podporu následnou, která posiluje projevené jednání. Má-li dojít k upřímnému sebeprojevení, musí skupina předem zajišťovat atmosféru bezpečí, ve které se o sobě jedinec odváží mluvit bez obav, že bude nepochopen a odmítnut. Podporou je úcta a akceptování. Akceptují tě proto, že jsi. Akceptování

přítom nemusí znamenat souhlas se vším, co druhý dělá, může být jen vyjádřením pocitu solidarity s lidským údělem, znamenajícím, že člověk není prost omylů a chyb. Poskytuje zájem, pochopení, ponechává svobodu existovat a dělat vlastní rozhodnutí. Podpora následná posiluje žádoucí komunikační chování. Jakmile jedinec projevil žádoucí chování, mají to ostatní členové pozitivně komentovat. Hovořil-li např. někdo upřímně o sobě, má skupina výslovně dát najevo, že to oceňuje, a současně hned reagovat na obsah jeho pocitů.

Egan uvádí příklady brzdicího působení nedostatečné nebo nevhodně projevené podpory. Jedním z brzdicích faktorů je dlouhé mlčení, které může být u skupiny projevem rozpaků při konfrontaci s dramatickými problémy jiných, avšak člověk, který se svěruje, to může považovat za projev nezájmu. Mladý muž se např. vydal napospas ostatním tím, že sdělil své dlouho skrývané hluboké city a problémy, a když skončil, očekával zpětnou vazbu. Od publika se mu však nedostalo žádné bezprostřední odpovědi, všichni se snažili nějakému jednání nebo vyjádření vyhnout tím, že se dívali do země nebo stranou. Mladý muž se cítil opuštěný a měl pocit, že udělal chybu, že o sobě vůbec mluvil.

Málo podpůrné jsou však i laciné fráze jako „dovedu tě pochopit“ nebo „to muselo být hrozné“ či neustálé bezpředmětné dotazování, které Egan nazývá „syndromem svatého Šebestiána“ (podle toho, že tento svatý zahynul pod sprškou šípů, které na něj vrhali jeho trýznitelé). Jedinec vypráví svůj příběh a očekává podporu. Členové skupiny začínou klást otázky, které mají být projevem zájmu: „Jak se cítíš? Kdy se to stalo? Jak dlouho to trvalo? Jak to vypadá teď?“ To udržuje oběť v centru pozornosti. Zpočátku nepozná, že je to hra, a snaží se odpovídat. Pak začne pocítovat, že to, co se děje, je jaksi mimo, ale stále ještě odpovídá. Mučitelé však pokračují se šípky tak dlouho, až interakce odumře. Nevhodnou podporou je také „samaritánství“, kdy tomu, kdo se svěřil se svými problémy a se svou vinou, všichni dokazují, že je vlastně sám nevinou obětí, a schvalují jeho jednání, které on sám neschvaluje. Snaží se samaritánsky odstranit jeho pocit bolesti, ač ten může být pro jeho osobnostní růst užitečný.

Koncepce setkání vyžaduje, aby se city netlumily, nýbrž projevovaly. I účast má být projevena co nejvíce citově, má využít nejen slov, ale hlavně tělesného kontaktu, pohlazení, stisknutí ruky, objetí. V praxi dochází ve skupinách setkání v emočně vypjatých situacích nezřídka ke společnému pláči ve vzájemném objetí.

## 4. Konfrontace

Ke konfrontaci dochází, když jedna osoba úmyslně nebo neúmyslně udělá něco, co nutí druhou osobu, aby promyslela, přezkoumala nebo změnila některé aspekty svého chování.

Nejčastěji dochází ke konfrontaci ve formě kritiky chování druhého. Uplatňují se v ní předsudky a zkreslený pohled kritizující osoby, která se dívá na věc ze svého hlediska. Její emoce jsou skutečné, ale nejsou nutně realistické. Může mít pocit zlosti vůči někomu, kdo ji ve skutečnosti nevyprovokoval. I motivem kritiky ve skupině nemusí být vždy snaha pomoci, ale též nuda, potřeba dominance, snaha pomstít se za něco nebo únik od vlastních problémů. Konfrontace je důležitou proměnou v procesu růstu ve skupině, ale může se zvrhnout v atmosféru vedoucí k tendenci úniku ze skupiny, kterou členové charakterizují slovy „kvůli tomu nemusím chodit do skupiny, abych mohl druhým nadávat nebo abych jim dával příležitost, aby nadávali mně“.



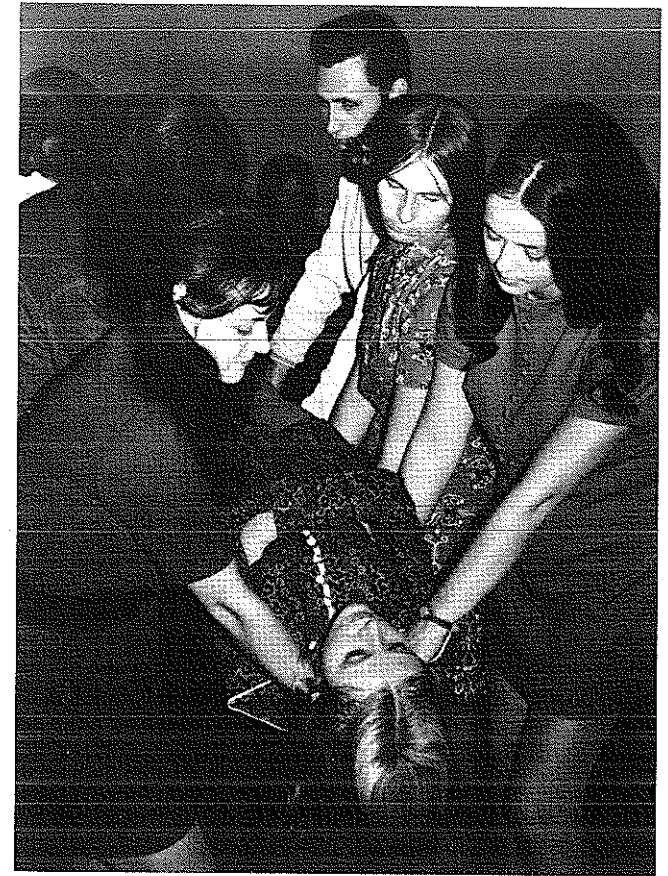
Každá kritika – i dobře míněná – má v sobě určité prvky ohrožení a trestu a kritizovaný může v důsledku toho negativně reagovat. Nejobvyklejší reakcí jsou různé formy obrany („moje rodina byla vždycky taková“, „jsem takový jenom tady“) a protiútok („tys toho o sobě taky moc neřekl“). Kritika je nejučinnější v kontextu akceptování a empatie. Má-li mít kladný účinek, je třeba ji přizpůsobit kvalitě vztahu mezi kritizujícím a kritizovaným („kolik vztah unese“) i současnému psychologickému stavu kritizovaného. Je-li kritizovaný ve stavu úzkosti, potřebuje spíše povzbuzení než kritiku. Když účastníci dosáhli ve skupině značného stupně vzájemné otevřenosti, důvěry a podpory, pak mohou být zvládnuty a s pozitivním účinkem proběhnout i velmi ostré konfrontace.

Protože cílem konfrontace není „odhalení“ někoho, ale jeho růst, nemělo by smysl, kdyby se účastníci jen vzájemně kritizovali v oblasti svých chyb a nedocenili přitom své dobré vlastnosti. Skupiny mají být zážitkem růstu, a ne místem, kde se člověk upřímně otvírá před ostatními proto, aby byl zdeptán.

Zúčastnit se popsaných interakcí není snadné. Proto se nezdá, že někteří účastníci o únik mlčením, zabýváním se obecnostmi nebo přesouváním hovoru na jiné. Egan považuje za formu úniku skupiny i hovor o problémech jednotlivce. Hloubka účasti ve skupině znamená spíše sdílení sebe než sdílení problémů. Mluví-li někdo o sobě v pojmech problémů, udržuje si falešnou naději, že vyřeší-li problémy, bude vše v pořádku. Země vyřešených problémů se však jmenuje Utopie.

## 5. Další koncepce a techniky

Rogers (1967) charakterizuje skupinu setkání jako skupinu, kde je velká svoboda a malá strukturovanost a kde se jedinec začne postupně cítit natolik bezpečný, že odhodí svou sebeobranu a přetvářku a na základě svých skutečných pocitů vejde v bezprostřední vztah s ostatními členy skupiny. Naučí se lépe rozumět sobě i svému vztahu k jiným, změní své postoje a chování a bude ve svých vztazích v každodenním životě úspěšnější. Na počátku takové skupiny se objevuje „chození kolem horké kaše“, trapné mlčení, bezobsažné tlachání nebo odpor proti sdělování osobních věcí skupině, i kdyby s tím někdo začal. Přes trvalou ambivalenci, pokud jde o důvěryhodnost skupiny, bývá tento odpor nahrazen popisováním vlastních zážitků z minulosti. Členové skupiny jsou již více osobní, zatím však nikoli ve směru, který se považuje za žádoucí: vyjadřování se o pocitech „tady a nyní“ a ne „tehdy a tam“. První vlašťovkou „tady a nyní“ je vyjadřování negativních pocitů. Rogers se domnívá, že tímto procesem členové zkoušejí, zda se ve skupině mohou opravdu cítit bezpečně, zda nebudou nějak trestáni za otevřený projev negativního vztahu k některému členu skupiny. Jestliže se vedoucímu podařilo nedirektivně spoluvytvořit atmosféru důvěry a otevřenosti, začnou členové stále častěji mluvit o osobně významném materiálu, o svých bezprostředních pocitech a dojmech, až postupně vznikne taková atmosféra, kde je každý jedinec plně akceptován a též sám sebe plně akceptuje, přičemž si uvědomí své skutečné vlastnosti. Odbourání fasád, potřeba a získání individuální zpětné vazby, konfrontace, vzájemná podpora a pozitivní emoční vztah – to jsou další skupinové procesy, které umožňují tzv. „basic encounter“, tj. hluboké a těsné vztahy, založené nejen na podpoře druhého, nýbrž na vcítění do jeho osobnosti a především na hlubokém spoluprožívání jeho radostí i smutků. V takto fungující skupině se pak jedinci vyjadřují naprosto spontánně a bez zábran.



OBR. 50 Encounter: pohoupání

Schutz (1967) a Lewis se Streitfeldem (1970) publikovali příručky pomocných technik, jichž se ve skupinách setkání s oblibou užívá. Techniky směřují k tomu, aby se něco dělalo, a ne pouze mluvilo. Samotné mluvení je dobré pro intelektuální porozumění, ale ne k autentickému prožívání. Techniky mají poskytovat podnět k prožívání a materiál k sebeuvědomování, které je pak možno slovy sdílet. Sebeuvědomování má podle Schutze složku tělesnou, duševní a sociální. Při sebeuvědomování tělesném se každý zaměřuje na soustředěné prožívání pocitů ze svého těla. Sebeuvědomování duševní se týká rozšiřování a zintenzivňování smyslových prožitků a uvědomování si emocí. Sociální sebeuvědomování se týká lidských vztahů.

Uvedme pro ilustraci heslovitě některé z technik.

Člen skupiny bije pěsti do gauče nebo do polštáře a představuje si agresi vůči někomu. Je-li to agrese vůči někomu ze skupiny, drží dotyčný člen skupiny polštář před sebou. – Jednotlivci si uvědomuje, jak vnímá polohu těla, když někomu naslouchá. – Napodobuje polohu těla svého souseda. – Vymění si se sousedem i místo a prožívá, jaké to je být tím druhým. – Dvě

osoby se postaví zády k sobě a natírájí se na zádech. – Hra fantazie „co by byl, kdyby byl“, při níž se mají vystihnout charakteristické rysy určité osoby pomocí analogie (co by byl, kdyby byl ovoce, jídlo, země, nábytek, období v dějinách, zvíře, rostlina, dopravní prostředek apod.). – Domlouvání se ve dvojicích nebo v celé skupině beze slov. – Celá skupina sedí na zemi těsně u sebe a všichni ohmatávají prostor před sebou se zavřenýma očima. – Proniknutí jednotlivce do sevřeného kruhu ostatních nebo naopak pokus o únik ze sevřeného kruhu. – Setkání dvou členů skupiny uprostřed místnosti beze slov. – Přetlačování rukama. – Jeden tlačí druhého za ramena dolů do země a druhý se snaží nepoddat se. – Neverbální vyjadřování náklonnosti jedinci, který stojí uprostřed kruhu se zavřenýma očima. – Houpání: skupina jemně zvedne jednoho člena a ve vodorovné poloze jej tiše kolébá, všichni se k němu sklánějí a nakonec jej něžně položí na zem.

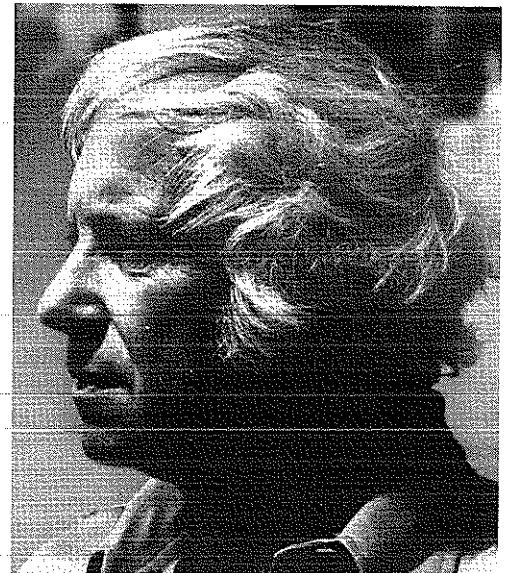
Gunther (1968) ve své bohatě fotograficky dokumentované knize uvádí řadu cvičení pro „smyslové probuzení“, spočívajících zejména v prožívání pocitů z vlastního těla, z doteků sebe i jiných a z dalších hmatových zážitků. Cvičení zahrnují poklepávání, pofukávání, poplácávání i jemné hladivé doteky na rukou, obličej, zádech a jiných částech těla, vydávání zvuků, třesení údy, jejich napínání, zvedání a uvolňování. Cvičení se provádějí na sobě, ve dvojicích a pak vzájemně v celé skupině.

I když ideologové encounteru zdůrazňují, že doteková cvičení mají vést k nácviu schopnosti poddat se hmatovým zážitkům jako něčemu přirozenému bez jakéhokoli sexuálního kontextu, zůstává nicméně skutečností, že některé formy doteků ve dvojicích mohou být sexuálně stimulující a ve skupinové terapii tudíž nevhodné.

Přístup skupin setkání s důrazem na autentičnost, emotivitu a přítomnost přinesl pro psychoterapii řadu podnětných myšlenek, nových pohledů do skupinové dynamiky a řadu užitečných technik. Ve svých extrémních formách se stal hnutím příliš antiintelektualistickým a hédonistickým a namísto jedné konvencí, proti nimž ve jménu autentičnosti bojoval, sklouzl do vytváření jiných stereotypů a klišé, které mu vynesly hanlivý název „hnutí pocitů a dotyků“. V *osmdesátých letech vlna nadšení pro encounter v USA odezněla* a v *devadesátých letech*, když se začala věnovat nezvyklá pozornost sexuálnímu obtěžování ve velmi širokém významu („sexual harassment“), se stalo využívání dotekových technik dokonce riskantním počínáním s nebezpečím soudního postihu. Ve své střízlivé formě však může být „setkání“ účelným nácviem chápání sebe i druhých u neurotiků i zdravých a rovněž pomůckou ve výcviku skupinových terapeutů formou zážitku na sobě. Kritický rozbor poznatků ze skupin setkání obsahuje kniha Liebermana, Yaloma a Milese „*Encounter groups: first facts*“ (1973).

## Topologický směr

Topologický směr vychází z teorie pole představitele tvarové psychologie Kurta Lewina. Tento směr reprezentuje zejména G. R. Bach (1954). Lewin zdůrazňoval, že pocit příslušnosti ke skupině je centrální záležitostí v každé osobnostní struktuře. V řadě pokusů dokazoval závislost cílových snah jedince na zaměření skupiny. Zjistil, že je výhodné měnit osobnost jedince pomocí skupinových vlivů: jakmile se změní cíle skupiny, mění se i cílové zaměření členů. Bach předpokládá, že malá skupina, která se opakovaně schází, má v sobě určité terapeutické síly, které mají co činit se spontánní autoregulací a sebeochranou skupiny. Členové skupiny mají automaticky tendenci udržovat skupinu při životě. Nebezpečí pro skupinu spočívá v sociální distanci. Protože neurotici po bližším seznámení nejsou příliš přitažliví, naopak spíše vyvolávají interpersonální napětí, je terapeutická skupina vždy v nebezpečí zániku. Pro



jedince je však vyloučení neurózy tak důležité, že terapeutický prostředek (v tomto případě skupinu) chce zachovat. Z toho vyplývá přání nepřetížít skupinu příliš velkým napětím. To pak lze považovat za první krok k poznání destruktivního vlivu psychopatologického chování a k vytváření zralejšího společenského citu. Ve vývoji skupiny uvádí Bach řadu fází, od fáze interpersonálního zkoumání, nejistoty a závislosti na vedoucím přes regresi až po uvědomělou kohezi a koordinovanou aktivitu.

G. R. Bach se narodil r. 1914 v Litvě a doktorát z filozofie získal na univerzitě v Iowě v USA. Je zakladatelem a vedoucím soukromého ústavu pro skupinovou psychoterapii, nejprve v Beverly Hills, později v Los Angeles, kde pracuje s malou skupinou spolupracovníků. Věnuje se zejména skupinovému procesům a manželskému poradenství. Zajímá se o techniky encounteru a byl členem původního týmu v Esalenu. V šedesátých letech vypracoval spolu s F. Stollerem techniku terapeutického maratonu k urychlení skupinové interakce a překonání odporů. Napsal průkopnickou práci „Intensive group psychotherapy“ (1954). Postupně se zaměřil na problematiku lidské agresivity a jejího konstruktivního zvládnutí. Propracoval řadu pomocných skupinových psychoterapeutických technik.

Bach zdůrazňuje agresivitu jako významnou lidskou tendenci a obhájí tvrzení, že lidé nemají své agresivní tendence potlačovat, nýbrž připustit si je a konstruktivně jich využívat. Vypracoval pro to pravidla i řadu dílčích technik. Sám o sobě říká, že udělal pro agresivní pocity a tendence to, co Freud pro tendence sexuální. V knize o tvořivé agresi (Bach a Goldberg 1974) kritizuje životní styl tzv. milého člověka, který se stále usmívá a na nikoho se nezlobí; jednak se jeho neventilované agresivní pocity snadno mění v neurotické a psychosomatické symptomy nebo se projeví náhlým neadekvátním násilným chováním, a jednak svým chováním neumožňuje odreagování agrese svým blízkým a poskytování otevřené zpětné vazby. Když se agresivní pocity otevřeně projeví, dá se s nimi něco dělat. Jsou-li potlačeny a skryty za milým zevněškem, nelze se s nimi otevřeně vypořádat. Autoři to lapidárně charakterizují slovy: „Kopne-li někdo otevřeně nepříjemného sousedova psa, je menší pravděpodobnost, že ho tajně otráví v noci.“ Agrese v pojetí autorů zahrnuje přímé vyjadřování zlosti a vzteku, otevřenou komunikaci s projevením konfliktů a schopnost říci „ne“ se stejnou přímostí a jistotou jako „ano“.

Jako alternativu k odmítnutému vzoru „milého člověka“ navrhují autoři tzv. konstruktivní život s agresí a řadu tzv. rituálů. Jedním z nich jsou vzájemné údery partnerů, kteří mají na sebe zlost, „batakami“, velkými podlouhlými předměty, které umožňují velké rozmáchnuté útočné pohyby, a přitom jsou vycpány měkkým materiálem, aby si účastníci neublížili. Při jiné technice musí poslouchající tak dlouho opakovat argumenty protivníka, až je protivník přesvědčen, že byly správně pochopeny (Bach a Bernhardová 1971).

Zvláště zajímavý je postup vypracovaný pro oblast manželských konfliktů pod názvem technika čestného boje (Bach a Wyden 1969), kterou Bach nacvičuje ve skupinách, skládajících se ze čtyř až pěti manželských párů.

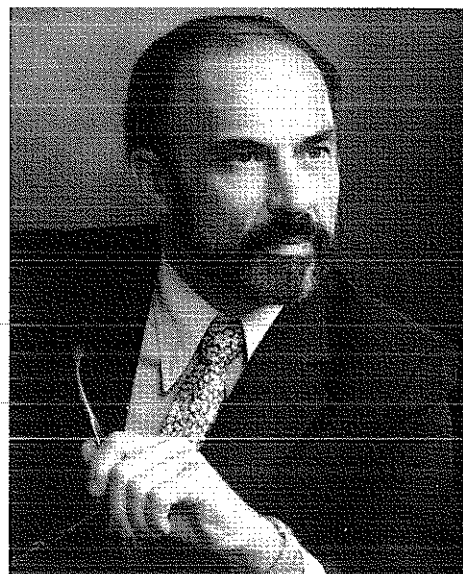
Vychází z předpokladu, že agresivní pocity manželů jsou nevyhnutelné a jejich ventilace potřebná a že vyhýbání se pravidelnému a otevřenému boji napomáhá vzniku manželských krizí. Snaží se naučit manžele takovým formám vzájemného boje, které by nebyly zraňu-

jící a odcizující, ale produktivní a podporující vzájemnou otevřenost a intimitu. Standardní bojový výcvik se skládá ze třinácti čtyřhodinových sezení, prováděných jednou týdně. Páry mají předvádět svůj boj před skupinou a jako domácí cvičení přinášet do sezení své domácí boje, nahrané na magnetofonovém pásku. Boj analyzují a skórují manželé, terapeut i ostatní členové skupiny se zřetelem na jeho styl a výsledek. Ve stylu se skórují např. realističnost, specifická otevřenost, čestnost, odpovědnost, smysl pro humor a zřetel na zpětnou vazbu. Kladným výsledkem není vítězství jednoho a porážka druhého partnera, ale řešení sporné otázky nebo dosažení lepšího porozumění. Pro domácí boje se doporučuje předběžné ujednání času a místa boje (zahajuje se výzvou „tak co tě žere“ nebo „musím si s tebou něco vyřídit“); účty se mají vyrovnávat pokud možno co nejdříve. Hlavní důraz ve výcviku je kladen na čestnost boje. Za nečestné se považuje zejména vytahování starých věcí, které nemají se současným problémem co dělat, a útočení na citlivá místa partnera. Nacvičuje se schopnost naslouchat i v zápalu boje také argumentům druhého. Na psychoterapeutickém oddělení v Kroměříži používáme vlastní verzi této metody pod názvem „konstruktivní hádka“ s využitím zjednodušeného formuláře ke skórování stylu a výsledků hádky (Kratochvíl 1992, 2000).

# Eklektický směr

Eklektický směr ve skupinové psychoterapii se snaží přebírat z různých směrů a škol účinné postupy. Jeho vědeckou tvůrčí formu významně reprezentuje I. D. Yalom, který usiluje o výzkumné zhodnocení skupinově terapeutických postupů, vysledování společných i alternativních účinných faktorů v různých formách terapie a o jejich racionální výběr pro vlastní praktický postup. Značný důraz klade na skupinovou interakci „zde a nyní“.

I. D. Yalom (nar. 1931) získal doktorát medicíny na Bostonské univerzitě. Mnoho let působil jako profesor psychiatrie na lékařské fakultě Stanfordské univerzity. Věnoval pozornost jak dynamickým školám a Rogersově přístupu, tak behaviorální terapii a existenciální psychoterapii. Vedl a sledoval řadu let terapeutické skupiny i výcvikové t-skupiny pro psychiatry



OBR. 52 I. D. Yalom

a psychology s využíváním poznatků encounteru a prováděl systematický výzkum skupinové psychoterapeutických procesů. Publikoval mj. vynikající, neustále doplňovanou knihu „The theory and practice of group psychotherapy“ (1970, 1975, 1985 a 1995, česky 1999) a podílel se na široce založeném výzkumu pozitivních i negativních účinků různých forem skupin setkání (Lieberman, Yalom a Miles 1973). Poutavým způsobem zpracoval příběhy ze své psychoterapeutické praxe, v nichž jsou zachyceny nejen osudy pacientů, ale i skryté subjektivní prožitky terapeuta v průběhu terapie („Máma a smysl života“ 2001, „Láska a její kat“ 2005), a vydal napínavý román „Lži na pohovce“ (1999), jehož hlavním tématem je problematika vztahu terapeuta a pacienta v psychoterapii.

Základní účinné faktory ve skupinové terapii podle Yaloma (1975) zahrnují: 1. zprostředkování informací, 2. dodávání naděje, 3. pocit sounáležitosti s ostatními, 4. altruismus, 5. korektivní rekapitulaci situace v primární rodině, 6. zpětnou vazbu, 7. imitaci chování, 8. interpersonální učení, 9. vliv skupinové koheze a 10. katarzi.

Yalom věnuje v praxi větší pozornost dění ve skupině a jeho využití pro poznání a korekci vadných interpersonálních vzorců chování než systematickému zkoumání minulosti pacientů. Skupinový terapeut v jeho pojetí může vystupovat ve dvou rolích: 1. jako technický expert, který sestavuje skupinu a používá podle potřeby řady technik, které uvádějí skupinové dění do pohybu, zajišťují jeho relevantnost a vedou k náhledu; 2. jako vzor, který se sám autenticky účastní skupinového dění, nechová se jako neomylný a slouží jako model otevřenosti a upřímnosti, aniž však přitom strhuje zbytečně mnoho pozornosti sám na sebe a na své problémy.

Yalom vytváří skupiny převážně sedmičlenné. Doporučuje postupy, které mají pacienty na skupinovou psychoterapii připravit (Yalom 1967), a sleduje formativní stadia uzavřených skupin s úvodní orientací, váhavou účastí a hledáním smyslu přes stádium konfliktu a vzpoury až po stádium koheze. Všímá si vývoje podskupin. Skupina se v jednotlivých sezeních zabývá jak obsahovou stránkou výroků svých členů, tak interakcemi a skupinovým procesem. Terapeut podává komentář o procesu s postihováním metakomunikačních aspektů interakcí, a to pokud možno formou, která snižuje obranu: vyslovuje např. problémy skupiny a jejích členů jako svůj vlastní problém.

Yalom věnuje pozornost problematickým pacientům a užití různých pomocných technik k podpoření a urychlení interakce. Zvláště velký význam připisuje kohezi skupiny, kterou považuje za analogickou terapeutickému vztahu v individuální terapii.

V knize „Gift of therapy“, vydané v roce 2002, která pohotově vyšla v českém překladu s názvem „Chvála psychoterapie“ (2003), shrnuje Yalom v 85 položkách svá doporučení pro psychoterapeuty, z nichž mnohá se týkají také skupinové psychoterapie, zejména „průhlednosti“ terapeuta i jeho skupinové práce. U ambulantních skupin, které se scházejí jednou týdně, vyzkoušel s úspěchem rozesílání členům skupiny zápis, který shrnoval obsah každého sezení a jeho vlastní zážitky ze sezení. Pokud byli ve skupině pozorovatelní, dovoloval členům skupiny, aby byli přítomni jejich následné diskusi s vedoucím skupiny o průběhu sezení a mohli se závěrem k této diskusi vyjádřit.

# Skupinová psychoterapie psychóz

Skupinová psychoterapie psychóz má některé specifické rysy a vyžaduje odlišný přístup než skupinová psychoterapie neuróz. U terapeuta je potřebná větší aktivita, podněcování, povzbuzování, podpora a strukturování skupinového dění. Musí vybízet a podněcovat členy k aktivitě. Terapeut nemůže být nedirektivní, musí rozběhnout skupinové dění a udržovat je v chodu. Má zajistit podporu a klást důraz na dění „zde a nyní“.

Yalom (1983) v monografii o skupinové psychoterapii na lůžkovém psychotickém oddělení doporučuje vytvoření alespoň dvou skupin, z nichž jedna pracuje na vyšší úrovni (pro pacienty v poměrně dobrém psychickém stavu) a druhá na nižší úrovni (pro psychotické pacienty s výraznou akutní symptomatikou). Skupiny jsou zpravidla otevřené a musí se počítat se značnou fluktuací, způsobenou administrativními hledisky (např. propuštění zčásti zlepšeného pacienta při větším tlaku na lůžka, přeložení pacienta na jiné oddělení apod.). Někteří pacienti se tak zúčastní sezení třeba jen jednou nebo dvakrát a i tomu musí terapeut přizpůsobit vedení skupiny.

*Ve skupinách s vyšší úrovní* se osvědčuje např. vyprávění po kruhu o tom, co by každý z členů skupiny chtěl změnit. Terapeut se to snaží konkretizovat a hledá cesty, jak dosáhnout alespoň minimálního pokroku okamžitě „tady a teď“. Snaží se podporovat kladné chování, zajistit ve skupině pocit bezpečí, konflikty ve skupině nevyvolávat a vzniklé konflikty rychle řešit. Upozorňuje na dobré stránky pacientů a posiluje je. Zpětná vazba má být převážně pozitivní, a pokud je kritická, má být velmi šetrná a má se týkat pouze toho, co je pacient schopen změnit.

*Ve skupinách s nižší úrovní* je třeba vyvinout ještě větší úsilí k zajištění pocitů úspěšnosti a skupinové úkoly připravovat tak, aby v nich pacienti mohli být úspěšní. Sezení mají být kratší vzhledem k menší schopnosti koncentrace těchto pacientů, obvykle do 45 minut. Mají obsahovat nějakou, nejlépe pohybovou techniku k rozproudění a pak

strukturovaná cvičení (např. sdělení něčeho zajímavého o sobě, vyjádření pozitivních vztahů k členům skupiny, tematické diskuse apod.) a závěrečné zhodnocení sezení.

Úkolem terapeuta je sledovat chování každého pacienta a nacházet na něm nějaký kladný prvek, který by terapeut mohl pacientovi sdělit. Mlčícího pacienta může pochválit za to, že vydržel ve skupině až do konce, pacienta, který odejde předčasně, pochválit za to, že vydržel dvacet minut, pacienta, který přišel pozdě, za to, že přece jen přišel. Pasivního pacienta lze ocenit za to, že během sezení dával pozor, pacienta, který poskytoval rady, byť zcela nevhodné, za to, že se snažil pomoci (Yalom 1983).

V oblasti skupinové psychoterapie psychóz máme velmi dobře fungující modely i u nás. Zvláště cenné jsou pětadvacetileté zkušenosti z opavské léčebny, publikované v praktické příručce Ireny Strossové „Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi“ (1984). Strossová zdůrazňuje, že u skupinového terapeuta je nutný opravdový zájem o psychotika, kladný emoční vztah k němu a velká trpělivost v pomalém a nenásilném převádění z roviny jeho chorobného prožívání do reality. Terapeut musí být tolerantní, ochraňující a povzbuzující.

Vybízí k projevům, ale akceptuje i mlčení. Nevynucuje odpověď nebo určitý způsob chování, ale čeká, až působením terapeutického procesu dojde k žádoucímu vývoji. Ticho přerušuje pobídnutím spolupracujících pacientů. Nesprávné názory nevyvrací, ale citlivě vybírá jiné pacienty, u nichž předpokládá názor správnější, aby diskusní formou vyslovili svoje mínění. Pobízí k interakcím ve skupině, ale tyto interakce usměrňuje a pomáhá zvládat nebezpečné situace. Vybízí k „pohlazení“ depresivních, usiluje o vyvážení kritiky povzbuzením a pochvalou. Snaží se o začlenění těch, kteří stojí stranou. Svým tolerantním postojem k negativním psychotickým projevům u některých pacientů vede i skupinu k tomu, aby tyto pacienty nezatracovala (Strossová 1984).

Skupinová psychoterapie psychóz, jak ji popisuje Strossová, je určena pro pacienty po přeléčení akutní fáze psychózy biologickou terapií. V rámci diskusních skupinových sezení se zčásti probírají životopisy a onemocnění pacientů, která se však hned spojují s orientací do budoucnosti. Další součástí jsou tematické diskuse (zvláštní pozornost se věnuje tématům, která pacientům pomáhají nacházet v životě jeho světlé stránky) a různé hry s psychotherapeutickým potenciálem. O specifickém využití psychodramatu u psychóz jsme se již zmiňovali (str. 222). Zvláště významné je také zařazování neverbálních technik zejména ve formě psychogymnastiky a arteterapie.

V poslední době se u nás stal populárním psychoedukativní program PRELAPSE, propagovaný farmaceutickou firmou Ludbeck, která k němu vydala instruktivní brožuru. Skládá se z osmi sezení v trvání 60–90 minut, která se provádějí ve skupinách 8–12 pacientů (u hospitalizovaných pacientů v týdenních a u ambulantních ve tří- až čtyřtýdenních intervalech). Nabízejí se také odděleně skupinám složeným z rodinných příslušníků pacientů, a to po 90 minutách každé 2–3 týdny, nejlépe o večerech. Program obsahuje pro jednotlivá sezení podrobné srozumitelné informace o schizofrenii a jejích pozitivních a negativních příznacích, o variantách průběhu, příčinách a prognóze, neuroleptikách a jejich žádoucích i nežádoucích účincích, o vlivu stresu a o psychosociálních léčebných postupech, o prevenci relapsů a o zásadách vzájemné komunikace v rodině. V rodině se hledá rovnováha mezi „nezatěžovat vůbec“ a „zatěžovat nadměrně“ a doporučuje se snížení míry vyjadřovaných emocí.



Pozoruhodný je dále podstatně rozsáhlejší kognitivně-behaviorální program německo-švýcarských autorů Roderera, Brennera, Kienzleho a Hodelové (1993), nazvaný *Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty* (IPT), který k nám v překladu uvedl a ve vlastní praxi vyzkoušel O. Pěč. Vychází z nácviku kognitivních procesů a na něj navazuje nácvik narušených sociálních vztahů. Má pět podprogramů, které se uskutečňují ve skupinách 4–8 pacientů. Sezení mají být nejméně dvě týdne v trvání zpočátku 30 a později až 90 minut. Může se provádět ambulantně i v rámci hospitalizace.

Další informace o skupinové psychoterapii psychóz jsou obsaženy v monografii E. Syřišťové a kol. „Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením“ (1989) a v popularizační publikaci K. Kaliny „Jak žít s psychózou“ (2001). Monografie I. D. Yaloma má název „Inpatient group psychotherapy“ (1983).

# Terapeutická komunita

Terapeutická komunita (léčebné společenství) je způsob organizace léčebné instituce nebo oddělení, kdy se cíleně podporuje spoluúčast pacientů na řízení, na plánovaných společných aktivitách a na léčbě. Zásluhy o rozvoj koncepce terapeutické komunity má zejména anglický psychiatr Maxwell Jones.

Maxwell Jones (1907–1990) vyrostl ve Skotsku a studium medicíny ukončil v Edinburgu v r. 1951. Psychiatrii studoval dále ve Spojených státech na Pensylvánské a Kolumbijské univerzitě. Pak pracoval 5 let v nemocnici Maudsley v Londýně. Po válce se stal vedoucím lékařem sociálně rehabilitačního oddělení v belmontské nemocnici (později Hendersonova nemocnice) v Suttonu, Surrey u Londýna, kde pracoval 12 let – soustředil se především na léčení psychopatů. Zde započal svou průkopnickou činnost v oblasti terapie prostředím, vytvořil a prakticky realizoval koncepci terapeutické komunity. V letech 1959–1962 přednášel v USA na Stanfordově a Oregonské univerzitě. Pak se vrátil do Skotska a stal se lékařským ředitelem 400lůžkové venkovské psychiatrické léčebny Dingleton v Melrose, kde prakticky rozvinul principy terapeutické komunity u psychóz. V r. 1969 se vrátil opět do Spojených států, kde pracoval v moderní psychiatrické nemocnici Fort Logan v Denveru v Coloradu. M. Jones napsal několik monografických prací o terapeutické komunitě a sociální psychiatrii, mj. přehlednou příručku „Social psychiatry in practice. The idea of the therapeutic community“ (1968).

Jones zdůrazňuje rozdíl mezi ambulantní analytickou skupinou, jejíž členové se mimo schůzky nevidí, a skupinami v ústavu, kde může být za obvyklého léčebného režimu skupinový zážitek zcela zastíněn sociálními faktory tamějšího prostředí. Skupinové léčení v ústavu tedy nemůže být posuzováno izolovaně, ale jen v souvislosti s celkovou sociální kulturou ústavu. Ta nesmí účinku skupinové terapie překážet, ale musí jej doplňovat. Jones považuje za nutné vytvořit v ústavu strukturu, která se liší od obvyklého hierarchického a autoritativního nemocničního uspořádání. Nastihuje i prakticky realizuje program, ve kterém klade důraz na dosažení oboustranné komunikace pacientů, vedení a personálu na všech úrovních a na demokratický systém rozhodování. Podstatnou součástí této organizace jsou denní schůze celého oddělení, všech pacientů i personálu, na kterých jsou projednány jak praktické a materiální otázky, tak některé osobní problémy pacientů. Po skončení této schůzky pokračuje v užším jednání jen personál, který zhodnotí to, co vyplynulo ze schůze celého oddělení. Na schůzce personálu se usiluje především o objasnění reakcí a motivů členů týmu



OBR. 53 Maxwell Jones

v chování vůči pacientům i ve vztazích mezi sebou, takže schůzky jsou vlastně současně praktickým výcvikem personálu v psychoterapeutickém přístupu.

V systému terapeutické komunity se pacienti stávají spoliterapeuty, podílejí se na řízení oddělení a přenáší se na ně část odpovědnosti.

Zvláštní typ malé terapeutické komunity zaměřené na dynamickou psychoterapii neuróz jsme probrali v kapitole o interpersonálních metodách.

Do výběru klasických monografií o skupinové terapii patří práce: J. L. Moreno „Die Gruppenpsychotherapie und das Psychodrama“ (1959), S. R. Slavson „A textbook in analytic group psychotherapy“ (1964), S. H. Foulkes a E. J. Anthony „Group psychotherapy, the psychoanalytic approach“ (1954) a G. R. Bach „Intensive group psychotherapy“ (1954). Foulkesovsky orientovaná „Skupinová analýza v praxi“ od Robertse a Pinese byla přeložena do češtiny (1998). Vynikajícím moderním eklektickým dílem je do češtiny přeložená kniha I. D. Yaloma „Teorie a praxe skupinové psychoterapie“ (1999). Obšrné kompendium s příspěvky různě orientovaných autorů vydali H. Kaplan a B. Sadock pod názvem „Comprehensive group psychotherapy“ (3. vyd. 1993).

U nás se skupinovou psychoterapií neuróz zabývají monografie Knoblochová a kol. „Psychoterapie“ (1968), Knobloch a Knoblochová „Integrovaná psychoterapie“ (1993), Kratochvíl „Skupinová psychoterapie v praxi“ (2005) a Rieger „Lod' skupiny“ (1999). Skupinové psychoterapii psychóz se věnuje kniha Syřišťové a kol. „Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením“ (1989). O skupinové psychoterapii u dětí pojednává Špitz v „Dětské psychoterapii“ (Langmeier, Balcar a Špitz 1989, 2000). Dynamiku skupiny s využitím poznatků z výcvikových skupin terapeutů podrobně analyzuje Kožnar ve skriptech „Skupinová dynamika. Teorie a výzkum“ (1992).

Zkušenosti polských a ruských autorů včetně výsledků jejich výzkumných studií jsou zachyceny v kolektivních dílech Leder a Karwasarski „Psychoterapia grupowa“ (1983) a Karwasarskij a Leder „Grupovaja psichoterapija“ (1990). Mnoho užitečných informací obsahuje i polská kolektivní práce pod redakcí Wardaszkové-Lyskowské „Terapia grupowa w psychiatrii“ (1980).

# Rodinná a systemická terapie

Rodinná terapie je oblastí, metodou nebo koncepcí psychoterapie, která

- a) se zabývá rodinnými problémy a snaží se pomoci je překonat a dosáhnout harmonického neporuchového fungování celé rodiny,
- b) pracuje v terapeutických sezeních s celou rodinou a
- c) přistupuje ke každému pacientovi tak, že na něj pohlíží jako na dílčí součást rodinného systému a v jeho problémech a poruchách hledá souvislosti se současným fungováním jeho rodiny.

V různých pojetích rodinné terapie se mnohdy zdůrazňuje jen jeden z těchto aspektů a ostatní se nepovažují za podstatné. Sami vidíme v rodinné terapii především orientaci terapeutické práce na rodinné problémy týkající se rodičů a dětí, případně i třígeneračních vztahů v rodině. Považujeme ji za jednu z oblastí speciální psychoterapie – podobně jako příbuznou manželskou terapii, která zkoumá a léčí vztah, problémy a poruchy soužití manželské dvojice (Plzák 1973, Kratochvíl 2000).

Základní přístupy k rodinné terapii jsou u nás podrobněji uvedeny v učebnici „Dětská psychoterapie“ (Langmeier, Balcar, Špitz 2000), proto zde podáme jen stručný orientační výklad. Některé ze současných přístupů, které se označují jako systémové nebo systemické, se však snaží profilovat nikoli jako speciální psychoterapie (zaměřená na specifickou oblast poruch a problémů), ale jako obecná terapeutická koncepce, která by se měla stát další alternativou ke třem současným hlavním psychoterapeutickým proudům – analyticko-psychodynamické, kognitivně-behaviorální a existenciálně-humanistické terapii. Proto je zde třeba vyložit hlavní tvrzení, která systemické koncepce od těchto terapeutických směrů odlišují.

## Kapitola 1

# Rodinná terapie

Rodinná terapie v dnešní podobě se začala zvolna vyvíjet po druhé světové válce, když si výzkumníci i kliničtí pracovníci začali všimnout významu současně pacientovy rodiny při utváření a udržování psychických poruch u jednoho nebo více členů. K jejímu rozvoji přispělo zkoumání vlivu rodiny na vývoj schizofrenie a souběžné rozvíjení obecné teorie systémů spojené se jménem L. von Bertalanffyho.

*Systémové myšlení* zdůrazňující cirkulární kauzalitu, tj. vzájemnou kauzální propojenost různých jevů, o kterých se dříve uvažovalo jen v pojmech lineární působících příčin vyvolávajících následky, poskytlo užitečný pojmový rámec. Někteří rodinní terapeuti mají tendenci ztotožňovat rodinnou terapii se systémovým pojetím. Rodinný terapeut se podle nich vyznačuje tím, že uvažuje systémově, bez zřetele k tomu, zda v konkrétním případě pracuje s jedním člověkem, nebo s několika členy rodiny. Pracuje-li jen s jedním, „vidí kolem něho jeho rodinu“. Jeho chorobný symptom chápe jako projev patologie systému. Proto také terapeutický zásah zaměřuje na posměnění rovnováhy a interakcí v systému, aby mohla být změna dosažená u „identifikovaného pacienta“ trvalá.

*Výzkum schizofrenie v souvislosti s rodinným prostředím* začaly rozvíjet na počátku padesátých let nezávisle na sobě čtyři významné pracovní skupiny.

1. Antropolog G. Bateson a skupina z Palo Alto (Haley, Weakland a Jackson) prozkoumali mimo jiné patologii vliv dvojné vazby ve vztazích dítěte k rodičům.
2. T. Lidz a jeho spolupracovníci na Yaleově univerzitě zkoumali malé skupiny mladých hospitalizovaných schizofreniků a jejich rodiny a povšimli si nezralosti rodičů (zejména matek), která vedla, o dítěte k pocitům nejistoty a ke znesnadnění pozdější diferenciaci rolí s odpoutáním se od rodičů a dosažení samostatnosti. Popsali dva charakteristické vzorce v rodinách schizofreniků: manželský rozkol a pokřivený manželský vztah. Manželský rozkol charakterizuje rozdělení rodičů na dvě nepřátelené strany, z nichž každá usiluje o získání dítěte na svou stranu v boji proti druhému. K pokřivení vztahu dochází, má-li jeden z rodičů výrazné patologické rysy, které vedou k porušení vztahu, přičemž se rodina navenek snaží předstírat, že je vše v pořádku.

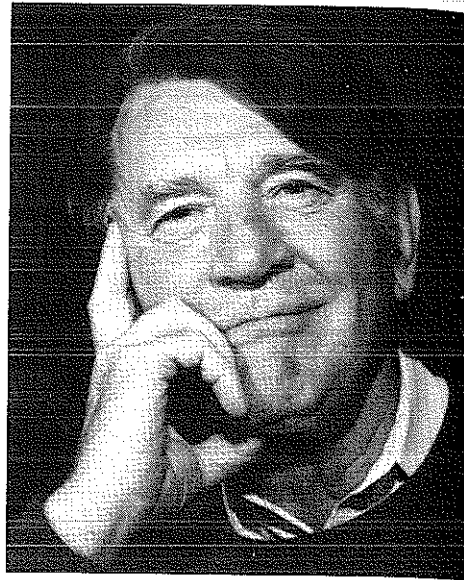
3. M. Bowen zkoumal v Bethesda rodiny schizofreniků, které v rámci výzkumného projektu hospitalizoval alespoň půl roku. Povšiml si emočního odstupu mezi rodiči schizofreniků a formuloval tzv. třígenerační hypotézu. Podle ní jsou oba rodiče schizofrenika nezralé osobnosti s vážnými emočními problémy ve vztazích k jejich vlastním rodičům a přenášejí tyto problémy na své děti. V terapii je důležité, aby se dítě dokázalo od rodičů osamostatnit.
4. L. Wynne, který nastoupil v Bethesda po Bowenově odchodu, zkoumal, jak se v rodině vytváří identita jednotlivých členů. Zabýval se dvěma komplementárními potřebami člověka; potřebou „být sám sebou“ a současně potřebou „udržet si blízké vztahy k ostatním členům rodiny“. V rodinách schizofreniků pozoroval tzv. pseudovzájemnost, kdy se rodiny snaží působit navenek dojmem vzájemného porozumění, zatímco ve skutečnosti je mezi členy značný odstup. Schizofrenik, u něhož nedojde k dostatečné diferenciaci vlastního „já“, se začne bát vnějších vztahů a zůstává včleněn do bezpečných hranic rodiny, které kolem něho vytvářejí „gumový plot“. Společným jmenovatelem výsledků výzkumů je zjišťování přílišné závislosti u osoby se schizofrenií vývojem na rodině s konfliktovými vztahy a nedostatečná diferenciaci jeho vlastního já.

Souběžně s výzkumy schizofrenogenních rodin a v návaznosti na ně se začala rozvíjet i praktická terapeutická práce s rodinami. V rodinné terapii se odrazily zkušenosti s černošskými a portorickými rodinami z chudinských čtvrtí New Yorku ohroženými disociálním vývojem synů (S. Minuchin). Promítly se do ní také klinické zkušenosti některých psychoanalytiků (N. Ackerman), laskavé chápající postupy zdůrazňující kladnou emotivitu a její projevy (V. Satirová) i přístupy behaviorální (R. Liberman), zaměřené na trénování otevřené a pozitivní komunikace a na racionální řešení problémů. Uvedeme stručně ukázky terapeutického přístupu několika významných představitelů rodinné terapie.

*N. Ackerman* (1966) považuje v duchu analytické tradice za důležité získání náhledu, jak se v rodinném kontextu projevuje u jednotlivých dospělých členů rodiny opakování nevyřešených problémů v dětství. Za významný dílčí cíl považuje dosažení pružných rolí v rodině, které mají odpovídat vývojovým stádiím a umožňovat dospívajícím dětem přiměřenou samostatnost.

*M. Bowen* (1978) vidí důležitý úkol terapeutické práce v dosažení diferenciaci a autonomie každého člena, které jsou protikladem fúze, nediferencovaného splývání s ostatními. Diferencovaný člen dovede mít k ostatním blízký vztah, ale současně má vůči nim vytvořené jasné hranice, je dostatečně samostatný, jeho představa o sobě není závislá na mínění rodiny.

*S. Minuchin* (1974) se zaměřuje na rodinné subsystémy a zdůrazňuje jejich hranice. Rodina funguje dobře, když je rodinná struktura jasně definovaná, vypracovaná, pružná a kohezivní. Rušivě mohou působit rigidní koalice, které překračují hranice generací, např. koalice matky se synem proti koalici otce s dcerou. Terapeut se nejprve snaží, aby rigidní koalice narušil a umožnil kladnou a vstřícnou komunikaci v rodině i mimo tyto koalice (např. v uvedeném případě komunikaci matky s dcerou a otce se synem) a pak podpořil sblížení rodičů mezi sebou a stejně tak i sourozenců, jak to odpovídá základním subsystémům.



OBR. 54  
J. Haley  
(Foto poskytnuta nadací M. H. Ericksona)

J. Haley předpokládá odpor a obranu rodiny proti změnám, které by narušily dosaženou patologickou rovnováhu. Proto používá různé manipulace a strategické postupy, které mají obranu znemožnit, např. paradoxní příkazy, jimiž „předpisuje“ symptomy nebo doporučuje zvýšit intenzitu či frekvenci problematického chování (např. neústupnosti v požadavcích na partnera, hádky apod.).

V. Satirová (1916–1988) poukazuje na čtyři nesprávné rigidní vzorce v komunikaci členů rodiny, které označuje jako komunikaci 1. obviňující, 2. usmiřující za každou cenu, 3. chladně racionální a 4. nevěcnou, rušivou. Vede členy rodiny k poznání těchto vzorců a k jejich nahrazení komunikací otevřenou s vyjadřováním skutečných pocitů a s respektováním pocitů druhého. Využívá pohledu do očí, doteků a dalších neverbálních prostředků, zejména nastavování do soch a sousoší. Podtrhuje projevení potřeby lásky i vyjádření lásky, vřelosti a zájmu o druhého.

Uvedme zde ukázkou práce V. Satirové se sochami z výcviku, který vedla pro české psychoterapeuty v Dobronicích v roce 1979. Pozici obviňovatele představuje stojící postava s nataženou rukou a ukazujícím prstem. V pozici usmiřovatele člen rodiny klečí na zemi se skloněnou hlavou. Chladný racionalista (computer) stojí na židli a s přehledem se neosobně rozhlíží kolem. V postavení „šáška“ si člen rodiny poskakuje a nestará se o to, co dělají a říkají jiní. Tyto čtyři základní pozice mohou v rodinném sousoší vytvářet různé kombinace. Například oba rodiče jsou obviňovatelé a ukazují vzájemně na sebe nebo společně na některé z dětí, nebo jeden z nich obviňuje druhého, který se snaží usmiřovat (často je to manželka). Otec nebo jedno z dětí může působit jako odtažitý expert, jiné dítě jako šášek, znehodnocující snahy o rozumný rozhovor. Někdy může být pozice kombinovaná, např. klečící usmiřovatel vztyčeným obviňujícím prstem naznačuje „podívejte se, jak mi ubližujete.“



OBR. 55 V. Satirová

Uvedené pozice, symbolizované sochami a sousoším, představují podle Satirové vnější fasádu, za kterou se u každého skrývá skrčené vlastní skutečné „já“ se svou osobní hodnotou a potřebou lásky. Tomu je potřeba podat ruku, vytáhnout je na povrch a postavit na nohy.

V práci se sochami pomáhá skutečné „já“ ztvárnit některý ze členů skupiny, který se krčí k zemi za zády protagonisty. Terapeut ho vytahuje mezi nohama protagonisty dopředu a nahoru tak, aby mohl oba „sjednotit“. V rodinné terapii je třeba pomoci každému členu rodiny, aby si uvědomil své klady a svou cenu a také základní lidskou potřebu „chci být milován“ – aby ji otevřeně připustil i projevil a bral ji v úvahu také u ostatních členů rodiny.

Pod pojem *systémové pojetí* se z uvedených přístupů obvykle zařazuje terapie strategická (Haley), terapie strukturální (Minuchin) a terapie rodinných systémů (Bowen), protože ve shodě s Bertalanffyho teorií obecných systémů považují rodinu za systém, který si zpětnovazebnými mechanismy udržuje svoji homeostázu. Zmíněné přístupy považují rodinu za systém otevřený, na který je možno terapeuticky působit podněty zvenčí. Z tohoto systémového pojetí se v osmdesátých letech vydělil přístup označovaný jako *systemické pojetí* nebo *systemická terapie*, o němž pojednáme samostatně.

# Systemická terapie

Systemická terapie chápe rodinu jako uzavřený systém, který je autonomní a sám sebe regulující (autopoietický). Systemická terapie se hlásí k teorii poznání (epistemologii) antropologa Gregory Batesona a neurobiologa Humberta Maturana, která se označuje jako *radikální konstruktivismus*: vnější svět naším poznáním neodhalujeme, nýbrž si ho vytváříme, realita je individuální konstrukcí každého jedince. Systémový princip rovnováhy (homeostázy) je v systemickém přístupu nahrazen tzv. vývojovým modelem (paradigmatem). Je to koncept „vztahového systému, který zajišťuje svoji identitu dalšími a dalšími nerovnovážnými stavy lability, které jsou nepředpověditelné“ (Strnad 1990). Aplikuje se tzv. kybernetika druhého řádu, která mění základní tezi rodinné terapie o tom, že „systém vytváří problém“, v opak: problém vytváří systém. Systém totiž také objektivně neexistuje, a je pouze v mysli a ve výroku pozorovatele.

K hlavním představitelům systemického pojetí patří Milánská škola. Členové původního týmu, M. Selviniová-Palazzoliová, Cecchin, Boscolo a Prato, zpracovali v knize „Paradox a kontraparadox“ (1978) poznatky z práce s rodinami se schizofrenním členem, které označovali jako „rodiny ve schizofrenní transakci“. Později se původní tým rozdělil a názory a techniky dvou dílčích skupin se dále vyvíjejí (Boscolo, Cecchin aj. 1987). V USA patří k významným představitelům systemické terapie Steve de Shazer (1993) a jeho Centrum krátké rodinné terapie v Milwaukee ve Wisconsinu a v Německu zejména K. Ludewig (1994) z kliniky dětské a dorostové psychiatrie v Münsteru (dříve v Hamburku). V Anglii rozvíjí E. Jonesová (1996) přístup Milánské školy.

Ludewig (1994) shrnuje základní teze systemického myšlení takto: 1. Vše řečené je řečeno pozorovatelem. 2. Pozorovatel je jazykující živá bytost. 3. Vše řečené je vytvořeno jazykováním. 4. (Reality) jsou argumenty v konverzování. 5. Systémy jsou komplexní jednotky vytvořené jazykováním. 6. „Systemicky“ myslet znamená soustředit se na systémy.

Realita je v důsledku těchto tvrzení pouze „realitou v závorce“ – (realita). Je to jen argument v rozhovoru. Všechno je vytvořeno komunikací a pozorovateli, kteří nemají žádný nástroj k přesnému zobrazení vnějších poměrů, a nemohou tedy přestoupit oblast toho, co říkají („jazykování“). Každé zdůvodňování může vést pouze k souhlasu pozorovatelů, ale nikoli k poznání nějakého nezávislého bytí.

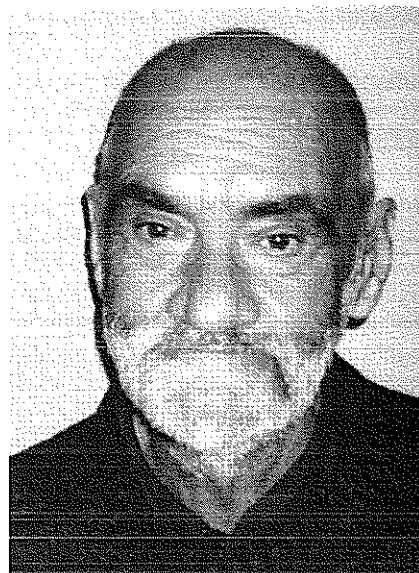
Další vývoj systemické terapie směřoval od radikálního konstruktivismu k proudu, který se nazývá *sociální konstrukcionismus*. Chápe konstruování světa ne jako individuální, ale jako sociální produkt: skutečnost se vytváří shodou více pozorovatelů, k níž dochází v rozhovoru („diskurzu“). Přístup je spojen se jmény K. Gergena, L. Hoffmanové, H. Goolishiana, H. Andersonové a T. Andersena aj.

*Narativní pojetí* (White a Epston, 1990) přirovnává lidské osudy k příběhům či textům, které jsou vyprávěny a na jejichž postupně se měnící podobě pracují jak autor, tak posluchači nebo čtenáři. Člověk se z tohoto pohledu jeví především jako bytost vyprávějící, narativní. Vytváří a vypráví svůj příběh složený ze sledu událostí, které se odehrávají v jeho životním čase. Svým vyprávěním přiděluje jednotlivým událostem nebo vztahům určitý význam. Ten vychází z jeho chápání souvislostí a vede k přesvědčení o příčinách a následcích. Člověk však nevypráví jen sobě, ale také druhým. Vyprávění i významy s ním sdílí členové společenství, jako je rodina, a vytvářejí tak společnou sociální realitu. Příběh se každým novým vyprávěním či převyprávěním pozměňuje. V terapeutickém kontextu může terapeut takové pozměňování podporovat.

Z toho vychází *narativní terapie* jako společná práce terapeuta a skupiny klientů na příbězích, které obsahují problémy, nemoci a nedostatky některého z členů rodiny, rozvoje, katastrofická očekávání a různá přesvědčení. Tato terapie je v podstatě rozhovorem, při němž se převyprávěním příběhů postupně dosahuje dekonstrukce původních významů jednotlivých událostí nebo *dekonstrukce* zakotvených a zdánlivě nevývratných přesvědčení. Zároveň s tím probíhá hledání nových souvislostí a nových významů, které umožňují překonání problému a *rekonstrukci* problémem definovaného systému. Objevují se tak nové možnosti a perspektivy pro další vývoj jednotlivých osob a vztahů. Při tomto procesu se terapeuti namísto znalců stávají spoluautory nového příběhu tím, že v terapeutické situaci vytvářejí podmínky pro změnu. (Volně podle Špitze 1996.)

Výklad v pracích systemicky orientovaných autorů je často značně abstraktní, komplikovaný a nejasný a jejich tvrzení není vždy snadné převést do obecně srozumitelné řeči. Jejich zpochybňování existence objektivní reality a odmítání současné vědecké metodologie je v rozporu s dosud převažujícím pozitivistickým přístupem ke světu v západní vědě. Po stránce filozofické je možno konstruktivismus a konstrukcionismus zařadit k postmodernímu subjektivismu a relativismu. Pohled systemiků na svět, rodinu i rodinnou terapii můžeme ilustrovat úryvkem z textu dvou významných představitelů tohoto směru v USA, H. Goolishiana a H. Andersonové (1986): „Po proměně našeho konceptuálního rámce, v němž už nelze vnímat systémy jako existující mimo naše popisy, se již nemůžeme zabývat otázkami moci a kontroly, které vyplývají z hierarchicky stabilní a nadřazené sociální struktury. To má mnohé důsledky pro naše teorie o terapii, stejně jako pro naše představy o tom, jak pracujeme jako terapeuti. Protože neexistuje nic mimo rozhovor, nemůže být také žádná abnormní nebo patologická komunikace. Představy o diagnózách nebo znaleckých posudcích terapeuta ve smyslu specialisty, který určuje zdraví sociálních systémů, jsou tak vážně zpochybněny. Libovolné předběžné představy o tom, kdo nebo co je systém, musejí být opuštěny. Stanovení hypotéz nebo jiná předpokládaná stanoviska terapeuta sem už nepatří. Představy o funkčnosti systému a o homeostáze rodiny již nejsou upotřebitelné. Platnost těchto nových idejí musí vyplývat z kontextu terapeutického rozhovoru. Problémy lze nyní definovat jako hermeneutické produkty, vznikající z našeho neustálého kroužení kolem intersubjektivní shody.“ (Kontext 1992, č. 2).





OBR. 56 S. de Shazer

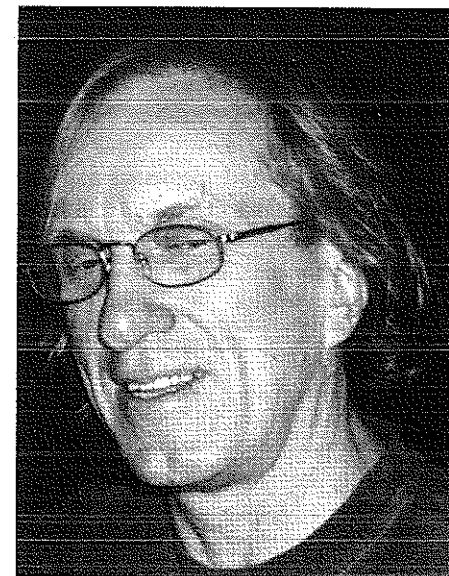
Vedle zpochybnění mnoha dosud běžně uznávaných pravd přinesl systemický přístup do rodinné terapie řadu užitečných novátorských technik. Uvedeme zde některé z nich.

*Cirkulární dotazování*, které vypracovala milánská skupina, je nepřímou formou získávání informací. Místo abychom se zeptali pacienta, co si myslí (nebo přeje) on sám, ptáme se, co si myslí, že si myslí (nebo přeje) jiný člen rodiny. Například „Co si myslíte, že si vaše manželka přeje, aby se u vás změnilo?“ „Co si myslíte, že si vaše manželka myslí o vašich pozdních příchodech domů?“

Členové rodiny také mohou být jeden po druhém dotazováni na vztahy mezi ostatními členy rodiny, např. „Kdo může matku potěšit, když je smutná?“ „Koho nejvíc naštve, když tatínek vynadá tvé sestře?“ Otázky umožňují obejít případný odpor ke sdělování vlastních pocitů a postojů tím, že se hovoří o předpokládaných pocitech druhých osob, a mohou také podpořit vzájemné vcítování a lepší porozumění mezi členy rodiny.

Ludewig (1994) používá obecnější označení „konstruktivní dotazování“ a začleňuje do něj mj. také úvodní otázku týkající se „zakázky“ klienta: „Podle čeho poznáte, že terapie je u konce?“

*Otázka „po zázraku“* byla navržena de Shazerem (1940–2005), který ji považuje za jednoduchý způsob, jak získat klientův popis cíle terapie. Otázka zní: „Předpokládejme, že se jedné noci, zatímco budete spát, stane zázrak a váš problém se vyřeší. Vy to ale nevíte, protože jste spal. Jak to poznáte?“ Otázku, co by se dělo po zázraku, lze také formulovat ve vztahu k jiným významným osobám v pacientově životě, např. jak by to, kdyby se stal zázrak, poznali členové rodiny a jak by on poznal na nich, že to poznali na něm.



OBR. 57 M. White

S otázkou „po zázraku“ souvisí také *„technika zázračné změny“*: „Chtěli bychom, abyste do příštího setkání předstírali, že zázrak, o kterém jste hovořili, se už stal, a abyste pozorovali, jak na to reaguje váš partner. Každý z vás si vybere libovolné dva dny a ten druhý bude mít za úkol poznat, o které dva dny se jedná. Možná, že si náhodou zvolíte stejné dny. Nemluvte spolu o vaší volbě ani o svém pozorování, jen si to zaznamenejte“ (Pecháčková 1992).

*Zhodnocení pozitiv*. De Shazer (1993) zadává rodině úkol: „Do příštího setkání si všimněte, co se děje ve vaší rodině (ve vašem vztahu, manželství apod.), abyste příště dokázali říct, co chcete, aby i nadále pokračovalo tak jako dosud.“ Úkol přeorientovává pozornost od chování, které je předmětem stížností, na chování, které je žádoucí, a tím přispívá k pozitivní atmosféře a případně i ke zvyšování frekvence pozitivního chování.

*Reflektující tým*. Pozorování terapie, ať už individuální, skupinové, nebo rodinné, týmem za jednosměrným zrcadlem je v mnoha zařízeních běžné při výuce, supervizi nebo výzkumu. Milánský tým je však přeměnil při práci s rodinou v terapeutickou techniku. Po určitém intervalu, např. za 40–60 minut, udělá konzultující terapeut v sezení přestávku a připojí se k pozorujícímu týmu, aby si poslechl úvahy a podněty a aby spolu s ním připravil závěrečnou intervenci. Druhou možností je, že zůstane s klienty, a po změně intenzity světla a směru přenosu zvuku (nebo výměně místností) naslouchá spolu s klienty poradě a úvahám týmu. Pak sezení s klienty dokončí. Některé týmy využívají také možnosti zatelefonovat terapeutovi nějaký poznatek nebo pokyn přímo v průběhu terapie. T. Andersen zavedl práci reflektujícího týmu, který sedí přímo v místnosti s terapeutem a pacienty: na žádost terapeuta si jeho členové vzájemně sdělují, co je k probíhajícímu dění napadá.

*Externalizace problému.* Metoda, kterou navrhli M. White a D. Epston, označuje pacientův symptom nebo problém za něco, co je vně pacienta a nepatří k jeho osobnosti. Tím pacienta osvobozuje od kritiky druhých, protože přestává být jako osoba s problémem ztotožňován. Pacient může spolu s osobami ze svého okolí kritizovat symptom či problém jako něco cizího, vnějšího, jako společného nepřítele. White uvádí příklad dítěte s enkoprézou, které bylo doma za pokálení neúčinně trestáno a cítilo se zahanbeno. Tím, že spolu s psychoterapeutem personifikovali symptom jako „Potouchlého Pů“, který působí nepříjemnosti dítěti i jeho rodičům, mohli se všichni stát spojenci v boji s ním (Tomm 1995). Metoda připomíná církevní vyhánění démonů, kteří člověka posedli, i taktiku babiček, které se místo kárání zlobivého dítěte pokoušely s dítětem spojit „proti čertu, který do něho vjel“. Š. Gjuričová (1995) uvádí využití této metody u jedenáctiletého Matěje, který ve škole nedával pozor a vyrušoval a byl jako „nepozorný, neposlušný a neukázněný žák“ ve škole i doma trestán. Terapeutka navrhla uznat existenci vnější síly, kterou označila jménem „Hrozná nepozornost“. Problém přestal být součástí Matěje a začal se posuzovat jako vnější nepřítel, kterému je třeba se spojenými silami postavit.

Další často používané techniky jsou převzaty z komunikační a strategické terapie (viz s. 80). Patří k nim např. *pozitivní přeznačkování problému*, *vyjádření pochybností o možnostech změny* a *paradoxní pokyny*, jako např. předepsání symptomu.

Podrobný výklad jednotlivých systémů rodinné terapie lze najít v obsáhlých rukojetích redigovaných A. Gurmanem a D. Kniskernem („Handbook of family therapy“, 1981 a 1991) a B. Wolmanem a G. Strickerem („Handbook of family and marital therapy“, 1983). Příručkami, které usilují o integrující přístup, jsou např. knihy M. Nicholse „Family therapy. Concepts and methods“ (1984) a A. Carra „Family therapy. Concepts, process and practice“ (2000). Překlady významných článků a výtahů ze základních děl i původní české práce jsou obsaženy v materiálech vydávaných sekci pro rodinnou terapii, které od r. 1984 vycházejí periodicky pod názvem „Kontext“, nejprve jako bulletin a nověji jako časopis (do r. 1994 jej vydával P. Boš, od r. 1995 je vedoucím redaktorem M. Vyhnálek). Podrobný přehled směrů a postupů v rodinné terapii zpracoval K. Balcar v monografii J. Langmeier, K. Balcar, J. Špitz „Dětská psychoterapie“ (2000).

Z knih V. Satirové byla do češtiny přeložena živě napsaná popularizační „Kniha o rodině“ (1994) a nověji „Model růstu“ (2005, se spolupracovníky). Některé ze směrů rodinné terapie vtipně popularizoval Z. Kučera v brožurce „O výchově bez receptů“ (1985).

*Systemické pojetí* je obsaženo v překladech prací K. Ludewiga „Systemická terapie“ (1994), S. de Shazera „Klíče k řešení v krátké terapii“ (1993), E. Jonesové „Terapie rodinných systémů“ (1996), ve „Slovníku rodinné terapie“ od F. Simona a H. Stierlina (1995) a v přehledné příručce A. Schlippe, J. Schweitzer „Systemická terapie a poradenství“ (2001). Srozumitelný výstižný přehled o vývoji a současném stavu systemického přístupu podala S. Pecháčková v práci „Zpráva o systemické terapii“ (1992) a na Slovensku J. Prevendárová v rozsáhlejší publikaci „Rodinná terapia a poradenstvo“ (2001).

Významné statí autorů hlásících se k sociálnímu konstrukcionismu obsahuje kniha „Therapy as social construction“, vydaná S. Nameeovou a K. Gergenem (1992). Narativní přístup podrobně zpracovali např. Freedmanová a Combs v díle „Narrative therapy“ (1996), další pohledy přináší kniha „The handbook of narrative and psychotherapy“, vydaná L. Angusem a J. McLeodem (2004). Původní českou práci s vlastními výstižnými ilustrativními kazuistí-

kami vydali Š. Gjuričová a J. Kubička pod názvem „Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy“ (2003).

Z. Rieger a H. Vyhnálková vytvořili původní expresivní techniku pro práci s rodinou, o níž referují v monografii „Ostrov rodiny“ (1996). Originální přístup k rodinné terapii, využívající metaforu „rodinné dělohy“, z níž je nutno se při dospívání odloučit, představili L. Trapková a V. Chvála v monografii „Rodinná terapie psychosomatických poruch“ (2004).

V poslední době vzbuzuje i u nás určitý zájem autoritativní postup kontroverzního německého autora Berta Hellingera, nazvaný „rodinné konstelace“. Využívá rozestavování osob zastupujících členy klientovy původní rodiny do pozic ve vymezeném prostoru a v manipulování s nimi k dosažení lepšího pořádku a vyrovnání se mj. s pocity viny. K nám jej uvádí zejména I. Verný. Přeloženy jsou publikace „Symetrie lásky“ (2000), „Rodinné konstelace, objevná síla“ (2004) a „Partnerská terapie“ (2005). Technika rozestavování připomíná osvědčený „ostrov rodiny“ našich autorů, ale Hellingerovo pojetí člověka a terapeutického účinku je jiné.

# Psychoterapie v Česku a na Slovensku

V průběhu svého vývoje po druhé světové válce musela československá psychoterapie čelit dvěma vlnám politického a ideologického útlaku: nejprve v padesátých letech při upevňování moci komunistického režimu a pak znovu v sedmdesátých letech, kdy se po okupaci sovětskou armádou začala postupně stále výrazněji prosazovat tzv. normalizace. Ideologický tlak byl nejsilnější v padesátých letech. V Rusku tehdy vládla pavlovovská koncepce a práce, které směly vyjít, se musely formálně odvolávat na I. P. Pavlova, nehledě už na Marxe, Lenina a Stalina. Jiné směry, zejména psychoanalýza, byly označovány za buržoazní a reakční a jejich veřejné obhajování ohrožovalo odborníky profesionálně i existenčně. V druhé polovině šedesátých let se začaly různé směry rozvíjet opět svobodněji. Rigidní pavlovovská teorie byla i v Rusku podrobena kritice (Parin 1962) a v letech 1968–1969 byla naše psychoterapeutická scéna ideologicky prakticky svobodná. Když se ve druhé polovině sedmdesátých let upevnila „normalizace“ a česká a slovenská věda musela znovu přetrhávat svazky s kapitalistickým Západem a vracet se do područí sovětské ideologie, udržovalo si již vytvořené společenství psychoterapeutů dosaženou kohezi a jeho aktivitám se dařilo do značné míry unikat politicko-ideologickým tlakům. Pokračovaly komunitní výcviky s dynamickou orientací i semináře, kolokvia, konference a sjezdy s pestrou náplní odrážející světové trendy. V r. 1979 se P. Bošovi bez větších následků podařilo uskutečnit na letním táboře v Dobronicích i zakázaný víkendový výcvik s Virginíí Satirovou.

Horší byla situace na univerzitách, kde strážci ideologické čistoty bděli nad výchovou mladé generace a plněním komunistického husákovsko-bílakovského „Poučení z krizového vývoje“. Jen v Brně museli odejít z katedry psychologie R. Konečný, H. Široký a I. Plaňava a o několik let později i autor této učebnice. V Praze byla ještě v roce 1983 zkritizována jako „objektivistická“ Balcarova výborná učebnice psychologie osobností a studenti měli zakázáno se z ní učit. V publikacích se nesměli citovat autoři, kteří emigrovali nebo byli vyloučeni z komunistické strany.

V sousedních socialistických státech byla situace obdobná. Při omezení kontaktů se Západem – administrativním omezováním výjezdu našich odborníků a znesnadňováním zvaní zahraničních odborníků k nám – se pokusili podobně smýšlející psychoterapeuti z Polska, Maďarska, tehdejší NDR, Bulharska i Sovětského svazu uskutečnit dohodu o vzájemné podpoře v oblasti psychoterapie v rámci „socialistického bloku“ (jinými slovy „zemí za železnou oponou“), která přinejmenším snížila nebezpečí opětovného zaostávání naší psychoterapie za světovým vývojem.

Iniciativa vyšla z Prahy od tehdejšího předsedy psychoterapeutické sekce M. Hausnera. V roce 1973 se v Praze na Horní Palatě uskutečnilo 1. sympozium socialistických zemí o psychoterapii a vytvořila se mezinárodní pracovní skupina pro psychoterapii, jejímž prvním předsedou se stal M. Hausner. V tříletých odstupech se pak až do r. 1988 uskutečnilo 6 takových mezinárodních sympozií, pokaždé v jiné ze spolupracujících zemí, která zajišťovaly příslušné národní psychoterapeutické sekce.<sup>13</sup>

Tyto kontakty přinesly značný užitek ve vzájemné informovanosti – v každé ze zemí se dělo něco zajímavého a podnětného i pro ostatní – i ve skutečně účinné vzájemné podpoře. Kdykoli se začaly zdát některé psychoterapeutické aktivity bojovníkům proti „buržoazní pavědě“ podezřelé a hrozily administrativní zásahy, mohlo se na základě konkrétních materiálů doložit, že přístupy nejsou přebírány z „imperialistického Západu“, ale že se rozvíjejí i v „bratrské socialistické zemi“. Po pádu totalitních režimů v těchto státech a s tím i „železné opony“ ukončilo důstojně činnost pracovní skupiny poslední, 7. sympozium, uskutečněné v r. 1991 v komorních podmínkách v Kroměříži s mottem „Návrat do Evropy i v psychoterapii.“

V druhé polovině osmdesátých let začal ideologický tlak opět zvolna povolovat a konečně s pádem totalitního režimu, ideologických omezení a otevřením hranic v r. 1989 začaly u nás různé pracovní skupiny navazovat kontakty s podobnými pracovními skupinami, instituty nebo odbornými společnostmi v Evropě i v USA, pořádat přednášky a výcviky zahraničních odborníků a překládat základní literaturu. Cizinci přijížděli nejprve ze zvědavosti a nabízeli informace zdarma. S ukojením zvědavosti a s pokračujícím přechodem našeho hospodářství k tržní ekonomice začaly se stávat ze seminářů a výcviků cizích odborníků stále nákladnější akce, kterým se postupně přizpůsobila i nabídka domácích. Z výcviků, které měly dříve charakter aktivity nadšenců, pracujících pro stejně nadšené zájemce prakticky zdarma, za poplatky pokrývajících pouze režii, se staly nejen odborné, ale často i komerční záležitosti. Ceny víkendových a týdenních soustředění a dlouhodobých kurzů stále rostou a budou se zřejmě přibližovat poměrům na Západě, i když návratnost takových investic je u nás zatím stále ještě v nedohlednu.

*Česká psychoterapeutická společnost* (v letech 1989–1999 Společnost pro psychoterapii a rodinnou terapii a předtím sekce Psychiatrické společnosti) – a na Slovensku analogická *Slovenská psychoterapeutická spoločnosť*, ustavená v roce 1991 – se snaží být určitou zastřešující organizací, sjednocující dříve poměrně semknuté a nyní značně divergující proudy. Některé z nich si již vytvořily své samostatné zájmové společnosti

(např. psychoanalytickou, kognitivně behaviorální, rogeriánskou) i registrované instituty, organizující placenou specializovanou výuku a výcvik. Nemí neobvyklé, že podobně jako na Západě vznikají v rámci jednoho směru dva nebo tři instituty, někdy spolupracující, někdy si vzájemně konkurující. Neodlišují se ani tolik teoretickými rozdíly jako spíše vůdčími osobnostmi nebo týmy usilujícími o samostatné vedení skupiny přívrženců, přičemž se nezřídka napojují na odlišné pracovní skupiny v Evropě či USA.

Vzdor tomuto přirozenému vývoji ve smyslu diferenciací zůstává praktická činnost mnohých psychoterapeutů většinou eklektická a vzájemně dost podobná. Ani ortodoxní psychoanalytici u nás neprovádějí jenom psychoanalýzu, rogeriáni pouze empaticky naslouchají, dynamičtí terapeuti nevedou jen k náhledu, gestaltisté pouze neprovokují, kognitivní terapeuti pouze neargumentují, behaviorální terapeuti pouze nenacvičují, hypnoterapeuti pouze nehypnotizují a ani logoterapeuti se nezabývají pouze životním smyslem. Značnou část psychoterapeutického působení tvoří trochu nedirektivně náhledová a trochu direktivně podpůrná rutina, ať už je to ve zbylých státních zdravotnických zařízeních, v poradnách, nebo v soukromé praxi.

V historii české a slovenské psychoterapie je třeba připomenout *organizovanou setkávání psychoterapeutů*, která periodicky mapovala přítomný stav a podněcovala další vývoj. Velký význam měl celostátní sjezd o neurózách v Mariánských Lázních v r. 1958, a zejména na něj navazující sjezd v Jeseníku v r. 1959 o neurózách s mezinárodní účastí, kde došlo k prvnímu poválečnému kolektivnímu setkání našich psychoterapeutů s významnými představiteli psychoterapie z Východu i Západu. V dalších letech se konaly v Jeseníku malé celostátní psychoterapeutické semináře v časové návaznosti na psychofarmakologické konference. Přibývalo přednášek, diskusních skupin, praktických cvičení i účastníků a od osmého setkání v r. 1973 se ze seminářů staly reprezentační psychoterapeutické konference. Ty se v následujícím roce přesunuly do Luhačovic, kde se také v roce 1975 konala jubilejní 10. konference. Později se již ve dvouletých intervalech pořádaly konference střídavě v Česku a na Slovensku, a to po nějakou dobu opakovaně na místech geograficky značně odlehklých (Františkovy Lázně, Vyšné Ružbachy) a posléze se přenesly na místa, která jsou si přes hranice velmi blízká: 19. konference se uskutečnila v r. 1993 v Trenčianských Teplicích a jubilejní 20. konference pod heslem „Integrace a diferenciacie psychoterapie na konci tisíciletí“ v r. 1995 v Luhačovicích.

Pro 21. trenčiansko-teplickou konferenci v roce 1997 bylo zvoleno hlavní téma „Emoce v psychoterapii“ a pro 22. luhačovickou konferenci v roce 1999 téma „Rozum v psychoterapii“. Na 22. konferenci se 400 účastníků z obou zemí odeznělo 100 sdělení a uskutečnilo se 50 praktických „dílen“ (workshopů). Konference pokračovaly ve stejném duchu i v letech 2001, 2003 a 2005.

Poměrně podrobné zprávy o jednotlivých konferencích v časopisech Čs. psychiatrie a Čs. psychologie poskytují cenný materiál k orientaci o trendech v české a slovenské psychoterapii za posledních 30 let (Křivohlavý 1972, 1973, 1974, 1976, 1992, Kratochvíl a Hort 1976, 1978, Kratochvíl 1994, Kratochvíl a Sklenářová 1998, Svoboda 1996, 2000).

Následující informace o současném stavu psychoterapie u nás se v této kapitole pokusím utřídit ze dvou hledisek, jimiž jsou: a) odraz světových směrů v naší psychoterapii a b) přehled pracovišť a osobností. Závěrem se zmíním o stavu a perspektivách výcviku v psychoterapii.

13 Stručné charakteristiky obsahu jednotlivých sympozií lze nalézt ve 3. vydání autorovy „Psychoterapie“ (1987). V témže svazku jsou shrnuty i poznatky o psychoterapii a významných psychoterapeutech z bývalých socialistických zemí.

Pokud jde o pracoviště a osobnosti, musím upozornit, že oblast, kterou se pokouším zmapovat, je v živém pohybu. To, co platilo dnes, nemusí platit zítra. Instituce vznikají a zanikají nebo se přejmenovávají; pracovní zařazení, postavení a bydliště jednotlivých pracovníků se mohou snadno a rychle změnit. Přesto považuji za užitečné poskytnout určitou „momentku“, zachycující stav české a slovenské psychoterapie z roku 2005, ovlivněnou nepochybně i vlastním subjektivním hodnocením.

## Odraz světových směrů

*Klasická psychoanalýza* má v současnosti 26 vycvičených psychoanalytiků, z nichž část prošla cvičnou analýzou u B. Dosůžkova, L. Haase nebo O. Kučery. Po znovunavázání oficiální spolupráce se světem se její představitelé snažili získat uznání své kvalifikace od Mezinárodní psychoanalytické společnosti (IPA). K psychoanalytikům, kteří mají právo provádět nejen terapii, ale i psychoanalytický výcvik a supervizi, patří M. Borecký, K. Černý, J. Kocourek, J. Kocourková, M. Mahler, V. Mikota, M. Šebek, Z. Šikl a B. Vacková. Prezidentem České psychoanalytické společnosti, ustavené v roce 1990, je v současné době M. Šebek. Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourka se snaží vydáváním prací současných analytiků zaplňovat mezery v informovanosti o vývoji psychoanalytického myšlení. Vydává též dvakrát ročně Psychoanalytický sborník. Od r. 1996 začalo systematické vydávání Freudových sebraných spisů. Historie psychoanalýzy u nás je podrobně zpracována v Kocourkově publikaci „Horizonty psychoanalýzy“ (1992).

*Psychoanalytická psychoterapie*, která přijímá psychoanalytické učení, ale je liberálnější ve volbě technik, frekvence sezení i trvání léčby, je u nás reprezentována Českou společností pro psychoanalytickou psychoterapii, jejímž předsedou je v současnosti V. Buriánek. Od roku 1999 vydává svůj vlastní časopis *Revue psychoanalytická psychoterapie*, jehož odpovědným redaktorem je S. Titl. K její odnoži patří i skupinová analýza foulkovského typu, ve které se kombinuje teorie psychoanalytická s teorií sociálněpsychologickou. V ní se pod vedením zahraničních lektorů vyškolili např. V. Buriánek, M. Hošková, H. Klímová, P. Junek, K. Koblic, I. Růžicková a L. Vrba. Většina z nich pracuje v psychoterapeutickém středisku v Praze v Břehové ulici.

*Adlerovskou psychoterapii*, kterou v sedmdesátých letech propagovala S. Hermochová, se pokusila oživit brněnská katedra psychologie, když navázala spolupráci s britskou pracovní skupinou, která v r. 1994 uspořádala v Brně intenzivní dvoutýdenní prázdninový kurz. Spolupráce dále pokračuje. Informovanosti pomáhá Z. Vybíral překlady vybraných Adlerových spisů.

*Jungovský přístup* k nám začal soustavněji uvádět již v šedesátých letech H. Široký, který také napsal první přehledný učební text o Jungově životě a díle. V současné



době jej rozvíjí brněnská pracovní skupina, jejímiž aktivisty jsou zejména K. Plocek a L. Běťák. Zasloužili se o překlad a vydání tří knih s vybranými spisy C. G. Junga a od r. 1996 začali vydávat Jungovy sebrané spisy. Z Plockova podnětu rozvíjí přednáškovou a seminární činnost Collegium Jungianum Brunense. Běťákovým příčiněním se po roce 1989 navázaly kontakty s Jungovým institutem v Curychu. J. Vašková překládá spisy jungiánky V. Kastové.

*Dynamická psychoterapie* je jedním z nejvíce přijímaných směrů, ať už samostatně, nebo jako základna pro pojetí eklektická a integrativní. Zřetel na současné interpersonální problémy člověka, pomoc při náhledu na jeho vlastní podíl na jejich udržování i při náhledu na jejich kořeny v minulosti se snahou o emoční korektivní zkušenost, tvoří teoretické východisko mnoha terapeutických i výcvikových postupů ve formě individuální i skupinové. Je tomu tak v Knoblochově integrované psychoterapii, ve výcvikovém systému Skály, Urbana a Rubeše (SUR) a jejich následovníků i v jiných u nás vzniklých výcvikových systémech: v praktické činnosti terapeutických komunit (Brno, Kroměříž) i některých denních stacionářů a klinik pracujících metodou skupinové terapie, jejichž prototypem je Denní sanatorium na Horní Palatě.

*Rogersovskou psychoterapii* k nám přinesl již začátkem sedmdesátých let J. Vymětal (1973) po stáži u R. Tausche v Hamburku. Postupně se mu výcviky i publikacemi podařilo povědomí o ní rozšířit, začlenit její prvky do výuky praktických lékařů zaměřujících se o psychotherapeutický přístup k pacientům a nyní i do výuky mediků v rámci výuky lékařské psychologie a vydat o ní vlastní původní učebnici (1996). Jím založený (v r. 1991) pražský „Institut pro psychoterapii a poradenství zaměřené na klienta“ přenechal postupně iniciativu dvěma nově vzniklým institutům. V Brně založil v r. 1993 O. Tegze Český institut pro přístup zaměřený na člověka, jehož výukové programy superviduje zejména J. Bozarth z univerzity v Atlantě (Georgia, USA). V Praze vznikl o rok později Institut PCA Praha, řízený J. Holeyšovským a napojený na pracovní skupinu ve švýcarském Luganu.

V roce 1994 byla vytvořena také Asociace pro psychoterapii a poradenství zaměřené na osobu, jejímž předsedou byl zvolen V. Lepičovský. Na Slovensku vznikl ve druhé polovině osmdesátých let výcvikový institut pod vedením V. Hlavenky, který uspořádal velké mezinárodní setkání zájemců o rogersovský přístup, a nověji Institut rozvoja osobnosti v Modre.

*Kognitivně-behaviorální psychoterapie* se u nás začala prosazovat jako aktivní samostatný směr v r. 1992, kdy vznikla nejprve sekce a brzy nato samostatná Česká společnost kognitivně behaviorální terapie, jejímž prvním prezidentem se stal P. Možný, druhým J. Praško. Po navázání kontaktů se zahraničními lektory, z Anglie zejména K. Nathem, se začaly uskutečňovat systematické výcviky. Možný zajistil též vydání překladů dvou základních monografií anglických autorů (Murdoch a Baker 1996, Hawton et al. 1995), zatím jako textů pro vnitřní potřebu Společnosti. Praško se Šlepeckým napsali původní text „Kognitivně behaviorální terapie depresivních poruch“ (1995), Možný s Praškem příručku „Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe“ (1999).

Při rozšiřování členské základny i potřeby výcviků došlo ke vzniku dvou institutů, Institutu KBT (J. Zbytovský, J. Kaněrová) a KB centra (K. Durecová, J. Veselý, F. Hroník). Na Slovensku organizuje výcviky M. Šlepecký.

Nehledě na nynější razantní nástup mladé generace pragmaticky a scientisticky zaměřených psychiatrů a psychologů, požadujících i zajišťujících systematický výcvik a mezinárodní kontakty, byly behaviorální nácvikové metody po dynamické psychoterapii vždy druhou hlavní součástí praktické terapie eklekticky orientovaných terapeutických i výcvikových komunit, přičemž podněty se mohly čerpat ze slovenských monografií O. Kondáše, který tuto orientaci systematicky rozvíjel v Bratislavě již od šedesátých let pod názvem „discentná psychoterapia“ (1964, 1969, 1973, 1979, 1983).

*Gestalt terapie* má u nás dnes již také svou sekci a dva výcvikové instituty. První z nich, Institut pro Gestalt terapii a psychosyntézu, řídí M. Jára ve spolupráci s belgicko-norským institutem (R. Verlindenová), druhý s názvem „Dialog“, jehož činnost zajišťují H. Fišerová, A. Polák a J. Rektor, je napojen na britské a losangeleské Gestalt instituty. Analogický institut založil na Slovensku pod názvem „Dialog“ V. Velický v Banské Bystrici.

*Daseinsanalytickým antropologickým přístupem* se nechali inspirovat v Pardubicích J. Mrkvička (1931–2003) a v Praze J. Růžička a O. Čálek, kteří jej rozpracovávají pod názvem antropologicko-hermeneutická psychoterapie (1997, 2001). Růžička vydal s tímto zaměřením knihu „Péče o duši v perspektivách psychoterapie“ (2003), Čálek „Skupinová daseinsanalýza“ (2005).

*Franklova logoterapie* vyvolala určitý ohlas po návštěvách V. E. Frankla v Olomouci a v Praze v šedesátých letech jako cenný doplněk syntetického pojetí (Kratochvíl 1966). Samostatně se začala rozvíjet i vyučovat ve Společnosti pro logoterapii, založené v r. 1993 v Brně V. Smékalem na základě nových kontaktů s Franklem a jeho žákyní E. Lukasovou (1993). Výcviky vede M. Kosová ve spolupráci s mnichovským institutem E. Lukasové. V Praze vznikla Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu, napojená na Franklova vídeňského žáka A. Längleho, který Franklův přístup dále rozpracoval a doplnil. Spojení s Vídní zprostředkovala J. Božuková. O popularizaci logoterapie se v Česku významně zasloužil K. Balcar. Na Slovensku založila Institut existenciálnej psychológie a noo-logoterapie J. Stempelová v Trnavě ve spolupráci s polským profesorem katolické univerzity v Lublině K. Popielskim.

*Transpersonální a holotropní terapie* dostala po pádu totalitního režimu impulz návštěvami S. Grofa z emigrace v USA, který zajistil výcvik více než třiceti českých zájemců (Z. Hálová, L. Chrástanská, Z. Kmuničková, S. Kudrle, J. Kursá, O. Pěč, T. Petráňová, P. Tervínová, M. Vančura aj.). Byly vydány překlady reprezentativních Grofových monografií a v roce 1992 uspořádána mezinárodní konference transpersonální psychologie v Praze. Holotropní terapie se v současné době využívá spíše jako prostředek sebepoznání pro zájemce o neobvyklé zážitky než jako léčba pacientů.

*Biosyntézu* využívají a vyučují v Praze J. Vodňanská, Y. Lucká a K. Kopřiva a v Brně O. Tegze, kteří se vyškolili v mezinárodním švýcarském institutu D. Boadelly. Tegze mj. přeložil Loewenovu Bioenergetiku.

*Ericksonovskou psychoterapii* začali od roku 1987 pěstovat v Praze M. Vančura, K. Balcar a J. Zíka a v Brně V. Dvořáček, kteří pořádali zejména výcviky v ericksonovské hypnóze. Od r. 1995 se ředitelem Českého institutu Milтона Ericksona stal brněnský psychoterapeut J. Barbarič, který uspořádal již dvě zdařilé ericksonovské konference a zajišťuje komplexní systematický výcvik v ericksonovské psychoterapii.

*Klasickou hypnoterapii* reprezentovala od začátku sedmdesátých let sekce pro hypnózu České psychiatrické společnosti se svými každoročními týdenními výcviky hypnotických technik v Kroměříži (Balcar, Bouchal, Doležalová, Hájek, Kratochvíl a Svoboda, později též Hájek a Hájková z Litoměřic, Kašparů, Pečená, Gawlik, Čepická, Drotárová, Vítková, Vyhnálek aj.). Na psychiatrické klinice v Praze se o rozvoj hypnoterapie v padesátých a šedesátých letech zasloužil I. Horvai (1959) a později ve výzkumné psychiatrické laboratoři M. Černý (1973, 1984).

*Autogenní trénink*, dnes všeobecně rozšířenou metodu, k nám systematicky zaváděli zejména M. Bouchal (1964, 1970) v Brně a K. Vojáček v Praze (1988). Na Slovensku prováděl systematická školení v autogenním tréninku zejména J. Hašto.

*Katatymně-imaginativní psychoterapii* (KIP) začala v Brně pěstovat O. Skalková od r. 1988. V r. 1991 byla v Brně založena Česká společnost pro KIP, která s pomocí švýcarských a německých školitelů připravuje ve výcviku více než 100 frekventantů. Mezi prvními terapeuty a školiteli patří v českých zemích L. Bětak, D. Dufková, M. Petržela a M. Šindelářová (Brno), L. Penková (Praha) a A. Havlicová (Plzeň). Na Slovensku pořádá od r. 1990 výcviky v KIP ve spolupráci s odborníky ze Salzburgu J. Hašto, od r. 1995 vede výcviky už samostatně s E. D. Uhrovou. V roce 1996 zorganizovala Slovenská společnost pro katatymně-imaginativní psychoterapii ve spolupráci s českou společností mezinárodní výcvikový seminář v Trenčianských Teplicích s účastí významných zahraničních lektorů. Obě národní společnosti byly již přijaty za členy Mezinárodní společnosti pro katatymně-imaginativní psychoterapii se sídlem v Göttingenu. Oblíbený neortodoxní výcvik v relaxačních a imaginačních technikách provádí systematicky řadu let v rámci olomouckého IPIPAPP S. Morávek.

*Transakční analýza* je obecně přijímána se sympatiemi. Překlad Bernových her vyšel poprvé již v r. 1970 a v r. 1992 druhé, opravené vydání. V r. 1995 byla u nás založena Česká asociace transakční analýzy, v jejímž výboru jsou B. Čepická, R. Honzák, M. Henková a H. Vyhnálková. V následujícím roce byla přijata do Evropské asociace pro transakční analýzu. Provádí rovněž systematický výcvik ve spolupráci se zahraničními lektory. Ve svých publikacích propaguje transakční analýzu zejména Honzák (1989), v přednáškách Z. Vybíral.

*Rodinná terapie* se rozvíjela zejména díky nadšení a obětavosti P. Boše a J. Špitze. Boš založil v tehdejší dětské psychiatrické léčebně v Dubí u Teplic již v r. 1973 metodické středisko, které fungovalo až do jeho odchodu do Prahy v r. 1989 a kam se jezdilo školit mnoho zájemců. Boš zajišťoval překlady ze zahraniční literatury, kontakty s významnými rodinnými terapeuty i semináře. V r. 1979 uspořádal v Dobronicích významný třídní výcvik V. Satirové. Od r. 1984 začal vydávat bulletin, později pak časopis s názvem „Kontext“. S Bošem spolupracoval Špitz z dětské psychiatrické

kliniky Fakultní nemocnice v Motole. V r. 1987 uspořádali v Praze Světový kongres rodinné terapie, na němž byla reprezentována většina škol rodinné terapie. V teorii se Boš i Špitz postupně přiklonili k systemickému pojetí a v r. 1990 založili se Z. Kučerou Institut rodinné terapie. Nyní jej řídí Š. Gjuríčová, která s J. Kubičkou napsala významnou monografii „Rodinná terapie“ (2003). Podobně zaměřený Institut pro systemickou zkušenost založili v Praze v r. 1991 V. Strnad a I. Úlehla. K nim se připojili Z. Macek a O. Kunertová.

*Přístup Satirové* k nám v Institutu V. Satirové uvádějí (ve spolupráci s W. Zahndem z Kalifornie) I. Kotátková a A. Beránková z Ostravy a M. Radostová, významně přispěla O. Holubová. Na Slovensku vede institut H. Ščibranyová.

Současné je nutno připomenout, že již v šedesátých letech to byl J. Langmeier, vedoucí kabinetu ILF, kdo vyučoval a praktikoval rodinnou terapii a tím položil základy k jejímu uplatnění v Československu. S Balcarem a Špitzem napsal „Dětskou psychoterapii“ (1989, 2000), v níž Balcar zpracoval rodinnou terapii.

*Eklektická psychoterapie* představuje pro většinu prakticky činných psychoterapeutů v Česku i na Slovensku běžný základní standard. Zároveň při tom nechyběly vedle technického eklekticismu již od šedesátých let snahy o syntézu a integraci. Jako „integrovanou psychoterapii“ začal označovat v Praze a později v Kanadě svůj přístup Knobloch, který od r. 1991 opět provádí v Česku systematický výcvik. Jako „syntetický a diferencovaný přístup“ formulovali své úsilí v Brně Bouchal a Kratochvíl (1966). Programově se dnes k integrativnímu pojetí hlásí členové výcvikového Institutu pro integrativní psychoterapii a psychologické poradenství (IPIPAPP) Honzák, Kratochvíl, Morávek, Mrázková, Plaňava, Rieger, Řehan, Šípek, Vyhnálková aj. Eklekticko-integrativní jsou svým zaměřením i Pražský a Východočeský institut psychoterapie, i když to nemají přímo v názvu. Také představitel rogersovské psychoterapie J. Vymětal (2001) se hlásí k „diferencovaně integrativnímu přístupu“, který vidí jako současný trend ve vývoji rogersovské psychoterapie v Evropě. Rogersovský model vytváří podle něho základní vztahovou nabídku, která může být doplňována specifickými postupy, zvolenými podle problematiky pacienta. Na Slovensku přispěl k upevnění eklekticko-integrativního pojetí J. Hašto jak zajišťováním kurzů v různých přístupech a technikách, tak překladem díla švýcarských eklektiků Blasera a kol. (1994). Zároveň lze pozorovat, že i většina zájemců o výcvik v institutech „čistých škol“ se zpravidla souběžně hlásí do výcviku i k jiným školám a tak si zajišťuje duševní ochranu před jednostrannou indoktrinací.

## Kapitola 2

# Přehled pracovišť a osobností

V historii československé psychoterapie patří k významným osobnostem profesor psychiatrie J. Stuchlík (1890–1967), který během svého života pracoval v Košicích, Bratislavě, Plzni a Praze. Kriticky k nám uváděl různé zahraniční psychoterapeutické směry, mj. psychoanalýzu, zabýval se hypnózou a persuazí, propagoval hnutí mentální hygieny a připravil i první českou příručku o psychoterapii pod názvem „Nárys psychoterapie a psychohygieny“. Ta se však zachovala pouze v kartáčovém otisku z r. 1949; její vytisknutí bylo upevňujícím se totalitním režimem bohužel již znemožněno.

## 2.1 Čechy

K osobnostem, které výrazně ovlivnily vývoj české psychoterapie od konce 2. světové války, patří zejména dnešní senioři Knobloch a Skála a nedávno zesnulí Hausner, Rubeš a Urban.

F. Knobloch začal s psychoterapií neuróz na psychiatrické klinice a na fakultní poliklinice v Praze a v letech 1954–1968 vybudoval spolu s manželkou Jiřinou a dalšími spolupracovníky integrovaný systém pro léčení neuróz se složkou ambulantní a s terapeutickou komunitou v Lobči, který sloužil jako model pro řadu dalších zařízení u nás i v zahraničí. V r. 1968 zůstali Knoblochovi v emigraci a přestali se tak na dalším vývoji u nás aktivně podílet. Zároveň však získali publicitu v zahraničí, kde dále psychoterapeuticky pracovali, organizovali, publikovali a prováděli výcviky. Jejich činnost a publikace i výklad integrované psychoterapie jsme podrobně uvedli v kapitole o ekletickém a integrativním pojetí (s. 112–114).

J. Rubeš se zabýval psychoterapií neuróz a později závislostí na alkoholu a drogách. Byl ředitelem psychiatrické léčebny v Dobřanech, lázní Jeseník a později vedl v Praze v psychiatrické léčebně v Bohnicích specializované oddělení pro alkoholiky a toxikomany. Jeho orientace byla dynamická a významně také přispěl k rozvoji



OBR. 58 Stojící: E. Urban, S. Kratochvíl, H. Junová, Z. Mrázek, sedící: J. Rubeš, J. Skála, M. Bouchal, M. Hausner (z psychoterapeutické konference ve Františkových Lázních 1983)

psychodramatu. Jako spoluzakládající člen výcvikového systému SUR má velké zásluhy o rozšíření psychoterapeutického výcviku u nás a o výchovu mnoha psychoterapeutů. Byl řadu let podněcujícím i sjednocujícím předsedou psychoterapeutické komise při psychiatrické sekci.

M. Hausner byl po Rubešovi dlouholetým předsedou psychoterapeutické sekce (komise se stala sekcí v r. 1970 a Hausner ji řídil až do r. 1981) a úspěšným organizátorem psychoterapeutických akcí. V letech 1965–1976 řídil významnou terapeutickou komunitu na psychiatrickém oddělení v Sadské. Kromě postupů shodných s lobečským systémem, ve kterém sám jako skupinový psychoterapeut začínal, široce využíval psycholytických sezení. Obsah prožitků při intoxikaci LSD nebo psilocybinem sloužil v následujících skupinových sezeních k hlubšímu pronikání do potlačených psychotraumatických zážitků z dětství. Tyto zkušenosti zajímavě zachytil v knížce „Jak se stát neurotikem“ (1968). Pro příbuzné psychotických pacientů napsal brožurku „Duševně nemocný mezi námi“ (1978). Později pracoval jako ambulantní psychiatr ve Stráži pod Ralskem.

E. Urban pracoval jako klinický psycholog v Dobřanech a pak na psychiatrické klinice v Praze, kde se věnoval mj. psychoterapii pacientů se závislostmi na alkoholu a drogách. Později přešel na katedru psychologie. Zaměřil se na problematiku skupinové psychoterapie a spolu s Rubešem a Skálou realizoval systematický výcvik psychoterapeutů ve výcvikových komunitách formou zážitku na sobě.

J. Skála, který předsedal sekci od r. 1982 a stal se prvním předsedou samostatné Společnosti pro psychoterapii a rodinnou terapii, ustavené v r. 1989, je i po oslavení své pětadesátky stále velmi aktivní v psychoterapeutických výcvicích. Od r. 1948

budoval se svými spolupracovníky, zejména A. Maťovou, na protialkoholním oddělení pražské psychiatrické kliniky u Apolináře účinný direktivní režimový systém na principu terapeutické komunity a sociálního učení, k němuž později připojil i rehabilitační středisko pro ženy v Lojovicích. (Jeho vedení převzal Skálův žák J. Heller.) Po ukončení své činnosti v oblasti alkoholologie se Skála plně věnoval psychoterapeutickému výcviku a organizaci v oblasti psychoterapie. Spolu s Růžičkou a několika dalšími spolupracovníky založil nynější Pražský psychoterapeutický institut.

Předchůdcem tohoto institutu byl již od r. 1979 Kabinet pro vzdělávání v psychoterapii při pražské psychiatrické klinice, který vydával po vzoru edice Linky důvěry v psychiatrické léčebně v Kosmonosích (Z. Eis) cyklostylované Psychoterapeutické sešity. Skála s Růžičkou také od r. 1991 zavedli kromě zážitkových výcviků v již zmiňovaném systému SUR bohatě navštěvované výukové přednáškové programy, které nazvali „Pražská psychoterapeutická fakulta“. Vydali již 6 sborníků z přednesených přednášek (1992–1999) a pořádají i vlastní skupinové výcviky. Skála vydal též monografii „Psychoterapie v medicínské praxi“ (1989, se spoluautory Eisem, Hortem, Mrázkem, Příhodou, Růžičkou, Trapkovou a Vymětalem).

Povšimneme si nyní současných pražských pracovišť, která jsou přímo profilována jako psychoterapeutická, a pak některých osob, které se staly v oblasti psychoterapie známými.

Nejstarším existujícím psychoterapeutickým pracovištěm je Denní sanatorium pro neurózy na Horní Palatě, které po emigraci F. Knoblocha vedl od r. 1968 v těsné spolupráci s H. Junovou až do své předčasné smrti v r. 1991 Z. Mrázek, skromný, zodpovědný, svědomitý, citlivý a oblíbený psychiatr. V r. 1993 převzal řízení psycholog O. Matoušek, autor monografií „Kontexty neuróz“ (1986), „Rodina jako instituce a vztahová síť“ (1994), „Ústavní péče“ (1995) a popularizační publikace „Potřebujete psychoterapii?“ (1995) určené pacientům. V roce 1997 přešel Matoušek na katedru sociální práce FF UK a vedení Horní Palaty převzal nejprve J. Šavlík a od roku 1999 H. Forman. Provádí se zde každodenní systematická skupinová psychoterapie neuróz, začleněná do širšího programu skupinových aktivit, kterého se pacienti účastní denně od 8.30 do 15 hodin a pak odcházejí domů. Základní pojetí odpovídalo dynamické psychoterapii. Tradičně se využívá mj. psychodrama, psychogymnastika a projektivní arteterapie. Ke kmenovým, publikačně činným pracovníkům patří zejména H. Prašková (popularizační práce společně s J. Praškem).

K sanatoriu Horní Palata patřila až do r. 1991 rehabilitační odbočka pro neurózy umístěná v adaptovaném zámečku v Lobči u Mělníka, kterou založil v r. 1954 Knobloch a která byla během své existence modelovým psychoterapeutickým zařízením s terapeutickou komunitou. Vedle Z. Mrázka přispěla po Knoblochově emigraci k věhlasu Horní Palaty a Lobče H. Junová, která byla kmenovou pracovnící obou zařízení po 30 let (1960–1990). Stala se známou mj. jako spolutvůrkyně psychogymnastiky, kterou spolu s dalšími neverbálními metodami terapeuticky využívala, tvořivě rozvíjela a také vyučovala v mnoha psychoterapeutických kurzech u nás i v zahraničí. Od r. 1980 zároveň vyučovala externě na katedře psychologie UK v Praze, kam v r. 1990 přešla učit psychoterapii na celý úvazek.

V současnosti se pět ze sedmi psychoterapeutů včetně vedoucího hlásí k psychoanalytické orientaci. Kromě denních stacionárních programů v uzavřených skupinách po 7–10 pacientech na dobu 7 týdnů se vytvářejí i dlouhodobé uzavřené psycho-

analyticky orientované ambulantní skupiny, které se scházejí jednou týdně po dobu jednoho roku i déle.

Denní psychiatrické sanatorium „Ondřejov“, řízené M. Jarolímkem, nabízí poměrně široký repertoár psychoterapeutických služeb individuálních i skupinových. Na rozdíl od Horní Palaty pracuje více s ambulantními skupinami pacientů psychotických. Má oddělení pro psychotiky, neurotiky i pacienty se závislostí na alkoholu. V roce 2003 založil Jarolímek i ambulantní psychosomatickou kliniku v Praze-Břevnově.

Podobná je i nestátní ambulantní psychoterapeutická a psychosomatická klinika ESET, umístěná ve dvou samostatných budovách v pražské čtvrti Háje. Jednu část řídí J. Růžička, druhou O. Pěč. Interní pracovní týmy s řadou externistů zde zajišťují individuální konzultace i dlouhodobé psychoterapeutické vedení, skupinovou psychoterapii pro pacienty neurotické, psychosomatické a pro pacienty psychotické, kteří zde mají svůj klub. Nabízejí se tady i různé psychoterapeutické konzultace specializované, např. pro pacienty s onkologickým onemocněním. Nověji přibyl i stacionář pro děti a rodiny, provádí se rodinná terapie. Část činnosti je věnována výuce. V prostorách Esetu se koná řada seminářů, výcviků a supervizí.

J. Růžička se kromě praktické činnosti v Esetu aktivně podílí na přípravě výukových programů „Pražské psychoterapeutické fakulty“ a na publikaci jejích materiálů (sborníky Psychoterapie I–VI spolu se Skálou). V roce 2001 založil spolu se Skálou soukromou Pražskou vysokou školu psychosociálních studií s akreditovaným bakalářským programem, která má v Esetu svou základnu. S Čálkem teoreticky rozvíjí daseinsanalytický přístup.

S Esetem dlouhodobě spolupracuje psychoanalytik J. Poněšický z psychoterapeutické kliniky v Bergghieshübelu, který napsal několik monografií, zahrnujících problematiku neuróz, psychosomatických onemocnění, ženství a mužství, násilí a psychoanalytické psychoterapie (2003, 2004, 2005).

Psychoterapeutické středisko Břehová poskytuje v ambulanci a stacionáři individuální, skupinovou a rodinnou terapii zejména pacientům s neurotickými, osobnostními a psychosomatickými poruchami. Tým pracovníků vedených K. Koblicem vychází z psychoanalýzy a dynamických směrů (V. Burianek, M. Dejdar, R. Hronová, P. Junek, H. Klímová, G. Langošová aj.) a uvádí k nám skupinovou analýzu v pojetí S. H. Foulkese. M. Henková však zde může souběžně provádět skupinová sezení s transakčně analytickou orientací. O. Bejstová pracuje hlavně s dětmi a využívá i rodinnou terapii. Středisko nabízí i vzdělávací a výukové programy a organizuje balintovské skupiny.

Krizové centrum RIAPS, které dříve patřilo pod pražskou záchrannou službu a bylo řízeno nejprve M. Vančurou a pak P. Konopáskem, funguje od roku 2000 jako součást Studentského zdravotnického ústavu pro vysokoškoláky pod vedením G. Šivíkové. Centrum provozuje také linku důvěry a má několik lůžek, na která mohou být krátkodobě přijati klienti, jejichž krizová situace nebo psychický stav to vyžaduje.

V Riapsu pracovali řadu let Z. Rieger a H. Vyhnálková, kteří zde vytvořili techniku „Ostrov rodiny“ (1996) pro využití při práci s rodinami i ve výuce terapeutů. Účastníci mají symbolicky znázorňovat svou rodinu v prostoru, který si v místnosti vymezí prádelní šňůrou. Technika umožňuje postihnout charakteristiky hranic uvnitř i vně, koalice i izolovanost člena.

Pozornost se věnuje i možné roli psů apod. Ostrov rodiny lze též namalovat. Po reorganizaci RIAPSu přešli Rieger a Vyháňková do poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, nověji se však Rieger na pracoviště opět vrátil. Vydal monografii o skupinové terapii pod názvem „Loď skupiny“ (1999).

Někteří kliničtí psychologové s dlouholetou psychoterapeutickou praxí odešli po pádu totalitního režimu učit na plný úvazek na univerzity. Tak H. Junová, dlouholetá kmenová pracovnice týmu Horní Palaty a Lobče, přešla v r. 1990 na katedru psychologie, kde do r. 1996 přednášela psychoterapii. Do výuky psychoterapie se tam zapojila také O. Marlinová, vyškolená v USA v sullivanovské interpersonální psychoterapii, která se vrátila do Prahy z emigrace, dále A. Šimek z Pardubic, V. Junková a J. Šípek, který přešel z Psychiatrického centra v Praze. J. Vymětal odešel z klinické praxe přednášet psychoterapii a lékařskou psychologii medikům na 1. lékařské fakultě. Vydal pro ně učebnici „Lékařská psychologie“ (2003) a učebnice kolektivu autorů „Obecná psychoterapie“ (2004) a „Speciální psychoterapie“ (2000). Na 2. lékařské fakultě UK učí psychoterapii J. Kocourková, psychologii M. Šebek, lékařskou etiku P. Příhoda. V totalitním období se tam psychoterapie vyučovala v rámci výuky psychiatrie (V. Hort). Na 3. lékařské fakultě učí psychoterapii K. Balcar, K. Durecová a K. Humhal.

R. Honzák se mnoho let zabývá praktickou psychoterapií u psychosomatických a somatických pacientů (mj. odkázaných na umělou ledvinu) v Thomayerově nemocnici v Krči a přednáší na 1. lékařské fakultě. V období 1995–1996 byl předsedou Společnosti pro psychoterapii a rodinnou terapii. Popularizuje poznatky jak mezi lékaři, např. knihami „Komunikační pasti v medicíně“ (1997) a „Deprese“ (1999), tak mezi laickou veřejností, např. publikacemi „I v nemoci si buď přítelem“ (1989), „Strach, tréma, úzkost a jak je zvládnout“ (1995) a spolu s V. Novotnou „Jak se dobře cítit mezi lidmi“ (1999).

J. Ženatý, psychoanalyticky orientovaný psychoterapeut, se stal vedoucím kabinetu psychologie v Institutu pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků (IPVZ), kde spolu s dětskou klinickou psycholožkou D. Krejčířovou školí a zkoušejí zájemce z řad psychologů o absolvování závěrečné zkoušky ze specializační průpravy pro práci ve zdravotnictví. O zřízení kabinetu v rámci ILFu, předchůdce nynějšího IPVZ, a vypracování systému postgraduální výuky klinických psychologů se významně zasloužil jeho předchozí vedoucí J. Langmeier s tehdejšími spolupracovníky P. Říčanem a K. Balcarem.

K. Balcar se intenzivně věnoval výuce v oblasti psychoterapie s eklektickým zaměřením jednak v rámci již zmíněného kabinetu psychologie ILF, dále na katedře psychologie i na 3. lékařské fakultě. Vedl kurzy v technikách hypnózy, klasické i ericksonovské, Gestalt terapie, racionální a kognitivní terapie, behaviorální terapie a logoterapie. Je autorem pro psychoterapeuty velmi užitečného „Úvodu do studia psychologie osobnosti“ (1983, 1991) a má hlavní podíl na sepsání kolektivní učebnice „Dětská psychoterapie“ (Langmeier, Balcar, Špitz 1989, 2000). Kapitulu o psychoterapii zpracoval i do učebnice „Dětská klinická psychologie“ (Říčan, Krejčířová a kol. 1995).

J. Beran učil řadu let psychoterapii na katedře psychiatrie ILF (nyní IPVZ) v Praze, zabýval se výzkumem psychoterapie a školí v psychoterapeutickém přístupu k pacien-

tům ve speciálních kurzech praktické lékařské. V letech 1992 a 1996 vydal příručku, nově rozšířenou s názvem „Základy psychoterapie pro lékaře“ (2000). Je přednostou psychiatrické kliniky v Plzni.

J. Kožnar, dříve odborný pracovník Výzkumného ústavu psychologie a psychopatologie dítěte v Bratislavě a pak Sexuologického ústavu v Minneapolisu, získal bohaté zkušenosti se skupinovou psychoterapií a skupinovými výcviky. Provedl v několika výcvikových komunitách systematický výzkum procesu i účinku různých forem výcvikových soustředění. Poznatky zpracoval ve skriptech „Výcvik ve skupinové psychoterapii“ (1982) a „Skupinová dynamika, teorie a výzkum“ (1992). V současné době pracuje na sexuologickém oddělení psychiatrické léčebny v Praze-Bohnicích a přednáší na pedagogické fakultě UK. Je předsedou České psychoterapeutické společnosti.

J. Praško v Psychiatrickém centru v Praze-Bohnicích (dříve Výzkumný ústav psychiatrický) zpracoval se spolupracovníky příručku pro kognitivně behaviorální terapii depresí, agorafobií, panické poruchy a sociálních fobií i k nácviku asertivity. Napsal mj. obsáhlou monografii „Úzkostné poruchy“ (2005) a kapitoly o psychoterapii do příručky „Postupy v léčbě psychických poruch“ (Seifertová, Höschl, Praško 2004). V současné době je prezidentem Společnosti pro kognitivně-behaviorální terapii. J. Šípek se podílel na zpracování příručky asertivity a terapie panické poruchy a zabývá se koncepcí integrace (1993). C. Škoda metodologicky řídil v letech 1976–1985 promyšlené výzkumy skupinové psychoterapie neuróz, kdy srovnával účinnost tří různých forem léčení (lůžkové oddělení, denní klinika a docházková klinika) a odlišné doby léčby. Výzkumy se uskutečnily na brněnské psychiatrické klinice (Škoda, Baudiš, Bouchal, Tomášek aj. 1981, 1987).

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) zřídil v roce 1997 subkatedru psychoterapie, jejíž vedení převzal V. Mikota ve spolupráci s J. Kocourkovou. Oba zkušení psychoterapeuti (mj. s výcvikem a praxí v psychoanalýze) podávají nyní (ve spolupráci se zástupci Psychiatrické společnosti, České psychoterapeutické společnosti a Asociace klinických a zdravotnických psychologů Čech, Moravy a Slezska), na základě předložených dokladů o výcviku a praxi a provedených osobních pohovorů nebo zkoušky, návrhy na vydání *osvědčení o funkční specializaci v psychoterapii* ve zdravotnictví.

Psychoterapií psychóz se v Praze systematicky zabývala E. Syřišťová. Nejprve získala praktické zkušenosti v psychiatrické léčebně v Bohnicích, pak přednášela mnoho let na katedře psychologie v Praze a současně dále dlouhodobě vedla některé schizofrenní pacienty. Publikovala mj. odborné práce „Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy“ (1973), kolektivní dílo „Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením“ (1989) a zpracovala kapitoly o psychoterapii psychóz v učebnici „Psychoterapia a reedukácia“ (Kondáš, Kratochvíl, Syřišťová 1989) včetně řady dalších kapitol. Citlivé prožívání schizofrenních pacientů v souvislosti s jejich životními osudy zpracovala v unikátních popularizačních knížkách „Imaginární svět“ (1974) a „Puklý čas“ (1991, 2005).

K psychoterapii psychóz přispěl též K. Kalina knížkou „Jak žít s psychózou“ (1987, 2001), ve které využil své zkušenosti z několikaletého vedení skupinové psychoterapie.



pie v podmínkách denního stacionáře (denního socioterapeutického sanatoria) při psychiatrické klinice v Praze. Do oblasti psychoterapie psychóz významně zasáhli také D. Kocábová (1996) v psychiatrické léčebně v Kosmonosích (podílela se mj. na výcviku terapeutů pracujících s psychózami), L. Horák v Dobřanech, O. Pěch v Praze a P. Suchomel v Havlíčkově Brodě.

Na psychoterapii závislosti na alkoholu se kromě J. Skály specializovali J. Heller (1996), vedoucí rehabilitačního oddělení pro ženy v Lojovicích (nyní přesunutého do Prahy), a K. Nešpor, primář protialkoholního oddělení v psychiatrické léčebně v Bohnicích, který připravil s L. Csémym příručku o léčbě závislostí (1996) a řadu publikací zdravotně výchovných, z nichž jedna se týká i patologického hráčství („Hazardní hra jako nemoc“, 1994). Mezi dalšími jmenujme P. Popova, současného vedoucího protialkoholního oddělení „u Apolináře“, K. Hampla, současného předsedu sekce pro alkoholismus a toxikomanie, M. Frouzovou, V. Pohla z ambulance pro alkoholismus a toxikomanie, a J. Vodňanskou, která se zaměřuje na mladistvé, provádí rodinnou terapii a je zároveň významným českým expertem na muzikoterapii. Nověji se věnuje i biosyntéze, práci s tělem a dalším neverbálním technikám a vede komunitní výcviky.

Speciálně na práci s toxikomany se orientovali J. Presl (1995) a I. Douda v centru Drop-in a M. Těmínová (1997) v K-centru. V občanském sdružení „Sananim“ působí jako lékařský ředitel a psychoterapeut K. Kalina. K-centrum zřídilo též komunitu s dlouhodobým pobytem pro toxikomany po detoxikační léčbě v Němčicích u Volyně.

Psychoterapií dětí a jejich rodičů se zabývají na psychiatrické klinice v Praze P. Hellerová a D. Janotová, v IPVZ E. Malá a na dětské psychiatrické klinice v Motole V. Hort, J. Koutek a J. Kocourková, která napsala kapitolu o dětské psychoterapii do učebnice „Dětská a adolescentní psychiatrie“ (2001). Nedávno zemřel J. Špitz rozvíjel v Motole v rodinném centru spolu s Š. Gjuríčovou rodinnou a systemickou terapii. Gjuríčová v této oblasti dále pracuje s L. Brodovou a provádí výcviky. K dalším dětským psychoterapeutům patří M. Vyhnálek, který pracoval s dětmi somaticky nemocnými i s jejich rodiči a využívá také hypnózu. Nyní má soukromou praxi a přednáší na FTVS. O rozvoj psychoterapie dětí mají zásluhy J. Langmeier, Z. Matějček a J. Šturma.

Uvedme ještě některé další využívání psychoterapie u speciálních poruch nebo oblastí. Psychoterapií poruch příjmu potravy se na psychiatrické klinice s různým zaměřením zabývají D. Krch (2002, 2005) a H. Papežová (2000), v Dětské fakultní nemocnici v Motole J. Kocourková (1997), s obézními klienty systematicky pracuje kognitivně behaviorálními metodami I. Málková (1991). Sexuálními deviacemi i dysfunkcemi se v Sexuologickém ústavu psychoterapeuticky zabývá P. Weiss (před ním to byli I. Šípová a S. Hubálek) a pro hospitalizované sexuální devianty-delikventy provádí náročný skupinově terapeutický komunitní program S. Bricheín v psychiatrické léčebně v Bohnicích. Mimo Prahu řídí podobný program J. Zimanová v Horních Beřkovicích.

Specializované oddělení v psychiatrické léčebně v Horních Beřkovicích bylo u nás prvním pracovištěm se systematickou skupinovou a komunitní léčbou pro sexuální delikventy. Na jeho činnosti se řadu let postupně významně podíleli S. Hubálek a P. Weiss.

S psychoterapií v gynekologii a porodnictví získali zkušenost M. Pečená a P. Čepický v Ústavu pro péči o matku a dítě. Psychoterapii u psychosomatických pacientů prosazují J. Šavlík (1984), R. Honzák (1985) a v monografii „Psychosomatická medicína“ (J. Baštecký, J. Šavlík a J. Šimek 1993) o ní píšou zejména Černý, Šavlík, Šimek a Špitz. O psychoterapii hraničních stavů píše ve své monografii „Hraniční stavy v psychiatrii“ Z. Boleloucký (1993). V oblasti onkologie zpracovaly své zkušenosti O. Dostálová v knížce „Psychoterapeutický přístup k onkologickým nemocným“ (1986) a L. Haškovcová v knížce „Spoutaný život“ (1985). Pozornost věnují této oblasti také Baštecký, Honzák, Chovancová aj. Problematikou vážně nemocných pacientů a psychoterapeutického přístupu k nim se též zabývá J. Křivohlavý (1985, 1989), který se věnuje též psychologii zdraví (2001). Ve všeobecném lékařství využívají někteří praktičtí lékaři poznatků o psychoterapeutickém přístupu k nemocným, získaných v kurzech ILFu (IPVZ) nejen ve vlastní praxi, ale i v aktivním podílu na školení dalších lékařů (Z. Vlačíhová).

Upozorníme ještě na některá významná *pracoviště mimopražská*. V Pardubicích rozvíjel prakticky i výukově individuální a skupinovou psychoterapii A. Šimek (1945–2005), zakladatel velmi aktivního Východočeského institutu psychoterapie. Pořádal mj. pravidelně regionální psychoterapeutické semináře, na které zval významné psychoterapeuty celé ČR, vedl komunitní výcviky i balintovské supervizní skupiny. Řadu let vyučoval psychoterapii na katedře psychologie FF UK v Praze. V Náchodě se mnoho let obětavě věnuje psychoterapii A. Tichá, v Liberci T. Bečvářová, v Kosmonosích rozvinul psychoterapeutickou první pomoc na lince důvěry Z. Eis, který své zkušenosti také literárně zpracoval („Volejte linku důvěry“, 1990). V Liberci pracují V. Chvála a L. Trapková ve Středisku komplexní terapie s časovou osou a všímají si analogií sociálního vývoje jedince s jeho vývojem nitroděložním. Zavedli pojem „sociální děloha“ (1995). Četné zkušenosti shrnuli v monografii „Rodinná terapie psychosomatických poruch“ (Trapková, Chvála 2003). Značnou pozornost věnují poruchám příjmu potravy (1998). V Litoměřicích využívají P. Hájek a I. Hájková terapeuticky hypnózu. Intenzivní komunitní psychoterapeutická péče funguje v protialkoholní léčebně v Červeném Dvoře u Českého Krumlova. V posledních letech se rozvíjí systematická integrativně orientovaná individuální i skupinová práce na psychiatrické klinice v Plzni pod vedením J. Berana (1992, 2000).

## 2.2 Morava a Slezsko

Na Moravě je vývoj psychoterapie spjat s osobností R. Konečného (1906–1981), který se v letech 1950–1964 po politicky vynuceném odchodu z katedry psychologie zabýval v psychiatrické léčebně v Brně v Černovicích a později na psychiatrické klinice v Brně různými formami psychoterapie, zejména psychoterapií racionální a kolektivní, narkogenovou abreakcí a hypnózou, dále otázkami osobností psychoterapeuta a problematikou hodnot. Později se věnoval psychoterapii dětí. Zdůraznil individualizovaný komplexní psychoterapeutický přístup. Měl značný vliv na řadu pracovníků, kteří s ním v období jeho klinické činnosti spolupracovali nebo u něho stážovali. V letech 1968–1970 byl vedoucím katedry psychologie a později pracoval na longitudinálním výzkumu vývoje dětí v psychologickém ústavu Akademie věd v Brně.

Na psychiatrické klinice v Brně dále rozvinul psychoterapeutickou práci M. Bouchal (1925–2004), který byl mnoho let vedoucím oddělení lékařské psychologie a zřídil otevřené oddělení s terapeutickou komunitou. (Po jeho odchodu do důchodu převzala vedení D. Valentová.) Zabýval se intenzivně skupinovou psychoterapií, hypnózou, autogenním tréninkem (včetně vyššího stupně) i výzkumem účinnosti různých organizačních forem skupinové psychoterapie, např. při úplné a parciální hospitalizaci (srov. Bouchal aj. 1991). S Konečným vydal učebnici „Psychologie v lékařství“ (3. vyd. 1979) a redigoval i kolektivní učebnici „Lékařská psychologie“ (1981). Na klinice pracovala řada dalších psychoterapeuticky orientovaných lékařů a psychologů, např. O. Kulísková, D. Dufková, P. Klimpl, I. Peška, H. Tichá, kteří postupně odešli do soukromé ambulantní praxe. Kulísková s Dufkovou zajišťovaly řadu let výuku mediků v lékařské psychologii s přednáškami a cvičeními v základech psychodynamické psychoterapie. Zasluhou J. Synkové měla klinika od konce šedesátých let kromě lůžkového psychoterapeutického oddělení i denní sanatorium s psychoterapeutickým programem, které však bylo nyní z ekonomických důvodů zrušeno. (Určitou dobu fungovalo i tzv. docházkové sanatorium s odpoledním programem pro pacienty, kteří chodili do práce.) Klinika má také významnou tradici v rozvíjení telefonické první pomoci (Linka naděje) a od roku 1989 i krizové centrum, kde v současnosti pracují A. Cejpková a L. Pilař.

K dalším psychiatrickým zařízením, která na Moravě vyvíjejí činnost v oblasti psychoterapie, patří psychiatrické léčebny v Brně-Černovicích, v Kroměříži, v Opavě, ve Šternberku a v Bílé Vodě. V Černovicích se stala známou zejména psychoterapie na protialkoholním oddělení (V. Šťastný, T. Kostroňová a J. Pokora, dříve též J. Novotná a I. Bartošíková) a na dalších odděleních (V. Machů aj.). V Kroměříži se systematicky využívá různých forem skupinové psychoterapie zejména na psychoterapeutickém primariátu (P. Možný, D. Hružová, S. Kratochvíl, B. Špaček, M. Sládková, řadu let I. Raška aj. a vycvičené týmy středně zdravotnických pracovníků), na protialkoholním oddělení a dalších primariátech (M. Koupil, P. Hříbňák, M. Adámková aj.). P. Možný je aktivní i ve Společnosti pro kognitivně behaviorální terapii (byl jejím prvním prezidentem), organizátor i překladatel současných základních odborných monografií této školy (např. Hawton a kol. 1995) a autor původní učebnice (Možný, Praško 1999).

V Opavě má tradici skupinová psychoterapie psychóz s využíváním různých technik, včetně psychogymnastiky a zejména psychodramatu, kterou rozvinula a v monografické práci „Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi“ (1984) popsala I. Strossová. V její práci pokračoval P. Hlavinka, nyní vedení převzal P. Taraba. Pracovníci opavského oddělení mají značné zásluhy i na výcviku terapeutů z jiných zařízení, kterým vždy umožňovali soustavné řízené stáže. Skupinová psychoterapie probíhá i na jiných odděleních (P. Vavřík, T. Plachý aj.), včetně specializovaného oddělení pro patologické hráče a toxikomany a na detašovaném pracovišti pro osoby závislé na alkoholu v Holčovicích (pod vedením L. Chvíly).

Ve Šternberku se H. Šíroky (1933–1972) systematicky zabýval individuální hlubinnou psychoterapií, zejména jungovskou, a skupinovou psychoterapií neuróz i psychóz s využitím psychodramatu a arteterapie. Přednášel též na katedře psychologie v Brně. Teprve nedávno vyšla jeho důkladná monografie o psychoanalýze (2001), kterou nebylo možno publikovat v totalitním období. V současné době se zde věnuje

psychoterapii H. Šíroky a psychoterapii dětí M. Večeřová. Psychoterapií závislostí se zabýval V. Řehan, který je nyní vedoucím katedry psychologie v Olomouci a spoluzakladatelem výukového Institutu pro integrativní psychoterapii a psychologické poradenství (IPIPAPP). Na katedře dále věnuje pozornost této problematice spolu s M. Miovským a týmem doktorandů.

V psychiatrické léčebně v Bílé Vodě se rozvíjí pod vedením ředitele P. Jeřábka mj. psychoterapie pacientů závislých na alkoholu a drogách, navíc zde vznikla samostatná malá komunita pro toxikomany po detoxikaci.

V Brně přednáší psychoterapii v Psychologickém ústavu Filozofické fakulty MU M. Svoboda, který prováděl mj. výzkum hypnózy a vydal monografii „Hypnotické chování“ (1987) a skripta „Metody sugestivní, hypnotické a imaginativní psychoterapie“ (1997). K výuce přispívala na částečný úvazek také V. Machů z psychiatrické léčebny. Na katedře psychologie Fakulty sociálních studií se I. Plaňava (1994, 2000, 2005) zabývá manželskou a rodinnou terapií i výzkumem a výcviky v této oblasti. V. Smékal je prezidentem brněnské Logoterapeutické společnosti a podporuje překlady Franklových děl. Z. Vybíral (2000) se orientuje zejména na komunikační aspekty psychoterapie. Ve svém nakladatelství Konfrontace vydává psychoterapeutický časopis a původní i překladovou literaturu z psychoterapie.

Na katedře psychologie v Olomouci učí psychoterapii z různých hledisek S. Kratochvíl, V. Řehan, A. Plháková a B. Baštecká (2001), dříve též S. Morávek. Morávek má nyní soukromou praxi v Šumperku a působí aktivně ve výcvikovém týmu IPIPAPP. Dětskou psychoterapii externě přednáší M. Večeřová a psychoterapii v manželském poradenství A. Mrázková. V oblasti psychosomatiky přispěl k problematice psychoterapie předčasně zesnulý P. Mohapl (1992).

Psychoterapie se systematicky rozvíjí i na psychiatrické klinice v Olomouci, kde pod vedením přednosty J. Boučka vypracovali „integrováný psychoterapeutický program“. Na neurotickém oddělení (M. Kryl, 2001) byl zaveden systém terapeutické komunity se třemi skupinami, z nichž dvě, dynamicky orientované, jsou určeny pro pacienty neurotické a třetí má speciální direktivnější program pro pacienty depresivní se 12 tématy kurzu „Zvládněte svou depresi“.

Denní klinika pro schizofrenní pacienty (L. Tirayová, D. Příkrylová) provádí aktivní psychoterapeutický postup vycházející z kognitivního a sociálního tréninku podle Rodera a Brennera. Zajišťuje též klub pro propuštěné pacienty. Závislostem se věnuje J. Šmolčáková, sexuálními poruchami P. Entnerová.

Četní zkušení psychoterapeuticky orientovaní psychologové a psychiatři pracují v ambulantních zařízeních, nyní už většinou privatizovaných, nebo samostatně v soukromé praxi. Z těch, kteří již získali značnou zkušenost i prestiž, uveďme např. v Brně L. Běťáka, A. Poláka, S. Riegelovou, J. Turbovou, V. Machů, V. Fišerovou, V. Nešporovou, O. Prokopa, V. Stávka a již zmiňované bývalé pracovníky psychiatrické kliniky, na Ostravsku J. Bajgera, A. Beránkovou, J. Dokoupilovou, V. Grygara, I. Kofátkovou, J. Krásnou, J. Mayzlíkovou, L. Mrkvicovou, V. Sluku, M. Turkovou, L. Cnotovou a J. Věngřínovou, v Přerově J. Rektora a jeho tým v Psychosociálním centru i H. Brundovou a M. Halovou, v Otrokovicích J. Zvoníčka a E. Dudeškovou,

v Kroměříži K. Zezulku a J. Dorazilovou, ve Valašských Kloboukách I. Rašku, v Šumperku S. Morávka.

Speciální problematice psychoterapie v gynekologii a porodnictví se v Brně věnuje mnoho let M. Bendová, která od roku 2005 řídí nově vybudovaný Ústav psychologie při Lékařské fakultě MU pro zajišťování výuky mediků v lékařské psychologii. M. Miovský se výzkumně i terapeuticky zabývá závislostí na drogách a vydává časopis Adiktologie.

O přínosu současných brněnských psychologů v oblasti jungovské a adlerovské psychoterapie, logoterapie a katatymně-imaginativní psychoterapie byla již zmínka v souvislosti s odrazem světových směrů.

## 2.3 Slovensko

O. Kondáš (1930–2002), který byl mnoho let vedoucím katedry psychologických věd v Bratislavě, rozvinul na Slovensku komplexní behaviorální přístup v psychoterapii, vycházející z teorií učení a přihlížející ke kognitivním, emočním a interpersonálním faktorům. Popsal jej v monografii „Discentná psychoterapia“ (1969, 1973). Zvláštní pozornost věnoval ovlivňování trémy a koktavosti. Postupy, zkušenosti i výsledky výzkumů zachytil v knihách „Tréma, strach zo skúšky“ (1979) a „Zajakavosť, psychologický rozbor a terapia“ (1983). Vydal též učebnici klinické psychologie (2. vyd. 1980) a má hlavní podíl na vydání učebnice „Psychoterapia a reedukácia“ (1985 a 1989). Později přednášel na univerzitě v Trnavě a spolu s Kordačovou věnoval pozornost Ellisově racionální psychoterapii a výzkumu iracionálních přesvědčení (2001).

A. Heretik přišel na katedru psychologických věd s klinickými zkušenostmi z bratislavské psychiatrické kliniky. Od roku 2002 je předsedou Slovenské psychoterapeutické společnosti. V oblasti psychoterapie se zaměřil mj. na procesorientovanou psychoterapii A. Mindella, se kterým navázal v USA pracovní kontakty. Procesorientovaná psychoterapie (POP) se na Slovensku prosazuje od roku 1990 řadou seminářů vedených zahraničními lektory. V r. 1994 zajistil Heretik na Stupavě mezinárodní seminář „worldworku“, kterého se zúčastnil i zakladatel POP A. Mindell. V r. 1995 vznikl Procesorientovaný psychoterapeutický institut, který připravil tříapůlletý výcvik. Byly přeloženy již tři Mindellovy knihy. Na katedře dále přednášejí psychoterapii z různých hledisek J. Štúrová, E. Uhrová a D. Fabian.

L. Timulák, E. Janíková, V. Hlavenka a I. Valkovič z Bratislavy a L. Dobšovič (Inštitút rozvoja osobnosti v Modre) jsou představiteli rogersovské psychoterapie. Dobšovič ve svém nakladatelství Persona vydává překlady Rogersových knih.

Významným bratislavským psychoterapeutickým zařízením s více než dvacetiletou tradicí bylo Denní sanatorium s centrem krizové intervence, vedené Z. Gešovou. Původně sídlilo v Bratislavě Dúbravce a v r. 1995 se přestěhovalo do Bratislavy Petržalky. Prováděla se zde každodenní skupinová psychoterapie a skupinové aktivity v rámci terapeutické komunity pro neurotické pacienty, pozitivní zkušenosti byly publikovány (1999). Po ekonomicky vynucených organizačních změnách odešla Gešová do ambulantní praxe.

Na psychiatrické klinice FN v Bratislavě se na psychoterapii orientuje I. Žucha, dále zejména T. Čaplová a I. Obuch. Na psychiatrické klinice SZV v Bratislavě Ružinově se věnuje psychoterapii P. Breier. Vede balintovské skupiny a od r. 1991 je předsedou Slovenské balintovské společnosti. V r. 1994 založil Denní psychiatrickou nemocnici s názvem Hestia, ve které se uskutečňuje léčení a resocializace psychiatrických pacientů, zejména psychóz. J. Vránová má vlastní denní sanatorium Spirare. Zařízení se využívá též pro výcvikové programy. V ústavu kardiovaskulárních poruch pracují psychoterapeuticky P. Nôtová a D. Selko. Psychoterapií závislostí se v Bratislavě zabývají I. Novotný, P. Šulák a D. Cymbalová, psychoterapií seniorů E. Janíková a N. Lovichová.

V nemocnici A. Pinela (dříve psychiatrické léčebně) v Pezinku je psychoterapeuticky orientován její ředitel P. Černák, který se spolu s P. Breierem aj. Haštem podílí na komunitních psychoterapeutických výcvicích podobných českému systému SUR. Vede psychoterapeutické oddělení i Slovenský institut psychodynamické psychoterapie. Každoročně organizuje v Pezinku „Dni dynamické psychoterapie“. K dalším psychoterapeuticky orientovaným pracovníkům patří L. Juráš, M. Jurášová, R. Krasulová, I. Janošková, D. Nejdlová, G. Hrková aj. Teoreticky se otázkami psychoterapie zabývali v Pezinku J. Pogády a A. Nociar (1994).

Kabinet psychologie v bratislavském SZV provádí postgraduální výuku v oblasti psychoterapie pod vedením E. Heftyové, která získala praktické zkušenosti v psychiatrické léčebně v Pezinku (dříve řídil kabinet O. Kondáš).

Centrum praktických i výukových aktivit se v posledním desetiletí v nemalé míře přeneslo z Bratislavy do Trenčína, kde působí dřívější dlouholetý předseda Slovenské psychoterapeutické společnosti J. Hašto, vedoucí psychiatrického oddělení s částí lůžkovou, ambulancí i denním stacionářem. Prostorů oddělení využívá i pro četné výcviky psychoterapeutů. Jeho přístup je eklekticko-integrativní, sám se aktivně zabývá skupinovou psychoterapií a katatymně-imaginativní terapií, vede komunitní výcviky, organizuje semináře i výcviky odborníků z různých škol (např. v psychoanalytické terapii ve spolupráci s budapeštskými analytiky J. Harmattou a G. Szönyim) a usiluje o zpřístupnění významných děl překladem do slovenštiny ve svém nakladatelství „F. Trenčín“. Sám přeložil a vydal mj. eklektickou publikaci „Na problém orientovaná psychoterapia“ A. Blasera a kol. (1994). Významné je i vydání překladu monografie P. Novalise a kol. „Klinická príručka podpornej psychoterapie“ (1999). Nověji se zabývá prakticky (Vojtová, Hašto 2005) i výukově (s D. Ralausem a A. Ševčíkovou) také technikou EMDR ve spolupráci s příslušnou evropskou společností a vydal důkladnou vlastní monografii „Vzáťahová väzba“ (2005), vycházející z koncepce J. Bowlbyho.

Intenzivní psychoterapeutická činnost se dále rozvinula v psychiatrické léčebně ve Velkém Záluží, kde M. Kabátová a A. Imříšková zavedly s týmem vycvičených středně zdravotnických pracovníků od roku 1980 na rehabilitačním oddělení skupinovou psychoterapii a skupinové aktivity v samostatných skupinách pro psychotiky, neurotiky a alkoholiky. Od r. 1994 se věnují též depresivním pacientům a gamblerům. Imříšková je předsedkyní Slovenské sexuologické společnosti.

V Liptovském Mikuláši rozvíjí M. Šlepecký kognitivně-behaviorální terapii a pořádá výcviky. Na Prednej Hore při Muráni se J. Benkovič věnuje psychoterapii závislosti. V Trnavě vznikl z iniciativy J. Stempelové při Fakultě humanistiky Institut existenciální psychologie a noo-logoterapie. Na katedře psychologie se L. Timulák intenzivně zabývá problematikou výzkumu psychoterapie. Kromě řady článků připravil do tisku důkladnou monografii „Současný výzkum psychoterapie“ (2005). Nyní přednáší na Dublinské univerzitě v Irsku.

Na psychiatrické klinice v Košicích, kde J. Kafka zastává syntetický přístup (1998), se na psychoterapii zaměřili L. Beleš a M. Kovaničová, kteří využívají hypnózu, autogenní trénink, skupinovou psychoterapii a nácviky. Zajišťují i klubové aktivity pro propuštěné pacienty. Beleš pořádá oblíbené výcviky v asertivitě.

Na psychiatrické klinice v Martině získaly H. Nagyová a M. Skaličanová-Gahérová mj. dobré zkušenosti s využitím hypnózy u neurotiků i u dermatologických pacientů. Na psychiatrickém oddělení v Banské Bystrici vede L. Nábelek jedno z prvních pracovišť zaměřených na psychoterapii patologických hráčů. V psychiatrické ambulanci v Banské Bystrici se V. Velický, M. Velická, A. Kuzniaková orientují na Gestalt terapii. V Nových Zámcích provádí psychoterapii R. Máthé, který přeložil a vydal knihu „Empatia“ B. Budy (1994) a založil vlastní nakladatelství „Psychoprof“. Vydává mj. časopis „Sexuológia“. Působí současně na katedře psychologických věd v Bratislavě. I. Valkovič původně z Galanty má mj. zásluhy na překladu Rogersových knih „Ako byť sám sebou“ (1995), „Spôsob bytia“ (1997) a „Encounterové skupiny“ (1997) a významné příručky manželské terapie od D. Freemanové (1992). Nověji přešel do Bratislavy jako vedoucí řízení poradensko-psychologických služeb. Psychoterapie se prakticky pěstuje a rozvíjí i na mnoha dalších pracovištích, např. v Michalovcích (P. Nawka), Hronovcích (K. Holly), Levicích (P. Molnár, Z. Bieliková) v Nitře (P. Csáder), Prešově (E. Čížek, M. Garbár), Rimavské Sobotě (P. Korcsog) či Kremnici (J. Cupák).

Slovenská psychoterapeutická společnost vydala seznam 275 registrovaných psychoterapeutů (Zoznam psychoterapeutov SR, 1999) s uvedením předsedů svých sedmi sekcí, k nimž patří: dynamická psychoterapie (P. Černák), Gestalt psychoterapie (R. Krasulová), Rogersova psychoterapie (E. Janíková), kognitivně behaviorální psychoterapie (M. Šlepecký), katatymně-imaginativní psychoterapie (E. Uhrová), sugestivní a nácvikové techniky (B. Čech) a rodinná a systemická psychoterapie (H. Šcibrányiová).

Slovenská komora psychologů vydala „Zoznam psychoterapeutov SKP“ (2001), ve kterém je uvedeno přibližně 100 držitelů osvědčení komory, kteří splňují její kritéria pro výkon psychoterapeutické činnosti. Část psychologů-psychoterapeutů je uvedena v obou seznamech. Komora však byla v roce 2004 zrušena.

## 2.4 Psychoterapie mimo zdravotnictví

V České i Slovenské republice se kvalifikované využívání psychoterapie uplatňovalo a uplatňuje – podobně jako jinde ve světě – i v poradenské činnosti mimo oblast zdravotnictví. Systematická psychoterapeutická práce se provádí zejména v síti manželských a předmanželských poraden, označovaných dnes častěji jako poradny

pro rodinu a mezilidské vztahy, a v poradnách pedagogicko-psychologických (dříve též v tzv. psychologických výchovných klinikách). Asociace manželských a rodinných poradců předběhla vývoj ve zdravotnictví tím, že přijala i přesná třístupňová kvalifikační kritéria pro poradenskou činnost a má své pověřené akreditované supervizory.

O psychoterapii se tradičně mluví spíše tam, kde se u pacienta objevila zdravotní porucha, a o poradenské činnosti spíše tam, kde klient prožívá nespokojenost, napětí, reálný smutek, konflikty, stresové situace nebo problémy, které k diagnostikované zdravotní poruše ještě nevedly. Formulujeme-li cíl psychoterapie nejen jako vyléčení nemoci, ale také pozitivně jako dosažení a udržení zdraví, spokojenosti a tělesné i duševní výkonnosti, můžeme k psychoterapii zařadit i práci s osobami, které netrpí chorobnými příznaky, ale mohly by účinněji a tvořivěji rozvíjet své možnosti, své sociální a partnerské vztahy a svoji osobnost. Psychoterapeutické přístupy a metody popsané v této knize k tomu mohou být účinným nástrojem.

Rozkvět psychoterapie v manželských poradnách bylo možno pozorovat od začátku sedmdesátých let. Poradny zajišťovaly semináře, školení a výcviky, ve kterých se v rolích lektorů i frekventantů prolínala účast poradenských a klinických pracovníků. Velmi aktivní byli v tomto směru manželské poradce na Slovensku, zejména v Bratislavě a v Košicích.

Zaznamenat je třeba také snahy ovlivnit psychoterapeutickými koncepcemi psychology a vychovatele v zařízeních pro mládež s poruchami chování (jejich režimy se pak někdy měnily v režimy s terapeuticko-výchovnou komunitou) a rovněž psychology a vychovatele z vězeňství. Do těchto oblastí směřovaly psychoterapeutické výcviky, na kterých se podíleli Hermochová s Urbanovou a Štúrová s Matulou, Kožnařem, Hlavenkou aj.

Zpracovat zmíněnou problematiku bude úkolem jiných publikací než této učebnice, zaměřené především na oblast zdravotnictví. Je však účelné na styčné body a prolínání poukázat. Česká psychoterapeutická společnost má ve svých řadách nemálo psychoterapeuticky orientovaných i v psychoterapii vyškolených odborníků pracujících mimo zdravotnictví. Také časopis „Konfrontace“ s podtitulem „Časopis pro psychoterapii“, vydávaný od r. 1990 Z. Vybíralem, harmonicky propojuje v redakční radě i v uveřejňovaných článcích psychoterapeuty z oblasti klinické a poradenské. Do fondu české literatury o psychoterapii významně přispěl manželský poradce K. Kopřiva svou osobně pojatou monografií „Lidský vztah jako součást profese“ (1997).

Profesionální úroveň oboru zároveň vyžaduje vymezení jasných hranic vůči laickému léčitelskému působení osob bez vysokoškolské medicínské nebo psychologické kvalifikace (Heřt a kol. 1995) a vůči působení různých náboženských kultů a sekt, využívajících psychologických prostředků k manipulaci s myšlením lidí ve směru své problematické ideologie (Hasan 1995).

# Výcvik v psychoterapii

Psychoterapii se nelze naučit jen z knih nebo přednášek. Ty mohou přinést informace, ale k praktickému provádění je potřebný praktický výcvik. Metody racionální, hypnotické a tréninkové psychoterapie a do jisté míry i empatické psychoterapie je možno zvládnout pomocí systematických cvičení pod vedením terapeuta, který je ovládá. Interpersonální, dynamicky orientovaná psychoterapie však navíc vyžaduje, aby se terapeut také vyznal ve svých vlastních postojích, motivacích a reakcích, aby dokázal pracovat s tím, co si do něj pacient promítá, a aby rozuměl tomu, co si sám promítá do pacienta. K tomu je potřebný výcvik formou zážitku na sobě. Skupinové formy dynamické psychoterapie vyžadují i porozumění skupinovému procesům. Jako nejúčelnější se proto jeví účast na skutečné psychoterapii v roli pacienta v terapeutické skupině nebo účast ve výcvikové skupině, která se řídí podobnými principy jako skupina terapeutická. Na takový zážitek by pak měla navázat vlastní práce začínajícího terapeuta pod supervizí terapeuta zkušeného.

Značný význam nabyly *výcvikové skupiny a výcvikové komunity*, které se vytvářejí ze zájemců o psychoterapeutickou činnost. U nás se začaly takové skupiny organizovat od r. 1967 v rámci psychoterapeutické komise.

V letech 1967 a 1968 se uskutečnil týdenní praktický zážitkový výcvik v dynamické skupinové terapii s využitím systému lobečské komunity, zahájený Knoblochem, který pak pokračoval pod vedením Mrázka, Junové a Břicháčkové dalších 8 let. V roce 1968 také zahájila činnost první zážitkově orientovaná výcviková komunita se třemi skupinami, organizovaná týmem Skála, Urban a Rubeš. Komunity řízené tímto týmem se postupně rozrostly. Každý z organizátorů pak střídavě zahajoval vlastní komunitu s dvojicí pečlivě vybraných lektorů („rodičů“) pro každou ze tří skupin. Postupně se ustálil charakteristický systém práce.

Po provedení výběru účastníků se komunita schází zpravidla jednou ročně k týdennímu soustředění. Během něho probíhá denně několik skupinových sezení, v nichž účastníci hovoří o významných vztazích ve svém minulém i současném životě i o vztazích, které se vytvářejí ve skupině. Do programu se včleňují speciální skupinové techniky, z nichž část probíhá na sezeních celé komunity. Jednotlivé skupiny se mimoto scházejí několikrát do roka samostatně o víkendech. Obvyklé trvání výcviku při tomto uspořádání je 5 let.

Do roku 1997 bylo ukončeno 20 takových výcvikových komunit s celkovým počtem přes 500 členů. O tuto formu výcviku je značný zájem, čekací doba bývala i několik let. Uvedený výcvikový systém komunit označují jeho členové podle hlavních organizátorů jako SUR (Skála, Urban, Rubeš). Některé další výcvikové komunity nebo skupiny vznikly mimo rámec tohoto systému, např. výcvikové komunity pro pracovníky s obtížně vychovatelnou mládeží vedené J. Štúrovou, M. Danešovou a J. Kožnarem, skupina V. Břicháčkové, skupiny T. Bečvářové, A. Tiché a B. Bacíkové pro výcvik středně zdravotnických pracovníků a skupiny i komunity pro manželské poradce (Plaňava, Kožnar aj.). Komunitní výcvik nabízely také některé nově vzniklé instituty psychoterapie, jako Institut pro integrativní psychoterapii a psychologické poradenství (IPIPAPP) se sídlem v Olomouci. Někdy se zavádějí až dvě komunitní soustředění do roka (např. jedno celotýdenní, jedno víkendové) a celková doba se zkracuje na 4 nebo 3 roky. Počet výcvikových hodin se v komunitách pohybuje celkem mezi 300 až 500 hodinami. Dlouhodobé komunitní výcviky postupně postupně zavedly i instituty reprezentující jednotlivé významné psychoterapeutické směry.

Kromě několikaletých komunitních výcviků existuje v současné době bohatá nabídka školení s různým speciálním zaměřením. Tradici v tomto směru mají týdenní praktické výcviky v technikách hypnózy, od r. 1970 každoročně pořádané sekce pro hypnózu (dvakrát úvodní a jednou pokračovací) v psychiatrické léčebně v Kroměříži. Úvodními kurzy prošlo do r. 2004 více než 1300 a pokračovacími asi 400 lékařů a klinických psychologů. Speciální instituty zpravidla inzerují krátké kurzy (ale někdy i víceleté výcviky) svého speciálního směru nebo technik (Gestalt, rogersovská terapie, logoterapie, rodinná a systemická terapie, katatymně-imaginativní terapie, ericksonovská psychoterapie, satiterapie, kognitivně behaviorální terapie, transakční analýza aj.). Eklekticky orientované instituty (IPIPAPP, Východočeský institut psychoterapie) i pražský VIAP a ESET nabízejí dílčí kurzy odborníků s různým zaměřením, ze kterých se může vytvářet mozaika pro eklektickou praxi v psychoterapii.

Podle požadavků Evropské společnosti pro psychoterapii a její tzv. štrasburské deklarace z r. 1990 se pro odbornou kvalifikaci psychoterapeuta vyžaduje výcvik v rozsahu nejméně 500 hodin v některém ze základních směrů psychoterapie. Mezi současnými vedoucími představiteli naší psychoterapie zatím není shoda v tom, zda pro přiznání kvalifikace by měl frekventant povinnost absolvovat úplný, obvykle několikaletý akreditovaný výcvik garantovaný představiteli některého jednostranného směru (což pochopitelně požadují představitelé „čistých směrů“) a nebo zda může být zaměřen výcvik od začátku eklektické či integrativní.

Eklektická a integrativní psychoterapie není dalším novým „směrem“ s vlastním svérázným školicím programem, který by měl stát „vedle“ jednostranných směrů. Její představitelé doporučují, aby se kandidáti odborné systematické psychoterapie seznamovali s různými přístupy a technikami a ty se pak učili vhodně kombinovat podle specifických potřeb jednotlivých případů a stadia psychoterapie a zároveň využívat těch účinných faktorů, které jsou všem směrům společné. Z tohoto pohledu se v rámci požadavku na celkový počet výcvikových hodin mohou výcvikové hodiny z různých psychoterapeutických přístupů počítat.



Autor, stejně jako Norcross a Goldfried (1992), Grawe (1994) a jiní významní představitelé eklektické a integrativní psychoterapie se rozhodně staví proti požadavku, že by současný adept na kvalifikaci odborného psychoterapeuta musel být napřed ve výcviku plně indoktrinován některým z „čistých směrů“ a teprve pak se směl začít z jeho objetí uvolňovat.

Kromě výcviku hraje v přípravě kvalifikovaných psychoterapeutů důležitou roli *supervize*, tj. provádění psychoterapie pod dohledem zkušeného psychoterapeuta či týmu (např. za jednosměrným zrcadlem), nebo průběžné konzultování případu či skupinového dění s určeným supervizorem. Formu supervizních konzultací mají důkladně rozpracovanou psychoanalytici (srv. např. Ekstein a Wallerstein 1993). Podle mezinárodně uznaných pravidel mají supervizi zavedenou psychoanalytici i u nás (Šebek 1995). U ostatních směrů se u nás pravidla pro supervizi teprve tvoří.<sup>14</sup>

Nebyli dosud určeni akreditovaní supervizoři<sup>15</sup> ani nebyl přijat systém jejich honorování (Eis 1995). Efektivně se zatím využívá forma tzv. balintovských skupin.

Balintovské skupiny byly zavedeny na londýnské tavitocké klinice Michalem Balintem (1961, 1999), psychoanalytikem maďarského původu. Na balintovské sezení přináší účastníci problémové případy ze své praxe, které se kolektivně posuzují. Na rozdíl od běžných kazuistických seminářů však není v popředí diskuse samotný problémový pacient, ale vztah terapeuta k tomuto pacientovi, zejména jeho emoční a motivační složky včetně různých přenosových a protipřenosových mechanismů, které mohou ovlivňovat léčbu. Terapeut se učí lépe porozumět pacientovi bez zkreslení rušivými vlivy vlastních projekcí.

Klasická balintovská skupina se skládá ze 7–9 účastníků a jednoho nebo dvou vedoucích. Schází se jednou týdně na dvě hodiny po dobu dvou i více let. Na začátku každého sezení přednese jeden z účastníků svůj případ, o kterém se pak diskutuje. Diskuse začíná obvykle dotazy směřujícími k hlubšímu objasnění případu, aby si účastníci mohli udělat jasnou představu o pacientovi a jeho problémech i o těžkostech referujícího při práci s ním. Účastníci pak sdělují své komentáře a dojmy („fantazie“) k případu i k terapeutovi, ovlivněné jejich zkušenostmi, osobními vlastnostmi a postoji. Vedoucí usměrňuje diskusi tak, aby se do popředí dostal vztah terapeuta k pacientovi a problémy v tomto vztahu. To odlišuje balintovskou skupinu od kazuistického semináře, který by zůstal u posuzování pacienta a jeho léčby, i od psychoterapeutické výcvikové skupiny, která by se naopak hlouběji zaměřila na osobní problémy účastníků a pacienta ponechala stranou.

Supervizi formou balintovských skupin zajišťoval již od roku 1980 Pražský psychoterapeutický institut zásluhou J. Skály a J. Růžičky, a to jednak formou víkendovou dvakrát ročně pro mimopražské zájemce (později též ve Východočeském institutu psychoterapie A. Šimka v Pardubicích), jednak intenzivní formou s frekvencí 4–6 skupinových sezení měsíčně pro účastníky z Prahy. Na vedení skupin se podíleli zejména Burianek, Eis, Hašto, Heller, Koblic, Kocábová, Kožnar, Růžička, Skála, Šimek, Trapková a Vymětal.

14 Podle současné představy výboru Společnosti pro psychoterapii a rodinnou terapii by měla supervize zahrnovat 150 psychoterapeutických sezení vedených adeptem, přičemž v rámci jednoho setkání se supervizorem by se mohlo probírat až 5 sezení najednou.

15 Nejdále je v tom zatím Asociace manželských a rodinných poradců, která již své supervizoři akredituje a jejich pověřením projednává na svých valných hromadách.

Balintovské skupiny mohou být výhodnou doškolovací a supervizní formou výcviku po absolvování výcvikových komunit, mohou však také sloužit jako forma uvedení do psychoterapeutického přístupu k nemocným pro praktické lékaře a lékaře různých somatických oborů, jak to koncipoval sám Balint. Toho se využívá i v kurzech pořádaných IPVZ pro praktické lékaře (J. Beran, Z. Vlačihová).

Diskuse zaměřené na emoční reakce terapeutů vůči pacientům jsou i obvyklou součástí doškolování v terapeutických týmech v různých psychoterapeuticky orientovaných zařízeních. Zařazují se např. bezprostředně po skončení skupinových sezení s pacienty a umožňují včas rozlišit, co je problémem pacienta a co je problémem terapeuta.

Na Slovensku zajišťuje výuku, výcvik i supervizi formou balintovských skupin Slovenská balintovská společnost, jejímž předsedou je P. Breier. Slovenská psychoterapeutická společnost (předseda J. Hašto) uveřejnila již i seznam svých členů, kteří splnili podmínky pro odbornou kvalifikaci v oboru psychoterapie (1999). Seznam psychoterapeutů uveřejnila i Slovenská komora psychologů (2001), ve které splnění kritérií pro vydání osvědčení ověřovala předsedkyně psychoterapeutické sekce A. Dobrovodová z Prievdize. Pokud jde o psychology, oba seznamy se částečně překrývají.

V České republice byla přijata pro zdravotnictví koncepce nástavbové *funkční specializace* v psychoterapii pro atestované psychiatry a klinické psychology. Osvědčení lze získat od IPVZ na základě předložených dokladů o výcviku v akreditovaných výcvikových programech a zkoušky na subkatedře psychoterapie IPVZ (po předložení důkladné kazuistiky). Zájemci z řad atestovaných lékařů jiných oborů se musí navíc podrobit zkoušce z psychiatrie. Česká psychoterapeutická společnost vydala „*Seznam psychoterapeutů v České republice*“ v roce 2002. Seznam absolventů kurzů hypnózy, kteří jsou ochotni poskytovat ambulantně hypnoterapii, je uveřejněn na [www.psycholog.coolnet.cz/hypnoterapeute](http://www.psycholog.coolnet.cz/hypnoterapeute).

Akreditace výcvikových programů pro zdravotnictví provádí komise složená ze zástupců subkatedry psychoterapie IPVZ, České psychoterapeutické společnosti, Psychiatrické společnosti ČLS a Asociace klinických psychologů Čech, Moravy a Slezska. V roce 2004 byla časově omezená akreditace udělena komplexním vzdělávacím programům celkem 26 institutů (Zpráva České psychoterapeutické společnosti č. 52, červen 2004). Analogické výcvikové programy probíhají i pro pracovníky mimo oblast zdravotnictví. Například pro speciální pedagogy, psychology a další zaměstnance v resortu školství provádí J. Lakomá dlouhodobé sebezkušenostní výcviky s integrativním zaměřením, akreditované Ministerstvem školství ČR.

K otázce výcviku a supervize z psychoanalytického pohledu je k dispozici slovenský překlad obsáhlé monografie amerických analytiků Eksteina a Wallersteina „*Výučba a výcvik v psychoterapii*“ (1993). K výcviku ve skupinové terapii vydal J. Kožnar skriptu „*Výcvik ve skupinové psychoterapii*“ (1982). Diskuse k současnému stavu a perspektivě supervize v různých směrech u nás je živě zachycena ve sborníku redigovaném Z. Eisem pod názvem „*Supervize*“ (1995) a je jí věnováno obsáhlé mimořádné číslo časopisu *Konfrontace* (2005, č. 1). Anglické poznatky obsahuje překlad knihy P. Hawkins, R. Shonet „*Supervize v pomáhajících profesích*“ (2004), české zkušenosti přináší monografie redigovaná A. Šimkem „*Supervize – kazuistiky*“ (2004).

# Syntetický a diferencovaný přístup

Je jen málo uznaných pravd, které procházejí neotřeseny všemi probranými metodickými přístupy a směry. Vidí-li jeden ze směrů příčiny poruchy v neuspokojení pudových tendencí, druhý je vidí v nedostatku vyšších cílů. Zdůrazňuje-li jeden nutnost co nejrychleji zbavit pacienta patologických příznaků, považuje to druhý pro psychoterapeutický proces za škodlivé. Klade-li jeden důraz na aktivní, cílevědomé řízení psychoterapeutického procesu, doporučuje druhý do něho vůbec nezasahovat. Psychoterapeut má možnost se buď přiklonit k některému z aktuálních psychoterapeutických směrů, osvojit si jeho terminologii, specializovat se na jeho metodu a být v něm sebejistým a uznaným odborníkem, nebo má možnost se seznamovat se všemi směry, vybírat si a kombinovat, zkoušet různé psychoterapeutické metody a pokusit se posléze dojít k vlastní syntéze a integraci. I když v teorii zatím nelze uspokojivě syntetizovat všechny různorodé koncepce pro protikladnost některých tezí, je možno je prakticky používat podle individuality jednotlivého případu – diferencovaně.

Osobně je nám blízké komplexní syntetické stanovisko, které jsme pro oblast psychoterapie neuróz zformulovali pod názvem syntetický a diferencovaný přístup (Bouchal a Kratochvíl 1966). Navazuje na myšlenky R. Konečného a lze jej považovat za stanovisko, které vždy převažovalo u moravských psychoterapeutů. V našem pojetí nejde o uzavřený myšlenkový systém, nýbrž o přístup otevřený každému dalšímu poznatku z výzkumu i praxe.

Teorii vzniku poruchy a metodiku terapie přizpůsobujeme jednotlivému případu. Pokud jde o interpretaci, domníváme se, že se takto mohou uplatnit různé interpretační postupy. Doporučujeme užít neindoktrinující volbu výkladu podle té z koncepcí, která se jeví na základě podrobného psychoanamnestického rozboru jako nejpříměřenější danému případu, resp. použít slučitelné kombinace koncepcí. Pokud jde o terapii, uvažujeme o volbě metody nebo kombinace metod se zřetelem k symptomatice a etiopatogenezi dané poruchy a k ekonomičnosti (k potřebě vynaloženého času).

# Syntetický a diferencovaný přístup

Je jen málo uznaných pravd, které procházejí neotřeseny všemi probranými metodickými přístupy a směry. Vidí-li jeden ze směrů příčiny poruchy v neuspokojení pudových tendencí, druhý je vidí v nedostatku vyšších cílů. Zdůrazňuje-li jeden nutnost co nejrychleji zbavit pacienta patologických příznaků, považuje to druhý pro psychoterapeutický proces za škodlivé. Klade-li jeden důraz na aktivní, cílevědomé řízení psychoterapeutického procesu, doporučuje druhý do něho vůbec nezasahovat. Psychoterapeut má možnost se buď přiklonit k některému z aktuálních psychoterapeutických směrů, osvojit si jeho terminologii, specializovat se na jeho metodu a být v něm sebejistým a uznaným odborníkem, nebo má možnost se seznamovat se všemi směry, vybírat si a kombinovat, zkoušet různé psychoterapeutické metody a pokusit se posléze dojít k vlastní syntéze a integraci. I když v teorii zatím nelze uspokojivě syntetizovat všechny různorodé koncepce pro protikladnost některých tezí, je možno je prakticky používat podle individuality jednotlivého případu – diferencovaně.

Osobně je nám blízké komplexní syntetické stanovisko, které jsme pro oblast psychoterapie neuróz zformulovali pod názvem syntetický a diferencovaný přístup (Bouchal a Kratochvíl 1966). Navazuje na myšlenky R. Konečného a lze jej považovat za stanovisko, které vždy převažovalo u moravských psychoterapeutů. V našem pojetí nejde o uzavřený myšlenkový systém, nýbrž o přístup otevřený každému dalšímu poznatku z výzkumu i praxe.

Teorii vzniku poruchy a metodiku terapie přizpůsobujeme jednotlivému případu. Pokud jde o interpretaci, domníváme se, že se takto mohou uplatnit různé interpretační postupy. Doporučujeme užít neindoktrinující volbu výkladu podle té z koncepcí, která se jeví na základě podrobného psychoanamnestického rozboru jako nejpříměřenější danému případu, resp. použít slučitelné kombinace koncepcí. Pokud jde o terapii, uvažujeme o volbě metody nebo kombinace metod se zřetelem k symptomatice a etiopatogenezi dané poruchy a k ekonomičnosti (k potřebě vynaloženého času).

# Diferenciace podle symptomatiky a etiopatogeneze

Uvedeme základní myšlenky diferencovaného přístupu na příkladech úzkostné, depresivní, konverzní a fobické neurotické poruchy.

Budou-li zjištěné údaje nasvědčovat tomu, že v konkrétním případě souvisí vznik úzkostné poruchy s problematikou ztráty pocitu bezpečí v interpersonálních vztazích, budeme provádět interpersonální psychoterapii se zaměřením na dosažení náhledu a emoční korekce. Bude-li rozbor ukazovat spíše na vliv jednorázového traumatu se skutečným či domnělým ohrožením, úlekem a strachem ze smrti, pokusíme se zážitek odreagovat a jeho vliv na přítomnost snížit hypnotickou sugescí nebo relaxací. Zkusíme se také zaměřit přímo na symptom a ovlivnit jej nácvikem s expozicí tím, že se pacient bude záměrně vystavovat zúžkostňujícím situacím a ověří si, že úzkost po dosažení vrcholu opadne.

Bude-li depresivní porucha pramenit z existenciální frustrace, tj. ztráty životního smyslu, budeme považovat za indikovanou racionální psychoterapii zaměřenou na problematiku hodnot s hledáním nových perspektiv. Bude-li deprese důsledkem řešitelné situace, můžeme se pokusit napomoci nemocnému, aby situaci změnil; bude-li důsledkem situace neřešitelné, povedeme jej k adaptaci pasivní a pomůžeme mu i relaxačními technikami, aby záležitost ztratila alespoň zčásti svou emoční naléhavost. Bude-li deprese pramenit více z konstituční hypotymní základny, využijeme aktivačního tréninku. Bude-li souviset s pesimistickým myšlením, využijeme argumentace napomáhající realistickému hodnocení sebe i životních událostí a nabídneme „stop-techniku“, zastavující negativní automatické myšlenky.

Vznikl-li hysterický symptom prudkou a potlačovanou emocí, napomůžeme odreagování a pokusíme se ovlivnit symptom hypnotickou sugescí. Pramení-li týž

symptom z manželských konfliktů, zaměříme se na dosažení náhledu a usilujeme o korekci ve skupinové psychoterapii s využitím psychodramatu.

Při antropofobii u pacientů se somatickým defektem můžeme zkusit adlerovskou interpretaci s přestavbou neurotického životního plánu nebo desenzibilizaci vůči hierarchicky seřazeným situacím, které vzbuzují strach. Můžeme také využít skupinovou terapii k odbourání maladaptivní společenské generalizace.

Z příkladů je patrné, že vůdčí myšlenkou je individualizace v interpretaci i v metodě. Rozsah přístupů i technik se snažíme stále více rozšiřovat.

# Diferenciace podle osobnosti pacienta

# Diferenciace podle osobnosti terapeuta

Při patogenetickém výkladu poruchy i při praktické indikaci psychoterapeutických metod je dále žádoucí vyjít též z osobnosti nemocného. Na vzniku neurózy se podílí pacient do značné míry jak psychologickými zvláštnostmi své osobnosti, tak svou neurofyziologickou konstitucí. Obojí má svůj význam i při volbě terapeutických metod. Tak např. účinné využití hypnózy je závislé na hypnabilitě pacienta, která je zvláštní osobnostní vlastností, o níž se musíme přesvědčit pokusem o hypnotizaci. Indikaci hypnoterapie považujeme ve většině případů za technicky omezenou tím, zda se použitelný hypnotický stav podaří vyvolat při dvou až třech pokusech asi do 15 minut.

Při diferencované individuální aplikaci autogenního tréninku ordinujeme tuto metodu spíše nemocným s rysy důslednosti a s tendencí pracovat na sobě samém v zájmu svého zdraví, abychom ji zbytečně nezaváděli u pacientů, kteří v nácviku nevydrží dostatečně dlouho pokračovat. Snažíme se někdy individualizovat i postup a obsah cvičení, tj. ponechat ty formulky, na něž pacient reaguje dobře, a vynechat ty, které mu působí potíže.

Domníváme se, že nemá význam provokovat k abreakci extravertovanou mnoho-mluvnou osobnost, která stejně ventiluje své problémy hned, vždy a všude. Naproti tomu mohou mít abreaktivní techniky značnou cenu u uzavřené introverované osobnosti, která má tendenci uzavřít problémy v sobě a vnitřně se jimi trápit.

Metody, jejichž cílem je získání náhledu, vyžadují určitou základní intelektovou úroveň, metody nácviku chování zase určitou vytrvalost. Metody, při nichž terapeut napomáhá sebeobjasňování pacienta nedirektivním reflektováním jeho úvah a pocitů, odpovídá spíše potřebě autonomie, zatímco osoby jednodušší a výrazně závislé budou potřebovat direktivnější vedení. Meditativní techniky budou vítány spíše introvertovanými klienty, zatímco extravertní, na sociální kontakt zaměření pacienti budou ochotněji těžit z technik expresivních, např. z konfrontací ve skupině, z psychogymnastiky a psychodramatu.

Na vytvoření existujících psychoterapeutických systémů se podílela i osobnostní struktura jejich zakladatelů. I v současné době mají na příklon k jednotlivým směrům a na výběr preferovaných metod vliv faktory v osobnosti psychoterapeutů. Potřeba vládnout a usměrňovat životy jiných může vést k preferenci autoritativní hypnózy nebo direktivní psychagogiky, naproti tomu zvědavost, nerozhodnost a nechuť k přebírání odpovědnosti mohou směřovat k příklonu k nedirektivním metodám. Jednomu terapeutovi lépe vyhovují freudovské sexuální interpretace, jinému daseinsanalytické či logoterapeutické hledání životního smyslu a další raději věcně manipuluje podněty a reakcemi. Domníváme se, že při dobrém vhledu do vlastní motivace a při určité osobní vyrovnanosti a zralosti je možno existující variability osobnostních rysů psychoterapeutů využít k dobru pacientů. Měla by však existovat možnost nejen přizpůsobit terapeutické postupy k diagnózám, ale také pacienty k terapeutům se zřetelem k jejich osobnostem.

Při výkladu diferencovaného přístupu k terapii neuróz je třeba také zaujmout stanovisko k rozdělení metod na kauzální a symptomatické. Zdá se nám výhodné sjednotit u jednotlivého případu obojí podle principu dvojkoľejnosti psychoterapie, jak byl navržen Ernstem Kretschmerem: provádět kauzální odhalování příčin, jejich odra-  
gování, emoční korekci, odstraňování a řešení paralelně se symptomatickým odbou-  
ráváním potíží tréninkem a hypnosugescí či relaxací.



# Terapeutický systém

Popsaný nárys pojetí jsme s M. Bouchalem v r. 1966 uzavřeli takto: „Při příklonu k syntetickému a diferencovanému pojetí jsme si vědomi toho, že se ochuzujeme o velmi účinný faktor, jímž je vliv nadšení, ritus, atmosféra jednostranné zanícenosti a víra těch, kteří se přicházejí léčit, v účinnost propagovaného přístupu či metody. Považujeme to za nevýhodu, která je vyvážena pocitem střídavějšího a mnohotvárné skutečnosti více odpovídajícího přístupu.“ Po dalších zkušenostech jsme oba shodně dospěli k názoru, že alespoň v části terapeutické činnosti lze spojit výhody obojího, že není třeba přejmout nebo vytvořit uzavřený myšlenkový systém, aby bylo možno vytvářet ritus, atmosféru a tradici, ale že je možno i při syntetičnosti pojetí a diferencovanosti metod vytvořit organizační systém alespoň rámcově dostatečně pevný, aby z něho nebylo úniku. Zdá se nám, že jako jeden z nejvýhodnějších podkladů takového systému se osvědčila organizační forma terapeutické komunity, která umožňuje přidat k dimenzi individuální terapie účinný faktor vlivu malé společenské skupiny a její vnitřní dynamiky. Proto jsme se pokusili o realizaci takového systému – každý z nás v podmínkách daných vlastním pracovištěm. Bouchal nazval svůj volnější brněnský systém terapeutické komunity heteronomním, protože na otevřeném oddělení psychiatrické kliniky velkoměsta se musí brát zřetel na značnou fluktuaci a na omezené možnosti selekce pacientů a jejich izolace od vnějšího prostředí (Bouchal a Sekaninová 1970). V kroměřížské psychiatrické léčebně jsme na psychoterapeutickém oddělení pro léčbu neuróz vytvořili systém poměrně autonomní, přičemž jsme v počátcích převzali četné zkušenosti z tehdy existujících terapeutických komunit v Lobči a v Salské. Pro ilustraci uvádíme podstatné rysy kroměřížského systému.<sup>16</sup>

Systém staví na syntetickém užití kauzálně dynamicky orientované skupinové psychoterapie a symptomaticky působících postupů nácvikových včetně autogenního tréninku, včleněných do pevného denního režimu s pracovní činností a jinými (sportovními, kulturními a společenskými) aktivitami.

<sup>16</sup> Na vytvoření, udržování a zdekonalování systému kroměřížské terapeutické komunity se během 35 let její existence podílela řada psychologů, lékařů a středních zdravotnických pracovníků. Z nich uvedme alespoň staniční sestru Marii Holubářovou, která byla iniciátorkou zřízení specializovaného oddělení. Prakticky od počátku až do svého odchodu do důchodu v roce 2002 zde pracovala jako neúnavná terapeutka a posléze i školitelka a organizátorka a byla zárukou spolehlivosti provozu oddělení.

Komunita je určena pro 28 pacientů, polovinu mužů a polovinu žen, indikací k přijetí jsou všechny druhy neuróz, především s konfliktovou etiologií. Pacienti jsou přijímáni na 6 týdnů. Kontakt s vnějším okolím je omezen. První dva týdny se nepovolují návštěvy, zbylé týdny pouze v neděli odpoledne, dovolenka na sobotu a neděli domů je jen jednou za dobu pobytu. Terapeutický tým tvoří lékař, psycholog a 6 středních zdravotnických pracovníků v třísměnném provozu. Od nástupu léčby jsou pacienti zapojeni do intenzivního celodenního programu.

Denní program byl po řadu let rozvržen takto:

|            |                           |             |                     |
|------------|---------------------------|-------------|---------------------|
| 6.00       | autogenní trénink         | 13.15–14.45 | skupinová terapie   |
| 6.10       | rozcvička                 | 15.00–16.00 | sport               |
| 6.30       | mytí, úklid, psaní deníků | 16.10       | osobní volno        |
| 7.45       | snídaně                   | 18.00       | večeře              |
| 8.15       | ranní komunita            | 18.45       | nácviková půlhodina |
| 9.00–12.00 | práce v zahradnictví      | 19.15–21.00 | klub                |
| 12.30      | oběd                      | 21.55       | autogenní trénink   |
| 13.00      | autogenní trénink         | 22.00       | večerka             |

Ve středu je celé odpoledne „velká komunita“, v sobotu velký úklid na oddělení, v neděli dopoledne sport. V neděli odpoledne je společná vycházka.

Večerní klub měl v jednotlivé dny tuto náplň:

|          |                                                                    |
|----------|--------------------------------------------------------------------|
| pondělí: | přednáška o mentální hygieně a nácvik tance                        |
| úterý:   | psychodrama                                                        |
| středa:  | psychogymnastika                                                   |
| čtvrtek: | společenský večer připravený pacienty                              |
| pátek:   | arteterapie, muzikoterapie ap.                                     |
| sobota:  | návštěva kina nebo sledování televize                              |
| neděle:  | skupina při svíčke (zaměřená na pacienty vracející se z dovolenky) |

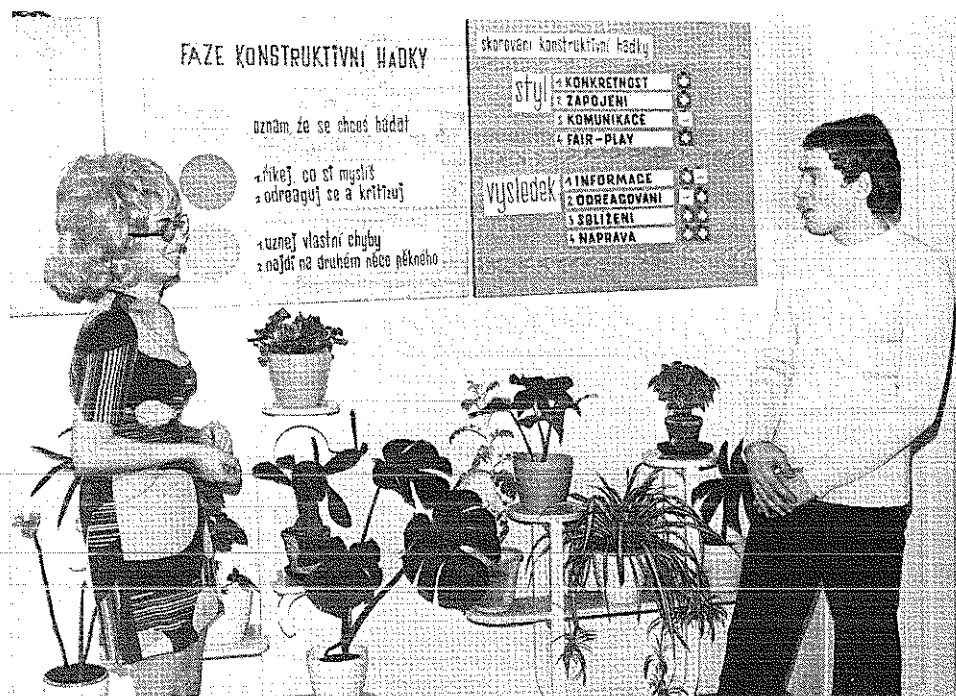
Rozvrh se ovšem také musel přizpůsobovat měnícím se možnostem léčebného zařízení a personálu. Když nebylo možno zajistit práci v zahradnictví a objevily se potíže s odborným vedením psychodramatu a psychogymnastiky v klubu ve večerních hodinách, byly tyto dva klubové programy přeloženy na dopoledne místo pracovní činnosti. Uvolněné večery jsou pak pacienty využívány pro nácvik asertivity a jiných sociálních dovedností.

Koncem roku 2001 se komunita musela z technických důvodů přestěhovat do jiného pavilonu s menší lůžkovou kapacitou. Celkový počet pacientů se snížil na 22, do jednotlivých skupin se tedy může objednávat nejvýše 11 pacientů. Pokud přichází na léčení pacientů méně, pracuje se se všemi pouze v jedné otevřené skupině.

„Ranní komunita“ je schůzka pacientů s personálem. Schůzku řídí patientská spolumspráva a probírají se na ní stručně organizační problémy života na oddělení včetně přestupků proti řádu. Na závěr schůzky může předvést spolumsprávou určená dvojice pacientů „konstruktivní hádku“, nejlépe na téma týkající se reálného konfliktu na oddělení. Jednou týdně je dopoledne „velká komunita“, na které spolumspráva jednotlivě probírá všechny pacienty se zřetelem k jejich práci na sobě a pokrokům v postojích a chování. V diskusi uvádí i personál své připomínky k dalšímu postupu, zejména pokud jde o návrhy forem individuálního nácviku a o návrhy na individuální formulky autogenního tréninku. Na velké komunitě se též hodnotí odstupující spolumspráva a schvaluje se nová.



OBR. 59 Ranní schůze komunity



OBR. 60 Konstruktivní hádka: ukončení podle zásady „najdi na druhém něco pěkného“

Náplní skupinové terapie jsou sdělení pacientů o sobě a zpětné komentáře k nim od jiných, zejména se zřetelem k tomu, jak se jejich problémy odrážejí v životě na oddělení. Každý pacient vypracovává a do 14 dnů přednese svůj životopis. Skupinové sezení někdy začíná mlčením a tenzí, jindy pohybovým rozprouděním a pokračuje v podstatě neřízenou diskusí. Často však při časové tísní správa sama plánuje, kdo potřebuje „jít na stupínek“. Kdykoli je možno, ztvárňují se na jevišti za pomoci psychodramatických technik v různých verzích situace minulé, přítomné i budoucí a diváci vyslovují své pocity. Často se po několika týdnech pobytu zvou na skupinu i rodinní příslušníci k diskusi i event. psychodramatickému přehrávání významné konfliktové tematiky nebo tréninku schopnosti řešit budoucí problémy. V arteterapii se k diskusi využívá projektivních tematických kreseb pacientů, v muzikoterapii fantazijních zážitků při poslechu hudby.

Jako zdroje materiálu pro skupinovou diskusi, podporující sebepoznání, empatii, konfrontaci a náhled, schematicky rozlišujeme:

- a) osobní problémy, chování, životopisy a resumé jednotlivých pacientů. Při tomto biograficky orientovaném sezení je skupinová diskuse soustředěna na jednotlivce,
- b) témata intrapsychické a interpersonální problematiky, vnášená do skupiny pacienty nebo terapeuty. Při tematicky orientovaném sezení pacienti sdílejí a korigují své zkušenosti, pocity a postoje k diskutované otázce (např. životní smysl, vyrovnávání se s náladami, obavy, úzkost a tréma, sebeovládání, alkohol, upřímnost a taktičnost v jednání s lidmi, vztahy k autoritě, sebeprosazení, důvěra v lidi apod.),
- c) prožitky a projevy projektivního charakteru, získané užitím speciálních technik s řízenou aktivitou přímo ve skupinovém sezení (obvykle v úvodní části) nebo během příslušného speciálního programu,
  - aa) prožitky a projevy získané pomocí technik pohybově interakčních, jako je psychogymnastika, psychodramatické etudy, encounter a tanec,
  - bb) prožitky a projevy získané pomocí technik fantazijních, např. při skupinovém poslechu vybraných úryvků hudby, při projektivním tematickém kreslení nebo fantazijním prožívání zadaných symbolických témat,
- d) pozorování interakcí ve skupinovém sezení a v životě komunity. Při volném sezení bez plánovaného programu může být skupina přímo orientována na vzájemné pocity členů a na interakci „zde a nyní“. Nebo probíhá na jedné úrovni biografická či tematická diskuse a na druhé úrovni terapeuti i pacienti sledují a komentují vytvářející se vztahy a probíhající interakce. Jako pomocné metody se využívá schematické zakreslování interakcí a sociometrické zpracovávání vztahů. V této souvislosti hovoříme o interakčním skupinovém sezení.

Každodenní skupinová sezení jsme prováděli nejprve se všemi členy komunity najednou, později jsme rozdělili pacienty do dvou samostatných uzavřených skupin. Z ekonomických důvodů je však nutné se někdy vracet k jedné velké otevřené skupině. Na vedení skupinových sezení se podstatnou měrou podílejí střední zdravotničtí pracovníci.

Autogenní trénink se nacvičuje třikrát denně, zčásti kolektivně vsedě, zčásti na lůžku s urychlováním za pomoci heterosuggestivních prvků vysláním formulek reprodukcí do ložnic. Přitom na nacvik standardních formulek navazuje užití formulek individualizovaných, vypracovaných pro každého pacienta na základě náhledu dosaženého ve skupinové terapii.



OBR. 61 Skupinové sezení

Při večerní nácvikové půlhodině určení pacienti systematicky nacvičují dovednosti v interpersonálních vztazích, asertivitu nebo desenzibilizační či jiné postupy proti svým symptomům za asistence menších skupinek spolupacientů.

Každý pacient si vede *deník*, do něhož denně zaznamenává své myšlenky a pocity ve vztahu k sobě a k tomu, co se v kolektivu a ve skupině odehrává. Funkcí deníku je inventarizace vlastních myšlenek a pocitů pacienta a každodenní komunikace mezi pacienty a členy terapeutického týmu, kteří deníky čtou během dopolední služby. Deníky pacienti odevzdávají při ranní komunitě a vracejí se jim při odpolední skupině. Z druhé strany deníku si každý pacient vede denní záznam o svém postupu v autogenním tréninku.

Pacienti se oslovují křestními jmény a tykají si mezi sebou. Hlavní zásady léčby jsou shrnuty ve vyvěšeném čtrnáctery, které obsahuje tyto body:

1. *Dodržuj přesně denní program.*
2. *Nemlč jako ryba.* Mluv o všem otevřeně a upřímně před kolektivem.
3. *Vylez z ulity.* Neizoluj se sám ani ve skupině, neutíkej se svými problémy od kolektivu.
4. *Pomoz spolupacientům* zapadnout do kolektivu a poznat a změnit jednání, které je příčinou jejich potíží.
5. *Neztrácej čas* hovorem o problémech obecných, ale soustřeď se hned na konkrétní problémy své i jiných.
6. *Nehovoř všeobecně*, ale řekni, co cítíš ty, tady a teď.
7. *Nevynášej sdělení* o osobních problémech spolupacientů mimo kolektiv.
8. *Piš do deníku* denně své myšlenky.
9. *Cvič relaxaci* třikrát denně, každý týden jeden pocit a nakonec si vytvoř svou vlastní formulku.



OBR. 62 Psychodrama: pozdní příchod dcery domů

10. *Hýbej tělem* při rozcvičce, práci i sportu.
11. *Nepij alkohol* během léčby, ani kapku.
12. *Napiš svůj životopis* a přečti jej do 14 dnů od nástupu.
13. *Používej psychodramatu a pantomimy*, abys vyjádřil, jak cítíš a jednáš ty i druzí, a vyzkoušej jiné způsoby jednání.
14. *Vyslechni názory a rady* druhých, přemýšlej o nich, ale rozhoduj se sám.

Cílem terapie je: 1. odstranění symptomů a 2. ovlivnění osobnosti, zejména korekce postojů a chování ve smyslu dosažení optimální adaptace i sebeaktualizace.

Změny způsobené terapií se zachycují pomocí dotazníků, které pacienti vyplňují na začátku léčby, při ukončení léčby a katamnesticky za jeden rok. K základním dotazníkům patří dotazník neurotických potíží (N 5) a dotazník individuálních příznaků, kterých se pacient chce léčbou zbavit (ŠIP). Na konci léčení pacienti také vyplňují škály vlivu léčby na jejich potíže, na získání náhledu a na postoje a chování. Tytéž škály a dotazníky vyplňovali řadu let také katamnesticky. Byly jim za rok od léčby zasílány poštou. Posuzování efektu terapie na potíže, náhled a na postoje a chování

provádí při ukončování léčby také terapeuti. Výsledky byly opakovaně zpracovány a publikovány (srov. Kratochvíl 1983 a 2005).

Hlavní prostředky terapeutické změny jsou:

## 1. Náhled

Neurotik na rozdíl od psychotika má od počátku náhled chorobnosti. Je však žádoucí, aby získal náhled ve smyslu uvědomění a pochopení souvislostí. Chápeme jej širše, než je chápán v teorii psychoanalytické, a rozlišujeme tři stupně:

- a) náhled I, náhled na vznik vlastní neurotické symptomatologie, znamená uvědomění si vlivu psychogenních faktorů, traumat, tenzních a konfliktových situací na vznik a přetrvávání neurotických příznaků;
- b) náhled II (interpersonální), náhled na vlastní podíl na neurotizujících problémech, znamená pochopení, jak pacient svými vlastnostmi, svými postoji a chováním sám přispívá ke vzniku konfliktových a traumatizujících situací, jak si je sám spoluvytváří, a pochopení, jak by se takové retraumatizaci dalo zabránit jinými postoji a jiným chováním z jeho strany;
- c) náhled III (genetický), náhled na hlubší nevědomé kořeny vlastních postojů, citů a chování, znamená uvědomění si potlačených přání, potlačených raných konfliktů a psychotraumat ze vzdálenější osobní minulosti, emočních vazeb v dětství, zejména ve vztahu k rodičům a nesprávných generalizací z minulých zážitků.

Jen v některých případech považujeme za nutné usilovat o třetí stupeň náhledu. Prakticky se často vystačí s náhledem na vlastní podíl na retraumatizaci, na nějž navazuje nácvik adaptivnějších reakcí.

## 2. Prožitek

Znamená zapojení emotivity do terapeutického procesu. Má rovněž tři složky:

- a) abreakce: projevení vlastních problémů, konfliktů a traumat s odpovídajícím citovým nábojem, možnost nebrzděného vyjádření lítosti, zlosti a jiných potlačovaných emocí;
- b) emoční podpora: prožitek, že je člověk akceptován, přijat jako jedinec, že je chápán, pocit empatického porozumění, vřelosti, sounáležitosti a bezpečí;
- c) emoční korekce: citový prožitek toho, že se lidé mohou chovat jinak, než jak člověk podle svých nesprávných generalizací z minulosti předpokládá.

## 3. Nácvik

Znamená opakované provádění postupných cvičení, směřujících k naučení se a upevnění nových žádoucích reakcí a odstranění reakcí nežádoucích. Má rovněž tři složky:



OBR. 63

**Psychodrama – monolog  
a svědomí: Jsem, či  
nejsem v právu?**

- a) nácvik účelného chování v interpersonálních vztazích, dostatečně adaptivního i sebezprosažujícího, s konstruktivním řešením konfliktů;
- b) nácvik relaxace jako protikladu neurotické úzkosti a tenze pomocí autogenního tréninku, podle potřeby s autosugestivním využitím individuálních formulek nebo systematické desenzibilizace;
- c) nácvik zaměřený na přímé odstraňování chorobných symptomů, např. trénink řeči, trénink motoriky, trénink jednání proti fobiím a obsesím, celkový fyzický trénink, trénink vůle apod.

Hlavním nositelem terapeutické změny je skupina. Terapeutická skupina slouží jako model reálných interpersonálních vztahů, a tím umožňuje *projekci*. Současně však jako model jiných, ideálnějších vztahů umožňuje také *korekci*. K podporování náhledu,





OBR. 64 **Nácvik interpersonálních dovedností: nesmělý pacient se v nácvikové podskupině učí prosazovat své požadavky**

emočního prožitku a nácviku nových forem chování se využívají psychodrama, psychogymnastika, kresby fantaziálních prožitků, zpěv a tanec, specifická cvičení, racionálně explikační výklady, celodenní program, skupinové diskuse poskytující zpětnou vazbu, a především dynamika skupiny. Skupina je vedena tak, aby se uplatnila skupinová tenze, ale aby byla současně vyvážena silnou skupinovou kohezí.

*Skupinová tenze* znamená existenci konfrontací ve skupině, projevení nesympatií, hostilit, kritiky chování druhých, vznik konfliktů. Je důsledkem neurotických generalizací u členů skupiny a současně jejich projevení podporuje. Vede k demonstraci problémů, přináší materiál k poskytování zpětné vazby a v pozitivním případě při dostatečné kohezí skupiny usnadňuje pochopení nevhodných způsobů chování, náhled a změnu. Je-li tenze příliš silná a není-li kompenzována emoční podporou a kohezí, vede ke snaze pacientů o únik ze skupiny. Zvyšuje se odpor proti upřímnému hovoru o sobě i proti přijetí kritických připomínek, pacienti ulpívají na konkrétním konfliktu, pocítují skupinu jako nepřátelskou a zhoršující jejich neurotické obtíže a dožadují se propuštění.

*Skupinová koheze* či soudržnost znamená přitažlivost skupiny pro její členy. V kontextu skupinové terapie znamená tendenci členů skupinu udržet a zapojit se do ní, být jí akceptován a pracovat na společném terapeutickém cíli. Vede k uspokojení potřeby bezpečí a potřeby akceptace. Pocit soudržnosti se zesiluje příjemnými společenskými zážitky, např. společným večerním zpěvem v intimní atmosféře, některými technikami psychogymnastiky a „setkání“ (jako vytvořením kruhu se vzájemným položením ruky na ramena), společnými rekreačními akcemi jako táborák, výlet, hry. V soudržné skupině se členům dostává emoční podpory,



OBR. 65  
**Rituál na rozloučenou:  
symbolické pohřbívání  
„starého člověka –  
neurotika“**

jsou přístupnější vlivům jiných členů skupiny, schopni přijmout i jejich hostilní projevy, jsou aktivnější účastníky ve skupinové diskusi. Snižuje se úzkost a tréma a vytvářejí se předpoklady pro to, aby došlo nejen k projekci, ale i k žádoucí emoční korekci.

Kroměřížská komunita si postupně vytvořila i rituály se značným emočním nábojem podporující kohezi, jako např. vítání nových pacientů, spojené se slavnostním závazkem „k práci na sobě“ a předáváním medailonku s „polámaným mravenečkem“, loučení se s odcházejícími pacienty pomocí pohoupání a symbolického pohřbení „starého člověka“ apod.

Systém má svůj pevný plán. Podstatné přitom není, zda je sezení skupiny od půl druhé do tří nebo od tří do šesti, zda je psychogymnastika v pondělí nebo v pátek a zda je psychodrama večer nebo dopoledne. Podstatné je, že když je skupina naplánována v půl druhé, tak se koná v půl druhé, i kdyby si v tu dobu někdo raději užíval odpolední odpočinek, a když je psychogymnastika součástí systému, tak je jí pro všechny a neuznává se, když pacient řekne, že „ze sebe nebude dělat šaška“ nebo že chce raději hypnózu. Účinnost systému je v tom, že má závaznost a řád, v němž si nikdo nemůže moc vybírat. Každý se musí podrobit tomu, co systém nabízí, jen



tomu a tomu vcelku. Vstup do komunitního systému je spojen s určitým nepohodlím, s určitou „řeholí“, ale tím se zčásti zvyšuje jeho účinnost i přitažlivost. Vytváří si své tradice, svou specifickou atmosféru, své jméno. Nenabízí už širokou a jemnou diferenciaci, ale šablonu, řád a rituál. V tom je jeho síla i problematičnost. Nicméně může být součástí diferencovaného přístupu v tom smyslu, že uznáváme, že se nehodí pro všechny, a to ani pro všechny terapeuty, ani pro všechny pacienty. Zařazení pacienta do systému terapeutické komunity chápeme pouze jako jeden z možných psychoterapeutických postupů.

Třicetileté zkušenosti s uvedeným systémem jsou uvedeny v monografii „Skupinová psychoterapie v praxi“ (Kratochvíl 2005) a stručně kriticky komentovány ve stati „Třicet let kroměřížského psychoterapeutického oddělení 18b“ (Kratochvíl 2001).

# Výzkum psychoterapie

## Kapitola 1

# Metodologické otázky

Psychoterapie, chápáná zpočátku jako druh psychologického působení s léčebným účelem, se postupně konstituovala v samostatnou oblast jak praktického, tak vědeckého zájmu. Většina klasických postupů byla odvozena z empirie a jejich účinnost byla opět dokazována novými empirickými zkušenostmi. Pacienti podrobující se psychoanalýze přinášeli infantilní vzpomínky sexuálního charakteru, pacienti léčení daseinsanalyticky přinášejí existenciální problematiku. I při použití diametrálně odlišných koncepcí bývají popisovány shodné výsledky terapie.

Zavedení solidně projektovaného vědeckého výzkumu v této oblasti je neobyčejně potřebné, současně však značně nesnadné a naráží na řadu obtíží. Jednou z nich je obtížnost vytváření kontrolních skupin, které by dostávaly nějakou placebo podobnou psychoterapii, jak je tomu s placebofarmakoterapií ve farmakologickém výzkumu. Vliv psychických faktorů je tak komplexní a dosavadní výsledky zatím tak málo úměrné námaze, že vznikla tendence rozvíjet psychoterapii dále bez ohledu na nevyřešenost zásadních otázek její účinnosti.

A. Astin (1961) to v satirickém článku nazval funkční autonomií psychoterapie. „Byla jednou jedna metoda pro léčení duševních procesů nazvaná psychoterapie. Ti, kteří stáli u jejího zrodu, si snad vzpomenu, že jejím základním cílem bylo posloužit lidem, kteří měli potíže a žádali o pomoc. Tato funkce byla důvodem existence psychoterapie. Jakmile lidé začali této metody užívat, ukázalo se, že není vůbec zřejmá její účinnost, a projevil se skepticismus, zda tato metoda skutečně plní svůj účel. Jak to obvykle bývá s léčebnými metodami podobné pochybné hodnoty, měla psychoterapie zaniknout. Nezanikla však, ani se nezachvěla. Zdá se, že psychoterapie dosáhla funkční autonomie. Tento vývoj měl zvláště velký význam pro praktiky, kteří – osvobození od požadavků, že by měli sloužit svým klientům – se mohli nyní ponořit do žhavých sporů o tom, jak se má psychoterapie dělat, a do ještě žhavějších sporů o tom, kdo ji má dělat.“

Považujeme v této situaci za důležité, aby pracovníci v oblasti psychoterapie znali výzkumné metody a dovedli je aplikovat v psychoterapii a dále aby byli obeznámeni s výsledky dosavadních výzkumů i s nejčastěji se vyskytujícími chybami ve výzkumných projektech.

Problematiku lze z didaktického hlediska rozdělit do čtyř oblastí: a) metodologické otázky psychoterapeutického výzkumu, b) výzkum výsledků psychoterapie – řešení

otázku, zda je psychoterapie účinná a jaký druh psychoterapie, za jakých okolností, u jakých pacientů a s jakými terapeuty je účinný, jaké faktory způsobují její účinnost, c) výzkum procesu psychoterapie – zkoumá, co se děje v procesu psychoterapie a jak se jednotlivé faktory vzájemně ovlivňují, bez zřetele ke konečnému léčebnému výsledku, a d) modelový výzkum – snaží se vytvořit „laboratorní“ situaci podobnou psychoterapii, ve které lze relevantní jevy zkoumat v lépe manipulovatelné a jednodušší formě.

## 1.1 Proměnné v psychoterapii

Jevy, které je možno pozorovat, nazýváme ve výzkumu proměnnými. Podle charakteru pozorování mohou být proměnné buď kvalitativní, nebo kvantitativní. Kvalitativní jevy lze třídit a počítat, kvantitativní lze měřit. Jako nezávislé proměnné označujeme ty jevy, kterými můžeme ve výzkumu manipulovat nebo které můžeme měnit. Jako závislé proměnné označujeme jevy, jejichž změny nás v závislosti na příslušných manipulacích zajímají, které tedy zjišťujeme jako výslednou reakci.

Podle klasického schématu experimentální psychologie „podnět – organismus (osobnost) – reakce“ (S–O–R) můžeme proměnné rozdělit na proměnné podnětové či situační, na proměnné v organismu či v osobnosti a na proměnné v reakci či chování. Povšimněme si nyní charakteru těchto proměnných ve výzkumu psychoterapeutickém, a to s použitím některých myšlenek Edwardse a Cronbacha (1952).

### 1.1.1 Podnětové proměnné

Základními soubory podnětových proměnných v psychoterapii jsou psychoterapeutická metoda a psychoterapeut.

#### Psychoterapeutická metoda

Psychoterapeutická metoda v sobě může zahrnovat řadu dílčích technik a postupů. Zatímco při praktickém syntetickém postupu působíme najednou nebo postupně vším, o čem si myslíme, že by mohlo být účinné a není to vzájemně neslučitelné, je při výzkumu obvykle třeba komplexní faktory rozplést a zkoumat účinek každé dílčí proměnné zvlášť, popř. v interakci s jinou dílčí proměnnou, abychom zjistili, co vlastně a v jakém směru působí.

Paracelsus, renesanční lékař a alchymista, doporučoval tento balzám na popáleniny: „Mast se skládá z tuku velmi starých divokých vepřů a medvědů, zahříváného půl hodiny v červeném víně. Pak se tuk nakape do studené vody, voda se sleje a tuk se tře s praženými červy a s mechem z lebky oběšenice, seškrabaným v době přibývání měsíce. Přidá se k tomu krevel, vysušený mozek divokého vepře, červené santalové dřevo a kousek mumie.“ Psychoterapeutická literatura je plná podobných „receptů“, v nichž je všechno možné smícháno dohromady, aniž by kdo věděl, co je skutečně účinným faktorem a co je zcela zbytečný požadavek nebo zbytečná přísada. Chceme-li vědět, co jsou účinné faktory, musejí být účinky sledovány při systematickém měnění jednotlivých podnětových složek.

Relevantními proměnnými jsou tedy techniky nebo jinak řečeno podněty vycházející od terapeuta, skupiny či prostředí, kterým se připisuje význam specifického terapeu-

tického zásahu a jejichž účinek si přejeme zjistit. Seznam předpokládaných významných proměnných v této oblasti odpovídá seznamu psychoterapeutických metod a technik, které jsme popsali v předchozích kapitolách knihy. *Ve výzkumu výsledků psychoterapie* nás zajímá, jaký vliv má použití příslušné techniky na konečnou změnu chorobných symptomů, nevhodných postojů nebo maladaptivního chování. *Ve výzkumu procesu psychoterapie* nás zajímají i různé dílčí účinky podnětů aplikovaných v průběhu psychoterapie. Například jak určitý výrok terapeuta mění následující výroky pacienta, jak způsob nácviku autogenního tréninku ovlivňuje rychlost jeho osvojení, jak užití psychodramatu ovlivňuje získání náhledu, jak provádění určitého psychogymnastického tématu podporuje kohezi skupiny apod.

Vedle podnětů, jejichž vliv nás zajímá, působí na zkoumané osoby současně četné jiné podněty, které mohou být ve vztahu ke zkoumané reakci rovněž relevantní a jejichž vliv je tedy nutno buď vyloučit, nebo kontrolovat.

Účinným způsobem, jak zjišťovat, zda jsou změny u pacienta způsobeny zkoumanou terapií, nebo něčím jiným, je srovnání se změnami v ekvivalentní skupině pacientů, kteří nedostávají terapii. Srovnatelná „neterapie“ by měla trvat stejně dlouho jako terapie, aby se mohly ve stejné míře uplatnit všechny mimoterapeutické vlivy nebo spontánní změny. Řada psychoterapeutických přístupů považuje za potřebné trvání terapie 6 měsíců. V takovém případě by musela i *kontrolní skupina* být bez terapie 6 měsíců. Pacienti, kteří žádají o léčení, však chtějí, aby se s nimi něco dělo. Těžko jim lze odpovědně říci, aby několik měsíců počkali. Mohlo by to také ovlivnit jejich vztah k léčebnému zařízení. Možným zdrojem kontrolní skupiny je *seznam čekatelů na léčení* v případech, kdy zařízení takový seznam má. Zkušenost však ukazuje, že pacienti, kteří zůstávají na seznamu, se často liší od těch, u nichž bylo léčení zahájeno okamžitě. K léčení jsou obvykle vybíráni ti, kteří se zdají mít naléhavější potřebu terapie, nebo ti, kteří vzbudí větší zájem terapeuta. Někteří bývají přijati přednostně z protekčních důvodů. Další obtíž je v tom, že většina pacientů, kterým bylo řečeno, aby odešli a přišli znovu za 6 měsíců, už k novému hodnocení nepřijde. Tomu by se dalo zabránit, kdyby klinické zařízení udržovalo v této době určitý kontakt s uvedenými pacienty. Každý kontakt však v sobě může obsahovat terapeutické faktory, takže tímto způsobem by kontrolní skupina mohla být také pozitivně ovlivněna. Pacienti mezitím rovněž mohou hledat léčení jinde. Psychoterapie je jednou formou interpersonálního vztahu, odmítnutí psychoterapie druhou formou, kterou nelze považovat za neutrální.

Kontrolní skupina v psychoterapii by se analogicky jako neléčená skupina při zkoumání účinku farmak měla udržovat v představě, že je léčena, přičemž „účinná látka“ by měla chybět. Lze-li požadavek podávání analogické neaktivní substance, placebo, poměrně snadno splnit v psychofarmakologickém výzkumu, je obtížné najít univerzální „psychoterapeutické placebo“, nějakou inaktivní náhražku za psychoterapii. Je však možné nabídnout kontrolní skupině formu *pseudopsychoterapie*, „placebo-psychoterapii“, která se v určitých podstatných rysech liší od terapie, jež se provádí s experimentální (léčenou) skupinou. Protože se pacienti obou skupin domnívají, že jsou léčeni, odstraní se problém v jejich postoji ke klinickému zařízení a snaha hledat pomoc jinde. Důležité je přesně definovat, co se v daném výzkumu považuje za účinný terapeutický faktor, a co tedy má v kontrolní skupině chybět.

Pokud je kontrolní skupina bez terapie mimo rámec léčebného zařízení, musíme mít na mysli i to, že nemocní, i když nejsou vystaveni formální psychoterapii, mohou hledat pomoc u přátel, učitelů, duchovních, příbuzných a známých, přičemž se v těchto vztazích mohou uplatnit faktory analogické faktorům terapeutickým (abreakce, emoční podpora, explikace, expozice apod.). Tím může v kontrolní skupině docházet k analogickým změnám jako ve skupině léčené a může se tak snižovat očekávaný rozdíl v efektu.

Neporovnává-li se účinek určité metody s „neterapií“, ale s účinkem jiné metody, je třeba zajistit, aby se srovnávané postupy od sebe skutečně podstatně lišily. Nezřídka se totiž terapeuti přes uváděné podstatné rozdíly ve svém přístupu při praktickém provádění terapie chovají celkem podobně a pak lze stěží očekávat významné rozdíly v efektu.

Tomu se výzkumníci v poslední době snaží čelit tím, že se terapeuti musejí řídit vypracovanými *manuály*, které přesně stanovují příslušný terapeutický postup. V současné době již existuje řada takových manuálů, které vycházejí z terapie dynamické, psychoanalyticky orientované, interpersonální, behaviorální, kognitivní, humanistické, rodinné aj. (Kazdin 1994, Lambert a Bergin 1994).

## Terapeut

Druhou hlavní podnětovou proměnnou je terapeut. Význam může mít jeho profese, věk, pohlaví, výcvik, zkušenost, jeho zájmy, teoretická orientace, hodnotový systém, nadšení pro věc, nebo naopak lhostejnost či „vyhoření“, charakterové a temperamentové vlastnosti, způsob řeči, jeho vlastní sociální přizpůsobení, zralost osobnosti, opravdovost, vřelost a schopnost empatie.

Různé terapeutické školy kladou *různé požadavky na vlastnosti terapeuta*. Podle jedněch má být spíše nevýrazný a neurčitý, podle jiných sebejistý, rozhodný a sugestivní. Podle jedněch je projekčním plátnem, podle jiných instruktorem, modelem k napodobení nebo zase obyčejným živým člověkem se skutečnými pocity, chybami i ctnostmi. Výsledky výzkumů v této oblasti jsou do značné míry sporné, jak pokud jde o význam profese, výcviku, osobní terapie nebo např. o podobnost terapeuta s pacientem, kde někteří vidí kladný faktor v podobnosti, jiní v odlišnosti a ještě jiní uvádějí nelineární vztah v tom smyslu, že extrémní podobnost i extrémní nepodobnost působí rušivě. Značně plauzibilní je předpokládaný kladný význam zkušenosti, i když méně zkušení terapeuti mohou mít někdy více nadšení a odvahy a méně rigidity. Nejvíce pozornosti se ve výzkumu věnovalo empatii, vřelosti a opravdovosti, u nichž se zdá, že zejména v souvislosti s některými metodami mohou mít značný význam.

Osobnostní faktory, které jsou terapeuticky účinné, se mohou vyskytovat i u *osobností laiků*. Je možné, že pacienti z kontrolních skupin, jejichž stav se zlepšil přesto, že nejsou léčeni, hledají pomoc ve svém okolí a jsou ovlivněni lidmi, kteří mají tytéž osobnostní vlastnosti jako terapeuti vyvolávající pozitivní změny.

Pokud jde o *vztah terapeutů a terapeutických metod* či technik, ukazuje se, že je často nelze od sebe úplně oddělit, že mezi nimi existuje určitá interakce. To představuje metodologický problém při srovnávání terapeutických technik, např. náhodových a tréninkových. Provádí-li každou zkoumanou metodu jiný terapeut, může být zjištěný rozdíl důsledkem nikoli různé účinnosti metod, ale různých osobností

terapeutů. Provádí-li obě metody tentýž terapeut, zůstává sice osobnost stejná, ale může se diferencovaně uplatnit terapeutův *postoj* k jednotlivým metodám a technická *dovednost* v jejich používání. Nelze např. očekávat, že přesvědčený behaviorální terapeut bude provádět stejně nadšeně a dobře psychoanalyticky orientovanou terapii, jako např. trénink asertivity. Rozdíly ve výsledku pak mohou odrážet spíše rozdíly v postojích a dovednostech terapeuta ve vztahu k metodám než v účinnosti metod samých. Řešení tohoto metodologického problému spočívá v užití faktoriálního projektu s různě orientovanými terapeuty, z nichž každý aplikuje všechny zkoumané metody.

*Vztah mezi pacientem a terapeutem*, resp. interakce mezi nimi, se někdy vyčleňuje jako samostatná skupina proměnných. Zahrnuje mj. podobnost mezi pacientem a terapeutem, přitažlivost terapeuta pro pacienta, vzájemné sympatie a antipatie, očekávání ve vztahu k rolím, identifikaci a protestní reakce, zajišťování podmínek empatie, vřelosti a opravdovosti, faktory přenosu a protipřenosu a zejména tzv. *terapeutické spojení*.

Ve skupinové psychoterapii se vedle terapeuta a vztahu k němu uplatňuje navíc *vliv skupiny a skupinových procesů*. K tomuto komplexu proměnných patří zejména skupinová atmosféra, složení a organizace skupiny, vztahy a interakce mezi členy, koheze a tenze ve skupině, fáze skupinového vývoje apod. V některých formách skupinové psychoterapie nabývá skupina většího významu než osoba terapeuta a *skupinová koheze a tenze* získávají podobný význam jako terapeutický vztah v individuální psychoterapii.

### 1.1.2 Proměnné v pacientovi

Původní behavioristický předpoklad, že reakce je prostým výsledkem podnětů (S-R), musel být brzy opuštěn. Mezi podnět a reakci se vsouvá jako vmezeřená (intervenující) proměnná sám *organismus* se svými individuálními i věkovými zvláštnostmi, v oblasti psychických reakcí pak zejména jeho psychická struktura, *osobnost*, zahrnující jak temperament, tak v ontogenezi získané postoje a způsoby chování a v patologických případech navíc *onemocnění*, jeho druh, stupeň a trvání. Všechny tyto faktory se mohou uplatnit při terapeutickém působení. Mohou jeho vliv zesilovat nebo s ním interferovat a rušit jej.

#### Onemocnění

Na terapeutický proces a efekt má nepochybně zásadní vliv druh a závažnost poruchy. Je rozdílné, jde-li o neurotické poruchy, psychózy, závislost na alkoholu a drogách, či o poruchy osobnosti. V rámci uvedených velkých diagnostických skupin pak záleží na dílčím typu poruchy: např. u neurotických poruch je významné, zda jde o poruchu fobickou, úzkostnou, somatoformní, disociativní, neurastenickou či obsedantně-kompulzivní apod. Dále je důležité, zda je porucha akutní, či fixovaná a chronická, zda je vyhraněně monosymptomatická, nebo zda je symptomatika spíše difúzní, zda a jak byl pacient pro tuto poruchu již léčen, jakou funkci plní její symptomy v jeho životě a zda je, či není přítomna i porucha osobnosti.

Může existovat také interakce mezi použitou terapeutickou metodou a symptomy, např. u monosymptomatických fobií a návyků se zdají neúčinnějšími a neekonomičtějšími nácvikové behaviorální techniky, zatímco u komplexních problémů osobní maladaptace s obtížemi spíše difúzního rázu bývá obtížné takové techniky účinně zacílit a může být účelnější reorientovat osobnost hlubšími psychodynamickými nebo humanistickými postupy. Rozpracování psychoterapeutických přístupů a technik podle druhu poruchy je předmětem speciální psychoterapie (srv. Kondáš, Kratochvíl a Syříšková 1989).

Nové poznatky sociální psychiatrie ukazují, že někdy nemusí být onemocnění jen atributem pacienta, ale že je součástí jeho interakce v určitém interpersonálním vztahu nebo v určitém prostředí. Pacient, který se přichází léčit nebo byl k léčení poslán, se pak označuje jako „identifikovaný pacient“, ale za skutečně porušenou se považuje celá příslušná sociální jednotka. Tak u sexuálních dysfunkcí může jít spíše o poruchu sexuální souhry partnerské dvojice než o onemocnění jedince a je pak třeba léčit dvojici, protože léčení jedince by bylo neúčinné. Nebo úzkostná či jiná neurotická porucha slouží sociální homeostatické funkci a její odstranění by znamenalo porušení rovnováhy v dané sociální jednotce se vznikem nových problémů. Jde-li o rodinu, je účelné aplikovat různé formy rodinné terapie zaměřené primárně na celou rodinu jako svýbytný sociální organismus.

#### Osobnost

Ze základních charakteristik pacienta jako osoby má význam pohlaví, věk a odolnost nervové soustavy vůči zátěži či frustrační tolerance. Je důležité, jak člověk dovede zvládat stres, řešit problémy a vyrovnávat se s konflikty, jaký je jeho životní styl a jakého stupně dosahuje jeho „nezdolnost“ (hardiness). V analytické literatuře se v této souvislosti mluví o síle ega. Dalšími významnými charakteristikami jsou inteligence, vzdělání a společenské postavení, z temperamentových rysů mj. aktivita–pasivita, extraverte–introverze, dominance–submisivita, sugestibilita, hostilita a afiliace aj. Význam má i celková sympatičnost a přitažlivost pacienta, která také ovlivňuje utváření terapeutického vztahu.

Ukazuje se, že mnozí psychoterapeuti dávají při výběru pacientů k systematické psychoterapii i do terapeutických skupin přednost pacientům mladým, přitažlivým, verbálně obratným, inteligentním a úspěšným. V anglické literatuře se mluví o tzv. charakteristice YAVIS („young, attractive, verbal, intelligent, successful“).

Jistý vliv na výběr pacientů a na pozornost věnovanou pacientovi může vyvíjet i protekce, v soukromé praxi výše honoráře a někdy i úplatky či výhody, které může pacient nebo jeho protektor poskytnout terapeutovi nebo léčebnému zařízení jako protislužbu. V anglické literatuře se v této souvislosti mluví o charakteristice VIP („very important person“). V charakteristikách souborů léčených pacientů obvykle údaje tohoto druhu chybějí.

Významně se uplatňují *motivační faktory*, týkající se vztahu pacienta k léčbě, a to jak všeobecná pacientova snaha o vyléčení, kterou snižuje např. sekundární zisk z nemoci (zájem a péče okolí, udržení si partnera, který by jinak pacienta opustil, perspektiva invalidního důchodu aj.), tak specifická motivace k léčbě daným druhem terapie, očekávání zlepšení a očekávání, co se v terapii bude dít a jak se terapeut bude chovat.

Motivace k léčení zvoleným druhem terapie se považuje za důležitou, ale ukazuje se, že pacienti mohou terapeuticky získat i z metod, které si nevybrali, jak je tomu např. ve výzku-

mech s náhodným přidělováním do různě léčených skupin. Ke zkoumání role proměnné, již je pacientovo očekávání, zavedli Hoehn-Saric a kol. (1964) v individuální terapii a Yalom a kol. (1976) ve skupinové terapii předterapeutický rozhovor, ve kterém se pacientovi objasňuje chování, jaké se v terapii očekává od pacienta i terapeuta. Pacient se např. předem připravuje na takové jevy, jako je role terapeuta a odpor, a přijímá „pravidla hry“ (Orne a Wender 1968).

Některé osobnostní vlastnosti pacienta mohou přijímání určité metody a jejímu působení napomáhat, nebo je naopak rušit. Můžeme zde hovořit o *interakci metody s osobností pacienta*.

Tak např. submisivní pacient může lépe reagovat na léčbu s jasnou autoritativní explikací a přímým vedením terapeuta, zatímco u pacienta se zvýšenou potřebou autonomie může při takovém přístupu docházet k *reaktanci*, tj. k projevům odporu s potřebou bránit svou autonomii. Takový pacient bude lépe spolupracovat při užití nedirektivních metod.

Zatímco v některých výzkumech jsou proměnné v pacientovi vlastním předmětem výzkumu, snažíme se v jiných výzkumných projektech o *vyloučení vlivu proměnných v pacientovi*, protože interferují s jinými zkoumanými proměnnými. Snažíme se toho dosáhnout extenzitou výzkumu a dostatečnou reprezentativností zkoumaného vzorku.

Při používání experimentální (léčené) a kontrolní skupiny musíme dosáhnout vyrovnanosti obou skupin. Provádíme-li rozdělování pomocí náhodného výběru, rozdělujeme pacienty tak, jak přicházejí do léčení, alternativně jednoho do léčené skupiny a druhého do kontrolní skupiny pomocí schématu a-b-b-a. Srovnáním některých měřitelných nebo klasifikovatelných vlastností získaných vzorků můžeme překontrolovat, zda jsme skutečně dosáhli náhodnosti.

Často se provádí rozdělení na základě stratifikovaného výběru tak, aby byl v každé skupině stejný poměr pacientů podle určených charakteristik. Z hlediska statistického hodnocení je výhodný *párový výběr*. Nejprve získáme relevantní údaje u všech potenciálních pokusných osob a pak vytvoříme dvojice z těch osob, které mají k sobě v těchto charakteristikách nejblíže. Z každé dvojice se pak náhodně, např. hodem mince, vybere jedna osoba do skupiny experimentální a druhá do skupiny kontrolní.

Problémy spojené s rozdělováním do skupin se někdy obcházejí tak, že použijeme každého pacienta jako „svou vlastní kontrolu“. Je hodnocen při prvním kontaktu a pak po uplynutí určitého času, během něhož se neléčí. Pak se provádí terapie a po ní se znovu provádějí pozorování či měření. Změny mezi prvním a druhým hodnocením srovnáváme se změnami mezi druhým a třetím hodnocením. Není zde tedy nutno vytvářet zvláštní kontrolní skupinu z jiných osob, odpadá nutnost vyrovnávání skupin. Problémem při takovém „řazení podmínek za sebou“ však je možnost vlivu jiných, obtížně postižitelných faktorů v průběhu obou časových období.

### 1.1.3 Proměnné týkající se reakce

Ve výzkumech výsledků psychoterapie je reakcí zlepšení stavu nemocného. V této souvislosti znovu narážíme na otázku, co vlastně zlepšením v psychoterapii rozumíme. Je rozdílné, hodnotíme-li *změnu v příznacích* nebo *změnu v sociálním přizpůsobení* nebo *změnu týkající se reorganizace osobnosti*, hodnot a postojů. Dále je možno vycházet z pacientova sebehodnocení, z posouzení terapeutem nebo ze skórování

dat od nezávislého pozorovatele či významné osoby z pacientova vlastního prostředí. Údaje lze získat od pacientů vystavených terapii jako zprávu o sobě v dotazníku či zaškrtačací listině symptomů, nebo posouzení na základě posuzovací škály či zaškrtačací listiny provádí terapeut, experimentátor či pozorovatel. Používá-li se údajů od pacientů ve formě dotazníků či sebehodnocacích škál, je nutno vzít v úvahu, že pacient může sdělit to, co terapeut či pozorovatel chce slyšet, a změny pak mohou být dány spíše pacientovými postoji k terapeutovi či k léčení než skutečným zlepšením. Skóre na škále pacientových symptomů nebo na škále spokojenosti mohou být částečně také prostředkem pacientova sdělení, zda si přeje, nebo nepřeje další léčení. Chování pacienta ve skupinové psychoterapii přináší z tohoto hlediska více informací, protože skupina je do jisté míry modelem interpersonálních situací z běžného života. Tam, kde je to možné, využívá se k zachycení změn v chování posouzení blízkými osobami z pacientova okolí.

Některé studie se pokoušejí zahrnout při výzkumu výsledků psychoterapie více rozdílných kritérií a diferencovaně pak určit, o jaké zlepšení nebo o jaké změny v daném případě jde. Je vhodné použít testy standardizované, u nichž je známa validita a spolehlivost a které mají normy. Existující psychologické testy však mají tu nevýhodu, že se obvykle nehodí přesně k tomu, co potřebujeme při zkoumání efektu psychoterapie zjišťovat. Výzkum pak připomíná vtíp o opilci, který hledá klíč, ztracený bůhví kde, pod lucernou, „protože je tam větší světlo“. Studie používající konstrukce specifických pomůcek, tj. dotazníků a posuzovacích škál vytvořených ad hoc pro účely výzkumu, bývají naopak vystaveny kritice, že použily metody, jejichž validita a spolehlivost není ověřena. Provedení ideálního výzkumu by tedy vyžadovalo nejprve vytvoření a zkoumání výzkumných metod a teprve pak výzkum vlastní problematiky.

Kromě postižení změn bezprostředně po léčbě je důležitá *katamnéza*, která umožňuje posoudit stabilitu dosažených změn. Obvykle se zjišťuje za 3 měsíce, za půl roku a za 1 rok.

## 1.2 Faktoriální projekty

*Klasický projekt* je projekt, který pracuje s jednou nezávisle proměnnou. Snažíme se zachovat všechny ostatní proměnné konstantní. Manipulujeme s jednou nezávisle proměnnou a v závislosti na ní sledujeme změny závisle proměnné. Změny v hodnotách závisle proměnné jsou pak považovány za výsledek vlivu příslušné nezávisle proměnné, a to s příslušnou statisticky zjištěnou mírou pravděpodobnosti.

*Faktoriální projekt* dovoluje zkoumat současně vliv více faktorů. Má dvě nebo více nezávisle proměnných, z nichž každou obměňujeme dvěma nebo více způsoby a studujeme jejich vliv ve všech možných kombinacích. Buď se může s oběma nezávisle proměnnými přímo experimentálně manipulovat, nebo může jedna z nich spočívat ve výběru osob. Faktoriální projekt dovoluje zhodnotit pomocí statistické techniky analýzy rozptylu nebo analýzy kovariance účinek jednotlivých nezávisle proměnných a současně též zhodnotit *vliv jejich vzájemné interakce*.

Uvedeme zde několik významných příkladů faktoriálních projektů v oblasti psychoterapie, a to projekt balíimorský, pensylvánský, michiganský a kalifornský.



### 1.2.1 Baltimorský projekt

V tomto projektu, uskutečněném na Phippsově psychiatrické klinice Univerzity J. Hopkinse v Baltimoru (Frank 1959), se současně zkoumal vliv psychoterapeutických technik a vliv osoby terapeuta.

*Situační proměnné.* První nezávisle proměnnou byla *terapeutická metoda*. Byly použity tři odlišné metody, a to terapie skupinová, terapie individuální a jako kontrola terapie „minimální“ (občasný kontakt). Terapeutická koncepce byla pro oba léčebné postupy shodná. Byla charakterizována úsilím o „poznání a korigování závad v interpersonální percepci a v interpersonálním chování“. V individuální terapii to znamenalo relativně větší důraz na současnost než na minulost a ve skupinové terapii větší důraz na skupinovou interakci než na události mimo terapeutické sezení. Vypátrání počátku vzniku maladaptivního chování se chápalo jako prostředek k objasnění současného chování, nikoli jako cíl sám o sobě. Skupinovou psychoterapii měli pacienti jednu a půl hodiny týdně, individuální terapii 1 hodinu týdně. Minimální terapie se skládala z krátkých půlhodinových rozhovorů jednou za dva týdny a zaměřovala se na pacientovy potíže a na úvahy, jak se s nimi vypořádat.

Druhou nezávisle proměnnou byl *terapeut*. Jako terapeuti byli určeni tři psychiatři ve druhém roce psychoterapeutického výcviku, z nichž každý měl zkušenosti s individuální i skupinovou terapií. Každý psychiatr léčil stejný počet pacientů každou z uvedených forem léčby. Léčení trvalo přibližně 6 měsíců, výjimečně i kratší dobu, došel-li psychiatr k přesvědčení, že pacient získal z terapie maximum již před touto lhůtou.

*Proměnné týkající se pacientů.* Tyto proměnné se v projektu nezkoumaly a k vyloučení jejich rušivého vlivu se použil náhodný výběr. Pacienti se vybírali na základě prvního vyšetření v ambulanci. Byli to muži i ženy ve věku od 18 do 55 let, převážně s neurózami a hraničními stavy. Nezařazovali se pacienti s organickými mozkovými poruchami, asociální psychopati a alkoholici, dále pacienti s akutní psychózou a oligofrenií. Pomocí náhodného výběru se přiřazovali k jednotlivým psychiatrům a do jednotlivých forem léčby. Celkem se výzkumu zúčastnilo 54 pacientů, po šesti v každé z možných kombinací léčby (tab. 1).

TABULKA 1

| Baltimorský projekt  |           |           |           |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|
| Metoda               | Terapeut  |           |           |
|                      | A         | B         | C         |
| Skupinová terapie    | 6         | 6         | 6         |
| Individuální terapie | 6         | 6         | 6         |
| Minimální kontakt    | 6         | 6         | 6         |
| <b>Součty</b>        | <b>18</b> | <b>18</b> | <b>18</b> |

*Proměnné týkající se reakce.* Posuzovaly se změny a) v pacientově hodnocení vlastní subjektivní nespokojenosti a b) změny v sociální neúspěšnosti. Nespokojenost se operacionálně definovala pomocí skóre v dotazníku se 41 symptomů. Sociální neúspěšnost byla definována v pojmech 15 typů chování, které se obvykle považuje za společensky neúspěšné. Toto chování posuzovali pozorovatelé na základě informací získaných od pacienta a od informátora z okruhu pacientovy rodiny nebo blízkých spolupracovníků, a to pomocí škály s dílčími šestibodovými škálami v 15 kategoriích. Měření se prováděla před terapií, po terapii a katamnesticky po ročním intervalu.

Zlepšení bylo dáno rozdílem mezi skóre před terapií a po terapii. Tyto rozdíly se analyzovaly ke zjištění účinné terapeutické metody, vlivu osobnosti terapeuta a interakce mezi metodou a psychoterapeutem. Výpočet byl proveden metodou analýzy kovariance. Do tabulky (viz tab. 1) se při výpočtech dosazují místo počtu léčených pacientů získané údaje o závisle proměnných – v jednom případě průměrné hodnoty rozdílů ve skóre subjektivní nespokojenosti, v druhém případě rozdíly ve skóre sociální neúspěšnosti před terapií a po ní.

### 1.2.2 Pensylvánský projekt

V tomto projektu, uskutečněném na Pensylvánské státní univerzitě (Ford 1959), se rovněž zkoumal vliv odlišných technik psychoterapie a osobnosti terapeuta.

*Situační proměnné.* Nezávisle proměnnými bylo a) verbální chování terapeutů, b) osobní charakteristiky terapeutů. Byly použity dvě techniky: technika nedirektivní, ve které se reformuloval obsah toho, co pacient sděloval, a technika direktivní, která obsahovala interpretace pacientových sdělení, jejich schválení nebo odmítnutí, povzbuzování a poskytování informací, vlivy persuzivní a sugestivní. 10 terapeutů bylo vycvičeno tak, aby uměli používat obě techniky (tab. 2.).

TABULKA 2

| Pensylvánský projekt |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |
|----------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Metoda               | Terapeut |          |          |          |          |          |          |          |          |          | Součty    |
|                      | A        | B        | C        | D        | E        | F        | G        | H        | I        | J        |           |
| Nedirektivní terapie | 2        | 2        | 2        | 2        | 2        | 2        | 2        | 2        | 2        | 2        | 20        |
| Direktivní terapie   | 2        | 2        | 2        | 2        | 2        | 2        | 2        | 2        | 2        | 2        | 20        |
| <b>Součty</b>        | <b>4</b> | <b>4</b> | <b>4</b> | <b>4</b> | <b>4</b> | <b>4</b> | <b>4</b> | <b>4</b> | <b>4</b> | <b>4</b> | <b>40</b> |

*Proměnné týkající se pacienta.* Opět se nezkoumaly a byly znáhodněny. Celkem 40 klientů se pomocí náhodného výběru rozdělilo tak, že každý terapeut dostal přiděleny dva klienty pro terapii nedirektivní a dva pro terapii direktivní.

*Proměnné týkající se reakce* (závisle proměnné). Změny se posuzovaly pomocí testových metod MMPI, Rorschachova testu, TAT, Edwardsovy škály a zaškrtávací listiny symptomů. Dále se použila posuzovací škála pro terapeuty a pro posuzovatele a kódování záznamu o průběhu terapie.

Statistická analýza se prováděla metodou analýzy rozptylu, což v tomto projektu umožnilo současné srovnání účinku a) dvou druhů léčení, b) deseti terapeutů a c) interakce terapeutů s oběma druhy léčení.

### 1.2.3 Michiganský projekt

V projektu, který provedl Di Loreto (1971) na Západní Michiganské univerzitě, se zkoumal vliv tří druhů psychoterapeutických metod a vliv osobnostních rysů pacientů (extraverze a introverze) na snížení strachů v sociálních situacích.

*Situační proměnné.* V projektu se srovnávaly tři typy skupinové psychoterapie: terapie rogersovská, terapie racionálně-emoční podle Ellise a terapie behaviorální (systematická desenzibilizace). Vedle těchto experimentálních skupin byly vytvořeny dvě skupiny kontrolní – jedna se společenským kontaktem s klienty (autor se s nimi třikrát sešel k neformálnímu podpůrnému rozhovoru během oběda) a jedna skupina bez jakéhokoli kontaktu.

Skupinová psychoterapie probíhala v pětičlenných terapeutických skupinách, každá absolvovala celkem 9 sezení. Na provádění terapie se podílelo 6 terapeutů z řad pokročilých graduovaných studentů klinické a poradenské psychologie. Každou techniku prováděli dva terapeuti, kteří s ní byli identifikováni. Každý terapeut vedl dvě terapeutické skupiny po pěti osobách. Efekt osobnosti terapeutů se v tomto projektu nezkoumal.

*Proměnné v pacientech.* Druhou nezávisle proměnnou byla extraverze a introverze pacientů (tab. 3). Rozdělení na extraverty a introverty bylo provedeno pomocí Myers-Briggsova testu. Pacienty bylo celkem 100 studentů, kteří v dotazníku uvedli, že trpí sociálními strachy, a projevíli zájem o nabídnuté bezplatné léčení.

TABULKA 3

| Michiganský projekt            |            |            |            |
|--------------------------------|------------|------------|------------|
| Metoda                         | Klienti    |            | Součet     |
|                                | extraverti | introverti |            |
| Rogersovská terapie            | 10         | 10         | 20         |
| Racionálně-emoční terapie      | 10         | 10         | 20         |
| Systematická desenzibilizace   | 10         | 10         | 20         |
| Kontrolní skupina s kontaktem  | 10         | 10         | 20         |
| Kontrolní skupina bez kontaktu | 10         | 10         | 20         |
| <b>Součet</b>                  | <b>50</b>  | <b>50</b>  | <b>100</b> |

*Proměnné v reakci.* Byly měřeny a srovnány změny ve škálách interpersonální úzkosti (sebeuposouzení i posouzení chování vnějším posuzovatelem) a v dotazníku všeobecné úzkosti.

### 1.2.4 Kalifornský projekt

Projekt kolektivu autorů pod vedením R. Sloana a F. Staplese (1975) z psychiatrické kliniky Univerzity Jižní Kalifornie, prakticky provedený na pacientech psychiatrické ambulance Temple univerzity ve Filadelfii, zkoumá účinnost behaviorální a psychoanalyticky orientované terapie ve srovnání s vlivem minimálního kontaktu u čekatelů na léčení. Dále zkoumá vliv zkušenosti terapeutů a vliv závažnosti pacientových příznaků, a to na zlepšení v klíčových symptomech a na celkovou adaptaci u pacientů s neurózami a poruchami osobnosti.

*Situační proměnné.* Prováděla se individuální terapie behaviorální a individuální terapie orientovaná psychoanalyticky, a to v obou případech ve 13–14 sezeních v ambulantních podmínkách po dobu čtyř měsíců při jednom sezení týdně, které trvalo 1 hodinu. Pacienti zařazení do kontrolní skupiny byli požádáni, aby pro nedostatek terapeutů počkali na léčbu 4 měsíce, přičemž během této čekací doby je vždy po několika týdnech pozvala asistentka výzkumu, vřelá přátelská osoba, k podpůrně zaměřenému kontrolnímu rozhovoru. Postup terapeutů v obou léčených skupinách se neomezoval na užití jediné terapeutické techniky, bylo však jasně písemně stanoveno, co představuje behaviorální a co analyticky orientovanou terapii. Projektu se zúčastnilo šest terapeutů, a to 3 behaviorální terapeuti a 3 psychoanalytici, všichni s vysokou profesionální úrovní. Po stránce terapeutické zkušenosti byli rozděleni do kategorií velká, střední a menší, což umožnilo zkoumat vliv zkušenosti jako nezávisle proměnné.

*Proměnné týkající se pacientů.* Pacienti, kteří byli vhodnými kandidáty pro psychotherapeutickou léčbu, byli náhodně přiděleni do dvou druhů léčení a do kontrolní skupiny tak, aby v každé skupině bylo 30 osob. Skupiny byly plánovitě vyrovnány, pokud jde o pohlaví a o závažnost neurotické problematiky (stupeň neuroticismu), která se rovněž posuzovala jako nezávisle proměnná. Celkem se výzkumu zúčastnilo 90 pacientů mezi 18 a 45 lety se zřetelně vyjádřenými subjektivními potížemi, kteří vyhledali psychiatrickou pomoc, byli ochotni se po 4 měsíce účastnit psychotherapeutických rozhovorů bez poskytnutí léků a podle názoru posuzovatelů u nich byla indikována terapie. Pacienti byli většinou mladí, mírně převažovaly ženy (60 %), ze 2/3 šlo o neurózy, z 1/3 o poruchy osobnosti. Z diagnóz se vyskytovala nejčastěji úzkostná neuróza.

*Proměnné týkající se reakce.* Byly posuzovány tři hlavní (klíčové) symptomy na pětibodové škále a dále byla posuzována pomocí škály SSIAM celková adaptovanost v oblasti pracovní, sociální, sexuální a ve vztazích s primární i vlastní rodinou. Posouzení prováděli tři nezávislí posuzovatelé před léčbou, po léčbě (tj. za 4 měsíce) a pak katamnesticky za jeden a dva roky.

TABULKA 4

| Kalifornský projekt    |                                       |       |       |         |       |       |       |        |
|------------------------|---------------------------------------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|--------|
| Terapeut: zkušenost    |                                       | velká |       | střední |       | nižší |       | Součty |
| Pacient: neuroticismus |                                       | velký | mírný | velký   | mírný | velký | mírný |        |
| Metoda                 | behaviorální terapie                  | 5     | 5     | 5       | 5     | 5     | 5     | 30     |
|                        | dynamická terapie                     | 5     | 5     | 5       | 5     | 5     | 5     | 30     |
|                        | kontrolní skupina – minimální kontakt | 5     | 5     | 5       | 5     | 5     | 5     | 30     |
| Součty                 |                                       | 30    |       | 30      |       | 30    |       | 90     |

Ve faktoriálním projektu  $2 \times 3 \times 2$  (tab. 4)<sup>17</sup> s analýzou rozptylu bylo možno současně ověřit vliv tří faktorů a jejich vzájemné kombinace: metody (behaviorální a analytické), terapeutovy zkušenosti (vysoká, střední a menší) a stupně neuroticismu pacienta (mírný a vysoký).

## 1.3 Metody měření dat

Jednou z důležitých otázek při plánování výzkumu je otázka, jak měřit relevantní proměnné, a to jak pokud jde o faktory v technice, terapeutovi a v terapeutickém vztahu, tak zejména pokud jde o výsledky terapie u pacienta. Globální posouzení „zlepšen“, „nezlepšen“ je značně nepřesné. Naproti tomu standardizované pomůcky rutinní psychodiagnostiky neměří většinou ty faktory, které bychom při posuzování efektu psychoterapie potřebovali měřit.

Pro posuzování terapeutického efektu u psychóz byla vyvinuta řada posuzovacích stupnic, které se i u nás osvědčily zejména ve farmakologickém výzkumu. Při posuzování zlepšení u neuróz se získaly dobré zkušenosti s dotazníkem neurotických příznaků N5 a dotazníkem životní spokojenosti ŽIN/ŽIS (sestavenými Knoblochem aj.), které byly podrobeny rozsáhlému statistickému zpracování a korelovány i s neurotickými a osobnostními dotazníky Eysenckovými MMQ, MPI a EPI (Engelsmann 1966). Nověji se u nás využívá Zaškrťovací listina neurotických symptomů SCL 90, Dotazník psychosociálního fungování (PFI) a Beckova škála deprese (Filip a kol. 1985, Beran 1993).

<sup>17</sup> S kontrolní skupinou bez terapie se při výpočtu vlivu tří nezávisle proměnných a jejich interakce nepočítalo. Kromě toho však byl proveden samostatný výpočet metodou jednoduché analýzy rozptylu pro srovnání obou metod terapie se změnami v kontrolní skupině.

Je poměrně málo metod, s jejichž používáním se v literatuře setkáváme opakovaně. V předchozích vydáních „Psychoterapie“ jsem uváděl ukázky dvou desítek metod, které byly použity ve výzkumech efektu psychoterapie v šedesátých letech a se kterými se v současných publikovaných výzkumech již nesetkáme.

Skutečnost, že při hodnocení efektu psychoterapie používají různá pracoviště různé metody, způsobuje, že se jejich výsledky dají obtížně srovnávat. Waskowová a Parloff (1975) se pokusili o výběr testů pro *standardní testový soubor*, který by mohli používat různě orientovaní pracovníci, což by umožnilo hodnotící postupy sjednotit. Požádali řadu významných amerických autorů zabývajících se výzkumem psychoterapie o sestavení přehledu různých druhů účinku psychoterapie. Na závěr měl každý autor doporučit 2–3 metody pro univerzální soubor. Konference sedmi odborníků vybrala z návrhů celkem 6 metod. Přihlížela k tomu, aby zvolené metody mohly poskytnout základní informace o stavu pacienta na začátku a na konci terapie a aby byla zařazena většina základních hledisek posuzování a) pacientem, b) terapeutem, c) relevantní osobou z pacientova okolí a d) nezávislým klinickým pozorovatelem.

Výběr a navržený sled použití vybraných metod byl tento: Nejprve nezávislý posuzovatel posoudí psychický stav podle Spitzerova schématu PSS. Pak pacient označí své symptomy v zaškrťovací listině symptomů HSCL (Hopkins Symptoms Checklist), vyplní škálu klíčových symptomů TC (Target Complaints) a provede MMPI. Terapeut vyplní rovněž škálu klíčových symptomů a na základě pohovoru s relevantními osobami z pacientova okolí posoudí pacienta buď podle Katzových škál přizpůsobení (KASD), nebo Elmsworthových škál osobního přizpůsobení a dovedností v rolích (PARS). Stejný postup se provede na konci léčby. Návrh se však neujal.

Ze škál vytvářených v USA v poslední době v souvislosti s potřebou hodnotit účinnost krátké psychoterapie pro pojišťovny a provozovatele řízené zdravotní péče uvedme dva příklady.

Eisenová aj. (1996) navrhli pod názvem BASIS-32 škálu o 32 položkách k posouzení efektu psychoterapie z pacientova hlediska. Škála má 5 subškál: vztah k sobě a k druhým, deprese a úzkost, denní život a fungování v osobních rolích, impulzivní a návykové chování a znaky psychózy.

Lambert aj. (1996) sestavili dotazník efektu Outcome questionnaire OQ-45, který obsahuje tři dílčí škály. Škála symptomů má položky týkající se zejména deprese, úzkosti a návyku na drogy. Škála interpersonálních vztahů se týká konfliktů, pocitů izolace a negativního sebehodnocení v oblasti přátelství, manželství a rodiny. Škála uskutečňování sociální role je zaměřena na spokojenost v zaměstnání, v rodinných vztazích a při trávení volného času.

Těž břitští autoři Barkham aj. (2001) připravili účelný dotazník s názvem CORE-OM se 34 položkami, který obsahuje 4 dimenze: subjektivní spokojenost (well-being), psychopatologické symptomy, fungování v interpersonálních a sociálních vztazích a rizikové chování. S tímto dotazníkem získávají zkušenosti v Trnavě (Timulák 2005).

Vedle vytváření a používání dotazníků a škál, v nichž se u všech pacientů zkoumaného souboru používají a hodnotí stejné otázky či položky jako jednotné měřítko úspěchu, vznikla též tendence provádět posuzování, která mají u každého pacienta na zřeteli jeho *specifické potřeby a problémy*. Zjišťují, zda se pacient po léčbě změnil v individuálně predikovaném směru. Mohou se pokusit zahrnout všechny individuální příznaky

nebo postihnout jen příznaky klíčové. Mohou zahrnovat jen symptomy, nebo včlenit i problémy.

Battleová a kol. (1996) navrhli hodnotící postup, který je možno nazvat škálou klíčových stížností („target complaints“). V původní verzi terapeut na konci úvodního rozhovoru požádá pacienta, aby formuloval tři nejdůležitější problémy, s nimiž potřebuje pomoci. Na konci léčby se mu pak uvedené hlavní stížnosti opět přečtou a je znovu žádán, aby u každé posoudil změnu na pětibodové škále. Ve škále, aspoň ve formě, kterou používá Battleová, se směšují symptomy s problémy. Mezi stížnostmi se mohou zahrnout jak psychické a somatické příznaky (potíže), tak interpersonální problémy (např. v rodině, v práci), se kterými se pacient potřebuje vypořádat. Sloane a kol. (1975) použili škálu pod názvem „target symptoms“ tak, že posuzovatelé formulovali na základě úvodního vyšetření spolu s pacientem jeho tři základní problémy či symptomy a na pětibodových stupnicích posuzovali jejich závažnost před terapií, po ukončení terapie a v katamnestických intervalech. Svá předchozí hodnocení neměl posuzovatel k dispozici.

Na základě tohoto principu jsme si v Kroměříži vytvořili pro hodnocení efektu skupinové psychoterapie jednoduchý formulář nazvaný *Škála individuálních příznaků* (ŠIP). Na listu je 10 očíslovaných volných polí a u každého z nich je na konci předtištěna škála 0–5. Při nástupu léčby vypíše pacient do volných rubrik neurotické příznaky, pro které se přichází léčit. Vyšetřující lékař nebo psycholog soupis s pacientem zreviduje a případně provede jeho přiměřenější kategorizaci do jednotlivých položek. Takto vytvořenou definitivní škálu individuálních příznaků terapeut přepíše v několika vyhotoveních. Originál dá pacientovi, aby na číselných škálách označil intenzitu jednotlivých příznaků, jaká je před nástupem léčby. Celkové skóre je dáno součtem zatřesených skóre u jednotlivých položek. Kopii škály dostává pacient k posouzení intenzity příznaků při ukončení léčby a další kopie se mu zasílají k vyplnění při katamnestickém sledování. Změna je dána rozdílem skóre před léčbou a po léčbě, případně při katamněze.

U některých symptomů či poruch je možno použít i objektivní „tvrdá“ data, např. u anorexie změny v indexu tělesné hmotnosti, u nikotinismu, závislosti na alkoholu a zneužívání drog výskyt v dechu, krvi či moči a u fobií pozorování změn v dřívějším vyhýbavém chování.

Z metod, které jsou zaměřeny nikoli na efekt psychoterapie, ale na *posuzování terapeuta, terapeutické situace nebo terapeutického vztahu*, uveďme jako příklad Truaxův dotazník terapeutického vztahu.

Truaxův dotazník má 141 položku. V jednotlivých položkách je charakterizován vztah mezi terapeutem a pacientem tak, jak jej pacient vnímá a prožívá. Uvedeme ukázky několika položek, na které pacient odpovídá ano nebo ne.

1. Spíše se zdržuje projevů své mínění, než aby mi řekl, co si skutečně myslí.
2. Rozumí mým slovům, ale neví, co skutečně cítím.
3. Rozumí mně.
4. Je mnou často zklamán.
24. Rád mě vidí.
30. Myslím, že se se mnou ztotožňuje.
100. Užívá pořád stejná slova, až jsem z toho unaven.
137. Zdá se mi, že ho věci, které mu říkám, většinou unavují.

Dotazník zjišťuje především tři faktory, které se rýsují v projektech rogersovské školy jako nejvýznamnější proměnné v osobnosti terapeuta: 1. empatii (dokonalou schopnost vcítit se do pacienta), 2. nesobeckou vřelost, a 3. opravdovost. K dalším proměnným zjišťovaným dotazníkem patří globální posouzení „všezahrnujícího terapeutického vztahu“, posouzení důvěrnosti ve vztahu a konečně konkrétnost, kterou se rozumí specifičnost terapeutových výroků (Truax a Carkhuff 1967). V Kroměříži jsme s P. Vavříkem připravili zkrácenou a upravenou českou verzi dotazníku o 95 položkách a použili ji při měření vlastností terapeutů ve skupinové terapii.

# Výzkum výsledků

## 2.1 Spor o účinnost psychoterapie

H. J. Eysenck napsal v r. 1952 stat, která vyvolala značný rozruch. Srovnal výsledky psychoterapie v některých publikovaných studiích s výsledky dvou stat, které uváděly u neurotiků procenta zlepšení, k němuž došlo po určité době bez formálního psychotherapeutického působení. Zdůraznil, že účinnost psychoterapie lze dokázat pouze srovnáváním pacientů léčených psychoterapií s pacienty neléčenými touto metodou a že účinek psychoterapie může spočívat pouze v prokázaném pozitivním rozdílu mezi těmito dvěma skupinami. Rozborem pěti studií, které uváděly výsledky analytické psychoterapie (Fenichel, Kessel a Hyman, E. Jones, F. Alexander a R. O. Knight), došel Eysenck k závěru, že k uzdravení nebo ke značnému zlepšení dochází při tomto druhu terapie asi ve 44 % případů. V provedeném přehledu 19 studií s psychoterapií eklektickou bylo možno zjistit uzdravení nebo podstatné zlepšení v 64 % případů. Do kontrolní skupiny, tj. bez psychoterapie, shrnul Eysenck údaje dalších dvou studií, a to studie Landisovy (1938) o procentech pacientů propuštěných každý rok z newyorských a jiných amerických státních nemocnic, jejichž stav se zlepšil, a Denkerův (1946) přehled 500 neurotických pacientů, kteří byli v péči praktických lékařů. Předpokládal, že jak pacientům v běžné ústavní péči, tak pacientům léčeným jen praktickými lékaři se nedostávalo skutečné odborné psychoterapie. Studie ukázaly, že u těchto pacientů došlo během dvou let ke zlepšení v 72 % případů. Kritéria zlepšení, podle kterých se při hodnocení výsledků publikovaných studií řídil, převzal Eysenck z Denkera: a) návrat do práce a přiměřené chování ve smyslu ekonomického přizpůsobení, b) nepřítomnost stížností na potíže nebo jen stížnosti na potíže lehké a c) úspěšné sociální přizpůsobení.

Ze srovnání vyplynulo, že nejvíce zlepšení se projevilo ve skupinách pacientů, kteří byli pouze minimálně psychotherapeuticky léčeni, a srovnání mezi psychoterapií analytickou a eklektickou se zdálo paradoxně nasvědčovat tomu, že intenzivnější a delší léčba vedla k menším výsledkům než doba kratší a léčba povrchnější. Eysenck se vši rozhodností uzavírá, že léčebnou účinnost psychoterapie nelze považovat za prokázanou.

Článek vyvolal značné pobouření a ostrou diskusi, v níž Eysenck v dalších statích hájil svůj závěr. V roce 1960 vyjádřil svoji skepsi týkající se účinku psychoterapie ironickým parafrázováním Galenova výroku: „Všichni, kdo snědí tento lék, se zakrátko uzdraví, kromě těch, kterým nepomůže. Ti všichni zemřou a nepomůže jim ani žádný jiný prostředek. Z toho je zřejmé, že tento lék selhává pouze v nevléčitelných případech.“ K této problematice se Eysenck (1969) znovu vrátil v samostatné monografii a na svých tehdejších názorech trval i po 40 letech (Eysenck 1993). Uvedeme k nim několik polemických komentářů.

D. Cartwright (1955) věnoval pozornost materiálu, o který se Eysenck opřel jako o kontrolní, zejména studii Denkerově, která pochází z r. 1946. Tato studie vyšla ze seznamu o pracovní neschopnosti americké pojišťovací společnosti. Byli do ní zahrnuti lidé, kteří byli pracovně neschopni pro neurózu a uplatňovali nárok na nemocenské pojištění. Denker je sledoval pět let a během dvou let zjistil zjevné uzdravení u 72 %. Kritériem uzdravení bylo vymizení nebo úbytek subjektivních stížností a zapojení do práce. Materiál pocházel z let 1934–1940. Cartwright obrátil pozornost na ekonomické skutečnosti a přetiskl podle statistické ročenky tabulky nezaměstnanosti. V r. 1933 byla ekonomická deprese a postupně začínalo docházet k vzestupu. Vzniká tedy otázka, zda nemohou být Denkerovy výsledky do určité míry spíše důsledkem národní obnovy z ekonomické deprese než výsledkem osobního uzdravení z neurózy.

Bergin (1971) provedl novou analýzu údajů, na nichž Eysenck založil své závěry. Upozornil, že Eysenck při výpočtu procent libovolně zařadil do kategorie nezlepšených i pacienty, jejichž stav se mírně zlepšil, a pacienty, kteří z různých důvodů léčení nedokončili. Pokud by mírně zlepšení pacienti byli zařazeni do kategorie zlepšených a pokud by pacienti, kteří léčení nedokončili, byli z výpočtů vyřazeni, stoupne procento těch, jejichž stav se po psychoanalýze zlepšil, ze 44 % na 83 %. Pro eklektickou terapii se Berginův výpočet od Eysenckova podstatně nelišil. U studií, jejichž autoři referovali o svých terapeutických výsledcích pouze v kategoriích vyléčen, zlepšen a nezlepšen, rozdělil Eysenck skupinu „zlepšených“ arbitrárně na dvě poloviny: jednu označil jako „značně zlepšení“ a přiřadil ji ke zlepšeným. Druhou označil jako „mírně zlepšení“ a přiřadil ji k nezlepšeným. Při práci s Landisovými údaji o spontánních remisích, které jsou rovněž uvedeny pouze ve třech kategoriích (uzdraven, zlepšen, nezlepšen), se však Eysenck této zásady nepřidržel: kategorii „zlepšených“ na dvě poloviny nerozděloval a přičítal ji celou ke „zlepšeným“. Pokud by důsledně zachoval svůj postup použitý při hodnocení terapie, kleslo by procento spontánních remisí ze 72 % na 52 %.

*Jak vypadá otázka spontánních remisí dnes?* Bergin a Lambert (1978) na základě přehledu 17 publikovaných studií ukázali, že procenta zlepšení u neuróz bez profesionální terapie se při několikaletém sledování pohybují mezi 18 a 66, přičemž mediánová hodnota získaná z těchto studií je 43 %. *Hodnota kolem 40 % jako celkový odhad spontánních remisí u neuróz se v současné době jeví jako značně pravděpodobnější než Eysenckovo tvrzení o 72 % nebo 66 % remisí během dvou let.* Ani uvedených 43 % však nelze považovat za nějakou objektivní základnu pro srovnávání s účinky terapie. Jednak byla tato hodnota odvozena z materiálu se značnou variabilitou, jednak se procenta zlepšení bez léčby budou pravděpodobně značně lišit u různých druhů neurotických poruch.



Novější data (Lambert a Bergin 1994) také poukazují na rozdíl v rychlosti nástupu efektu u terapie a u „spontánních remisí“. Přibližně 50 % pacientů se zlepšil po osmi sezeních a 75 % pacientů vykazuje prokazatelné zlepšení do půl roku při psychotherapeutických sezeních 1x týdně (celkem za 26 sezení).

Odpovědí na Eysenckovu kritiku byla nejen polemika, ale také přibývání výzkumů s kontrolní skupinou, které přinášely nové, objektivnější údaje pro zodpovězení otázky po účinnosti psychoterapie.

## 2.2 Výzkumy s kontrolní skupinou

Výzkumy s kontrolní skupinou používají několik základních výzkumných projektů. Jedním z nich je náhodné nebo párované rozdělení pacientů do skupiny léčené a do skupiny kontrolní, ve které se za stejnou dobu změří zkoumané změny. Pacienti z kontrolní skupiny buď čekají na terapii bez jakéhokoli dalšího kontaktu s léčebným zařízením, nebo s nimi léčebné zařízení udržuje určitý minimální kontakt, a nebo se podrobují „placebo-psychoterapii“, tj. určitému léčení, které neobsahuje ty složky, které se ve zkoumaném psychotherapeutickém postupu považují za podstatné.

Druhým projektem je kontrola v rámci téže skupiny, tj. řazení podmínek za sebou. Tatáž skupina pacientů se ponechává nejprve určitou dobu bez terapie a zjišťuje se, jaká nastala změna. Pak se tito pacienti po srovnatelnou dobu podrobují psychoterapii. Změny, které nastaly navíc proti změnám způsobeným prostým plynutím času, se považují za změny způsobené psychoterapií.

Další strategií je srovnávání různých druhů, intenzity, trvání nebo frekvence terapie, ať už v projektu s nezávislými skupinami, nebo s jednou skupinou vystavovanou postupně různému působení. Tato strategie odstraňuje problémy spojené se záměrným ponecháváním pacientů bez terapie a v současných výzkumech se jí využívá nejčastěji.

Uvedeme nejprve ukázky kvalitních výzkumů s kontrolními skupinami a pak poukážeme na rozsáhlé přehledy výzkumných prací, které se pokoušejí poznatky z jednotlivých výzkumů syntetizovat.

### 2.2.1 Ukázky výzkumu efektu

Uvedeme zde šest ukázek výzkumných projektů i s jejich výsledky. První tři výzkumy mají charakter studií modelových, provedených u vybraných vysokoškolských studentů, další tři vycházejí z klinické situace.

1. *Lang a Lazovik* (1963) se pokusili prokázat účinnost systematické desenzibilizace u studentů, kteří se bojí hadů. Pomocí dotazníku, doplněného ještě zevrubnou exploraací, vybrali mezi studenty 24 jedince, kteří se intenzivně báli jakýchkoliv, i nejedovatých hadů, a to do té míry, že se vyhýbali teráriím v zoologické zahradě a byli zneklidnění i pohledem na hada ve filmu, televizi nebo na obrázku. Takoví jedinci se vyskytují podle zkušeností autorů dva až tři ve stu. Vybraní studenti byli náhodně rozděleni do dvou skupin. Experimentální skupina měla 13 a kontrolní 11 členů.

Měřitek strachu, tedy závisle proměnné, bylo několik, hlavní však spočívalo v testování strachu v reálné situaci. Osoba měla přejít do vedlejší místnosti, ve které byl

ve skleněném teráriu černý nejedovatý had dlouhý 1,5 metru. Pacient byl ujištěn, že had není jedovatý, a vyzván, aby vstoupil do místnosti a podle vzoru experimentátora vzal hada do ruky, nebo se alespoň přiblížil k teráriu co nejbližší. V takovém případě byla změřena vzdálenost, na kterou se přiblížil. Tento postup umožnil poměrně objektivní posouzení na škále, kde skóre 1 znamenalo uchopení hada a skóre 19 odmítnutí vstoupit vůbec do místnosti. Po tomto testu měl subjekt na desetibodové škále posoudit svůj subjektivní strach během objektivního testu.

Pokusné osoby v experimentální skupině se podrobily systematické desenzibilizaci, která se skládá z předběžného tréninku a vlastního desenzibilizačního postupu. Předběžný trénink spočíval v 5 sezeních po 45 minutách s nácvikem relaxace a současně s vypracováním individuální hierarchie strachů. Seznam měl obsahovat 20 situací ve vztahu k hadům od nejméně zneklidňujících (např. napsat slovo had) až po nejvíce zneklidňující (např. šlápnout nečekaně na hada).

Na závěr těchto sezení byla u subjektů navozena hypnóza a experimentátor se snažil naučit je živě si představovat scény. Pak následovalo 11 tříčtvrtěhodinových sezení s prováděním vlastní desenzibilizace, kdy se relaxovaný subjekt učil reagovat na postupně vyvolávané ohrožující představy klidem místo strachem. Pak se obě skupiny opět testovaly. Pokusné osoby, které se podrobily desenzibilizaci, vykázaly statisticky významné snížení fobického chování proti kontrolní skupině jak v objektivním testu, tak v subjektivním hodnocení vlastního strachu. Účinek trval i při kontrole za půl roku.

Pokus dokazuje účinnost postupu ve srovnání s kontrolní skupinou, se kterou se nic nedělo, nemůže však být přijat jako důkaz, že účinným faktorem je právě specifická daného postupu, tj. systematická desenzibilizace. V experimentální skupině se bylo možno intenzivně zabývat jedincem, mohl se uplatnit terapeutický vztah mezi experimentátorem a klientem, mohl působit vliv relaxace a sugesce apod. Autoři se proto pokusili navázat na popsání pokusu dalším pokusem (Lang a kol. 1965), ve kterém vytvořili ještě „placebo“ skupinu, vystavenou tomu, co bylo podle nich v celém postupu jen pseudoterapií a nepodílelo se na specifickém psychotherapeutickém účinku. Tato kontrolní „pseudoterapeutická“ skupina s 10 pokusnými osobami se podrobila všemu, čemu se podrobovala experimentální skupina, vyjma vlastní desenzibilizace. V pěti sezeních se zde nacvičovala relaxace a hypnotizace a sestavila se hierarchie strachů. V 11 následujících sezeních se subjekt relaxoval a byl požádán, aby si představoval různé scény, které předtím popsal jako příjemné. Tyto scény se nijak nedotýkaly fobického materiálu. Výsledky se porovnály s experimentální (terapeutickou) skupinou, jejíž počet se mezitím rozrostl z původních 13 na 23 osob. (Jelikož technika byla standardní, přičleňovali autoři další osoby k pokusným osobám z první studie.)

Desenzibilizované osoby vykázaly významně větší snížení fobického strachu než kontrolní osoby jak bez terapie, tak s „pseudoterapií“. Osoby, jejichž psychotherapeutická zkušenost zůstala omezena na pseudoterapii (tedy ve vztahu k dané teorii na „psychotherapeutické placebo“), nevykázaly větší pozitivní změnu než skupina neléčená. Výzkum zachytil ještě více proměnných, např. pomocí Stanfordské škály hypnability prokazoval, že mezi skupinami není významný rozdíl v sugestibilitě.

Výsledky interpretují autoři v tom smyslu, že postupy jako hypnotizace či výcvik ve svalové relaxaci a jejich opakované používání v terapeutickém kontextu samy o sobě nevedou ke změně ve strachovém chování a že ani vztah, který vznikl během 16 sezení mezi experimentátorem a subjektem, není příčinou terapeutické změny. Specifickým účinným faktorem je zde systematická desenzibilizace. Novější práce však upozorňují, že v pokusech nebyl dostatečně kontrolován faktor očekávání (Murray a Jacobson 1978). Důvěryhodnost systematické desenzibilizace v očích klienta a s tím spojené očekávání, že postup bude účinný při odstraňování strachu, je nepochybně vyšší než důvěryhodnost kontrolního postupu. Nelze tedy vyloučit, že se očekávání terapeutického zisku mohlo podílet na větším účinku systematické desenzibilizace (Kazdin a Wilcoxon 1975).

2. Studie G. Paula (1966) z *illinoiské univerzity* je druhou z klasických dobře projektovaných kontrolovaných studií z okruhu behaviorální terapie. Autor srovnával metodu systematické desenzibilizace se dvěma dalšími metodami a s kontrolní skupinou bez terapie u osob se strachem z veřejného vystoupení. Ze 700 žáků vysokoškolských kurzů řečnictví vybral 98, kteří měli strach mluvit před publikem a byli motivováni se pro tento strach léčit. Jedna skupina byla léčena systematickou desenzibilizací, druhá skupina byla léčena dynamickou psychoterapií, která měla zprostředkovat „náhled“, třetí skupina „placebo-psychoterapií“ (jednotlivcům měla být v sezeních věnována pozornost a slovní podpora). V každé skupině bylo 15 osob, čtvrtá skupina s počtem 29 osob nebyla vůbec ovlivňována. Zvláštností autorova výzkumu je, že tři léčebné postupy provádělo pět vysoce kvalifikovaných psychoterapeutů, kteří byli za sezení normálně placeni. Jejich společným rysem byla dynamická orientace, která u jednotlivých terapeutů sahala od freudovské až po sullivanovskou. Každý pacient se zúčastnil pěti terapeutických sezení. Každý terapeut měl přiděleno 9 pacientů, z toho u tří měl provést dynamickou terapii zaměřenou na získání náhledu, u tří měl provést systematickou desenzibilizaci a třem měl věnovat pozornost ve smyslu „placebo-psychoterapie“. V užití standardní metody systematické desenzibilizace se terapeuti předem vycvičili. Úspěch terapie (závisle proměnná) se posuzoval ve slepém uspořádání nezávislými posuzovateli, kteří hodnotili každého pacienta jako řečníka při veřejném vystoupení.

Pro názornost uvedme z podstatně komplexnějších údajů alespoň zjednodušenou tabulku (tab. 5).

TABULKA 5

| Výsledky psychoterapie u trémy |    |               |                |          |                 |
|--------------------------------|----|---------------|----------------|----------|-----------------|
| Skupina                        | N  | Nezlepšení se | Mírné zlepšení | Zlepšení | Značné zlepšení |
| Desenzibilizace                | 15 | -             | -              | 15%      | 86%             |
| Náhledová terapie              | 15 | 7%            | 4%             | 27%      | 20%             |
| Placebo-psychoterapie          | 15 | 20%           | 33%            | 47%      | -               |
| Kontrolní skupina bez kontaktu | 29 | 28%           | 28%            | 17%      | -               |

Výpočty významnosti ukazují větší úspěšnost desenzibilizační terapie proti „placebo-terapii“ i proti terapii s náhledem. Ačkoli terapie s náhledem nebyla významně úspěšnější než „placebo-terapie“, obě byly významně úspěšnější, než odpovídá spontánnímu zlepšení, ke kterému došlo v kontrolní skupině bez ovlivňování. Studie je rovněž do značné míry modelová a pracuje opět s elementární fobií, počet sezení se zdá – zejména z hlediska uplatnění prvků dynamické psychoterapie – příliš malý. Dosáhne-li však jistá forma terapie v témže čase významnějších úspěchů, svědčí to též v její prospěch.

Dva roky po skončení léčení získal Paul (1967) poštou katamnestické informace od všech léčených osob a od 70 % osob z kontrolní skupiny. Ve většině ukazatelů se zlepšení udrželo nebo i zvýšilo. Nebyly rozdíly mezi placebo-skupinou a skupinou s náhledem (značné zlepšení u 50 %). V obou bylo zlepšení proti stavu před léčbou významně vyšší než v kontrolní skupině (22 %) a významně nižší než ve skupině se systematickou desenzibilizací (85 %).

3. Di Loreto (1971) z *michiganské univerzity* provedl srovnání tří forem terapie, a to systematické desenzibilizace, terapie racionálně-emoční (podle Ellise) a terapie rogersovské. Ze 100 studentů, kteří trpěli různými formami strachu v sociálních situacích a přijali nabídku na bezplatné léčení, bylo náhodně přiděleno po 20 osobách do každé z uvedených forem terapie a po 20 osobách do dvou kontrolních skupin, jedné se společenským kontaktem (placebo-terapie) a druhé bez kontaktu. Terapii prováděli pokročilí studenti psychologie identifikovaní s příslušnou metodou a mající s ní aspoň roční praxi. Terapie probíhala skupinovou formou v pětičlenných skupinách. S každou bylo provedeno 9 sezení. Efekt hodnotily jednak léčené osoby pomocí dotazníků, jednak nezávislí posuzovatelé. Katamnéza byla získána tři měsíce po skončení léčení (str. 320).

U všech léčených skupin došlo ve všech ukazatelích strachu k významnějšímu zlepšení než v obou kontrolních skupinách. Systematická desenzibilizace vedla přitom k významnějšímu zlepšení než obě další formy terapie. Pokud jde o vliv na interpersonální aktivitu mimo terapeutická sezení, byl největší u racionálně-emoční terapie, menší u systematické desenzibilizace a nejmenší u terapie rogersovské a u placebo-terapie. Rozdíly byly opět významné. Popsané charakteristické rysy zlepšení zůstaly zachovány i při tříměsíční katamnéze.

Skupina s placebo-terapií, které byla věnována pozornost při několika přátelských setkáních během oběda, se významně zlepšila ve srovnání se skupinou bez kontaktu. To potvrzuje také účinnost nespecifických faktorů.

Metody terapie měly odlišné účinky na introvertované a extravertní klienty. Strachy u extravertovaných osob se více snižovaly při rogersovské psychoterapii a při systematické desenzibilizaci než při racionálně-emoční terapii, jejíž efekt se u těchto osob nelišil od efektu v placebo-skupině. U introvertovaných osob byla účinnější racionálně-emoční terapie a systematická desenzibilizace než rogersovská psychoterapie, jejíž efekt se opět nelišil od placebo-skupiny. Systematická desenzibilizace dosahovala dobrých a signifikantních efektů u obou typů pacientů stejně.

Určitý metodologický problém v Di Loretově jinak velmi precizní studii představuje skutečnost, že terapeuti byli poměrně málo zkušení, což zejména v rogersovské a racionálně-emoční terapii mohlo mít určitý význam.

4. *Výzkumný tým pod vedením R. Sloana a F. Staplese* (1975) z Univerzity Jižní Kalifornie provedl rozsáhlý srovnávací výzkum behaviorální terapie a krátké psychoanalyticky orientované psychoterapie, prováděné v reálných ambulantních klinických podmínkách zkušenými reprezentanty obou škol, třemi analytiky a třemi behaviorálními terapeuty. Léčení probíhalo individuálně jednou týdně po 4 měsíce průměrně ve 14 sezeních. Pacientům v kontrolní skupině byla po úvodním vyšetření přislíbena terapie za 4 měsíce a přátelská asistentka výzkumu s nimi v čekacím období periodicky udržovala podpůrný kontakt. Do každé skupiny bylo přiděleno 30 pacientů s neurózou nebo patologickým vývojem osobnosti. Skupiny byly vyrovnány podle pohlaví a podle závažnosti neurotické symptomatiky, jinak bylo přidělování náhodné. Obě zkoumané formy terapie se neomezovaly na užití jedné techniky, nýbrž byly určeny základními rysy terapeutického přístupu obou škol (orientace na změnu chování versus orientace na náhled a terapeutický vztah). Zjišťoval se vliv na klíčové symptomy a na celkovou adaptaci ve významných životních oblastech (str. 321).

Během 4 měsíců se stav nemocných ve všech skupinách významně zlepšil v klíčových symptomech, a to u obou léčených skupin významně více (80 % zlepšených) než ve skupině neléčené (50 % zlepšených). Mezi skupinou léčenou behaviorální terapií a analyticky orientovanou terapií nebyl rozdíl. Ve škále pracovního a sociálního přizpůsobení bylo významné zlepšení zaznamenáno ve skupině léčené behaviorální terapií. Ve škále sociálního přizpůsobení došlo ke zlepšení i ve skupině kontrolní.

Na výsledcích se neprojevil vliv pohlaví pacienta, závažnosti neurotické symptomatiky ani zkušenosti terapeutů. Je však nutno uvést, že i „nejméně zkušení“ terapeuti v tomto projektu měli mnohaletou klinickou praxi. Při roční katamněze se zlepšení u většiny pacientů udrželo. U skupiny léčené behaviorální terapií trvalo významné zlepšení v klíčových symptomech a v pracovním a sociálním přizpůsobení. Rovněž u skupiny léčené analytickou terapií se při katamněze zjistilo zlepšení ve všech těchto kritériích, z čehož vyplývá, že zlepšování v adaptaci dále pokračovalo. Po dvou letech se zlepšení většinou též udrželo. Nepodařilo se však již získat údaje od všech pacientů, aby bylo možné uspokojivé srovnání.

Velmi důkladně provedená studie přináší důkaz, že psychoterapie je účinná a že změny nejsou způsobeny pouze vlivem nespecifických faktorů. Přitom se ukazuje, že behaviorální terapie a krátká analyticky orientovaná psychoterapie jsou přibližně stejně účinné při léčení středně těžkých neuróz a poruch osobnosti, které jsou typické v ambulantní praxi. Autoři vidí ve výsledcích též argument pro závěr, že behaviorální terapie není účinná pouze u fobií a vybraných monosymptomatických poruch, ale i u běžné neurotické populace psychiatrických ambulancí. Vede ke snížení neurotické symptomatiky i ke zlepšení adaptace na životní podmínky.

5. *K. Grawe* (1976) a *U. Plogová* (1976) provedli na *psychiatrické klinice v Hamburku* analogicky srovnání účinků behaviorální a rogersovské psychoterapie u fobiků. Terapie probíhala půl roku při jednom sezení týdně, kontrolní skupinu tvořili pacienti s půlroční čekací lhůtou, kteří zatím zůstávali v běžném léčení u svých ošetřujících lékařů, předepisujících jim léky. Projektu se zúčastnilo 14 nepřilís zkušených terapeutů (pokročilých studentů a studentek z psychologického ústavu), 7 behaviorálně a 7 rogersovsky orientovaných. Každý prováděl pouze postup shodný s vlastní orien-

tací. Behaviorální terapie měla charakter terapie širokospektré (Lazarus 1971, 1976), rogersovská terapie postupovala podle zásad hamburské školy (srv. Tausch 1990).

Do jednotlivých skupin se pacienti přidělovali náhodně hodem kostkou. V každé skupině mělo být 18 pacientů, v kontrolní skupině jich vlivem technické chyby bylo jen 17. Výzkumu se zúčastnilo celkem 53 pacientů. Vyplňovali sérii testů před terapií, bezprostředně po ní (tj. za půl roku) a katamněsticky za další 4 měsíce. Pacienti kontrolní skupiny byli po skončení půlročního čekacího období přijati k léčení a nemohli již sloužit jako kontrolní skupina při katamněze.

Behaviorální i rogersovská terapie vedly ve srovnání s kontrolní skupinou k vysoce signifikantnímu snížení fobické symptomatiky, a to jak podle posouzení pacientů samých, tak podle nezávislého hodnocení psychiatrů a příbuzných. *Zlepšení v obou léčených skupinách bylo stejné.* Pokud jde o změny osobnosti, došlo proti očekávání k významným změnám v osobnostních dotaznících pouze u pacientů léčených behaviorální terapií. Dosažené pozitivní změny zůstaly i po 4 měsících u obou skupin v podstatě zachovány. Zjištěný větší rozptyl ve skupině vystavené rogersovské psychoterapii ukázal, že stav některých pacientů této skupiny se dále zlepšoval, kdežto u jiných došlo opět ke zhoršení.

Autoři vypočítali řadu korelací mezi výsledky v různých testech a podobně jako Sloane a kol. (1975) zdůrazňují, že *obě terapie i při shodných výsledcích neúčinkují stejně, ale působí na základě odlišných mechanismů.* Pokud jde o predikci, je behaviorální terapie zvláště účinná u pacientů s výraznými fobiemi se silným negativním emočním doprovodem. Pacienti s fobickou neurózou, kteří nejsou tolik soustředěni na fobické symptomy, mohou mít větší zisk z rogersovské terapie.

6. *Výzkumný tým pod vedením I. Elkinové* (1989, 1994) srovnával při ambulantní léčbě depresí účinnost dvou forem psychoterapie, a to kognitivně-behaviorální terapie a interpersonální terapie, se standardní psychiatrickou léčbou, při níž pacienti užívali imipramin, a standardní psychiatrickou léčbou, při níž místo účinného tricyklického antidepresiva dostávali placebo. Do studie bylo zařazeno 250 pacientů na klinikách ve Washingtonu, v Pittsburgu a v Oklahoma City, kteří splňovali diagnostická kritéria velké depresivní epizody a skórovali více než 14 bodů na sedmnácti položkové Hamiltonově posuzovací škále deprese. Tito pacienti byli náhodně rozděleni do uvedených čtyř forem léčení. Terapeuty bylo 28 psychiatrů a psychologů, kteří byli pečlivě vybráni, vycvičeni a kontrolováni, pokud jde o specifický léčebný postup, který prováděli. Každý terapeut léčil jednoho až 11 pacientů. Léčebné postupy byly přesně určeny a musely odpovídat manuálům, v nichž byly vymezeny teoretické principy, všeobecná strategie, hlavní metody a techniky ke zvládnutí typických problémů. Ukončená terapie zahrnovala v průměru 16,2 sezení. Součástí baterie k měření efektu byly posuzovací škály zaměřené na symptomy i na přizpůsobenost v chování.

Srovnání obou forem psychoterapie s účinkem podávání placeba terapeutem poskytujícím podporu potvrdilo jen mírně lepší účinek interpersonální psychoterapie a nevykázalo významně větší účinek kognitivně-behaviorální terapie. Obě psychoterapie byly účinné, ale pacienti, kteří dostávali placebo s běžnou podporou, se zlepšili podobně. Vliv interpersonální psychoterapie byl znatelnější u pacientů s výraznější poruchou. Přímé srovnávání interpersonální a kognitivně-behaviorální terapie nepřineslo statisticky významné rozdíly. Autoři projektu uzavírají, že „obecné chybění roz-

dílu v efektu obou srovnávaných psychoterapií zároveň s dobrými výsledky podpůrné terapie s lékovým placebem svědčí o *významu společných faktorů v různých druzích psychologicky působících forem terapie*“.

Při některých srovnáních byly zjištěny mírně významné specifické účinky. Při rozdělení pacientů podle závažnosti potíží na začátku terapie se ukazovala ve srovnání s placebem větší účinnost interpersonální terapie a větší účinnost léčby imipraminem spojené s podpůrnými rozhovory.

*Shrme-li popsanych 6 studií, které představují výběr z kvalitních výzkumných projektů, můžeme uzavřít, že*

- a) prokazují terapeutickou účinnost behaviorální psychoterapie,
- b) prokazují současně účinnost i jiných forem psychoterapie, jako psychoterapie analyticky orientované, rogersovské, racionálně-emoční, kognitivně-behaviorální a interpersonální,
- c) naznačují diferencované účinky různých forem terapie se zřetelem k typu pacientů a k jejich problémům i odlišné mechanismy, jimiž se výsledků dosahuje,
- d) prokazují vliv nespecifických faktorů v psychoterapii, zachycený ve skupinách s tzv. placebo-psychoterapií, který však je zpravidla (i když ne vždy) významně nižší než účinek specifických psychotherapeutických postupů.

## 2.2.2 Přehledy výzkumů efektu

1. *Meltzof a Kornreich* (1970) shrnuli a kriticky analyzovali v obsáhlé monografii více než 100 publikovaných výzkumů. Pečlivě rozdělili studie na metodologicky uspokojivé a metodologicky neuspokojivé a u každé zhodnotili, zda přináší negativní, nebo kladné výsledky okrajového, nebo zásadního rázu. Kromě výzkumů u neuróz včlenili do svého přehledu i studie o efektu psychoterapie u psychosomatických chorob, psychóz, závislosti na alkoholu a delikvence. Všimli si terapie dynamické, rogersovské, racionální, hypnotické a postupů behaviorálních. Uzavírají, že z celkového počtu studií přináší 80 % pozitivní výsledky, a pokud se vezmou v úvahu jen metodologicky uspokojivé studie, je poměr kladných k záporným 48 : 9 (84 %).

2. *Luborsky a kol.* (1975) na základě přehledu více než 100 srovnávacích studií efektu psychoterapie zjistili ve většině studií pouze nevýznamné rozdíly mezi psychoterapií individuální a skupinovou, mezi psychoterapií časově omezenou a časově neomezenou, mezi psychoterapií rogersovskou a analytickou apod. U pacientů léčených psychoterapií docházelo většinou k většímu zlepšení než v kontrolních skupinách. Behaviorální terapie měla ve 13 studiích stejný účinek a v 6 studiích větší účinek než tradiční psychoterapie.

3. *Smithová, Glass a Miller* (1980) zavedli do zpracovávání publikovaných výsledků výzkumů metodu nazvanou *metaanalýza*, která umožnila pomocí výpočtu „míry účinnosti“ (effect size) přímé srovnávání různých výsledných dat tím, že je převádí na standardní hodnotu. Míra účinnosti je kvantitativní index velikosti účinku psychoterapie, který se většinou získává odečtením průměru změn ve skupině kontrolní od

průměru změn ve skupině léčené, a získaný rozdíl se dělí směrodatnou odchylkou v kontrolní skupině (nebo směrodatnou odchylkou pro sloučenou skupinu kontrolní a léčenou).

$$\text{Míra účinnosti} = \frac{M_t - M_k}{s}$$

$M_t$  průměr léčené skupiny

$M_k$  průměr kontrolní skupiny

$s$  směrodatná odchylka kontrolní skupiny nebo sloučené skupiny celého zkoumaného vzorku (skupiny léčené + skupiny kontrolní)

Míry účinnosti z různých studií mohou být kombinovány a srovnávány se zaměřením na vliv různých faktorů v léčbě.

Autoři zpracovali touto metodou 475 publikovaných studií efektu psychoterapie a vypočetli z nich průměrnou míru účinnosti, odpovídající hodnotě 0,85 jednotek standardní odchylky. Výsledek interpretují v tom smyslu, že na konci léčení je každý průměrný pacient na tom lépe než 80 % pacientů neléčených. Z dílčích analýz autoři uzavírali, že na výsledky terapie neměly podstatný vliv ani věk, ani diagnóza pacienta, ani výcvik a zkušenosti terapeuta a v podstatě ani druh prováděné terapie. Jen behaviorální terapie byla o něco účinnější než „verbální“ terapie.

Od uveřejnění originálního díla Smithové, Glasse a Millera byla publikována řada dalších metaanalytických studií, které se snaží slučováním dílčích výzkumů postihnout vliv různých proměnných na efekt terapie (Lambert a Bergin 1994, Lambert a Ogles 2004).

4. *Švýcarský výzkumný tým pod vedením K. Graweho* (1994) posbíral z literatury již na 3500 zpráv o zkoumání efektu psychoterapie, publikovaných do r. 1983. Z nich vybral 897 studií, které odpovídaly základním požadavkům na vědeckou metodologii, měly kontrolní skupinu a vycházely z klinického rámce. Při analýze výsledků těchto studií postupovali autoři tak, že zjišťovali pro všechny aspekty výsledků každé studie, kolik jich vyhovělo kritériu významnosti na 5 % hladině. Ty pak porovnávali s celkovým počtem zkoumaných aspektů.

Metaanalytické kritérium „míry účinnosti“ využili tyto autoři pouze u těch studií, které byly založeny na přímém srovnávání odlišných psychotherapeutických metod mezi sebou. Tyto studie zpracovali až do roku 1991, a to v celkovém počtu 41. Výpočet míry účinnosti se liší od postupu Smithové a kol. v tom, že ji získávají pro každou léčenou skupinu z rozdílu mezi pretestem a posttestem, který dělí rozptylem z pretestu. To jim umožňuje pracovat i s daty, u nichž chybí kontrolní neléčená skupina, a srovnávat přímo míru účinnosti jednotlivých skupin léčených různými formami psychoterapie.

Povšimneme si nyní podrobněji, o čem výsledky rozsáhlé Graweho analýzy svědčí.

Především se ukazuje, že u některých směrů a metod vědecké zkoumání účinnosti zatím zcela chybělo. Tak je tomu např. u Jungovy analytické terapie, u logoterapie, NLP a psychosyntézy. Zkoumání nedostatečné nebo s nepřesvědčivými výsledky zjistili autoři u daseinsanalýzy, bioenergetiky, katatymně-imaginativní terapie, Adlerovy individuální psychologie, transakční analýzy a u množství méně významných škol. K dispozici jsou data o prokazatelných účincích progresivní relaxace, autogenního tréninku, meditačních technik a hypnoterapie, ale zatím spíše v užších aplikačních oblastech. Přechodnou

oblast k vědecky již podloženým psychoterapeutickým postupům tvoří Gestalt terapie. Je sice zatím málo metodologicky přesvědčivých pokusů o doložení její účinnosti, ale jejich výsledky vypadají slibně. Lépe než Gestalt terapie, ale stále ještě nedostatečně, byla zkoumána párová terapie a rodinná terapie se systémovou orientací.

K metodám, u nichž zpracované výzkumy účinnost prokazují, patří terapie psychoanalytická, rogersovská a kognitivně-behaviorální. U psychoanalytické terapie se pozitivní výsledky týkají především *psychoterapie s psychoanalytickou orientací a psychoanalytické krátké terapie* a nejsou příliš imponující. Byl potvrzen účinek u pacientů s neurotickými poruchami a poruchami osobnosti, a to spíše lehčími. Mimo vlastní symptomatiku jsou účinky malé, terapie nevede např. ke zlepšení celkového pocitu zdraví. Ve stacionární léčbě působila i u psychotických pacientů významné zlepšení. Nebyly potvrzeny pozitivní účinky u psychosomatických pacientů. U pacientů úzkostných a depresivních působí méně než behaviorální terapie.

Pro mnohaletou klasickou psychoanalýzu neexistuje pochopitelně žádná studie s kontrolní skupinou. Značnou prestiž však získala studie Menningerovy kliniky v Topece (Wallerstein 1986 aj.), v níž se 22 pacientů podrobilo mnohaleté klasické psychoanalýze u renomovaných odborníků a 20 pacientů kratší podpůrné terapii (asi 1/3 počtu hodin). Přidělování k terapiím nebylo náhodné, ale probíhalo podle psychoanalytických indikačních kritérií. Do skupiny s podpůrnou terapií byli zařazováni „těžší“ pacienti. Uspokojivý výsledek se dostavil u 60 % pacientů obou skupin. Mezi oběma skupinami nebyly ve výsledcích rozdíly.

Účinnost *rogersovské psychoterapie* je dobře doložena, pokud jde o hlavní symptomatiku i celkový zdravotní stav. Často dochází k dalším pozitivním změnám v osobnosti i v mezilidských vztazích. Terapie se osvědčuje u různé problematiky, i když proměnné, kterým Rogers připisoval zcela zásadní význam, tak velký vliv nemají. Zároveň se ukazuje, že tato terapie není vhodná pro všechny pacienty, např. pro ty, kteří mají velké nároky na vedení. Rogersovskou terapii mohou dobře doplnit behaviorální postupy.

*Kognitivně-behaviorální terapie* byla zkoumána nejvíce a nejlépe a její účinnost byla přesvědčivě prokázána. Více než polovina klinických studií o účinku terapie zkoumá metody pocházející z kognitivně-behaviorálního spektra a pro mnohé z nich spolehlivě potvrzuje jejich účinnost. Platí to pro expozici při úzkostech a strachu, pro trénink sociálních dovedností (sociální kompetence) při různých poruchách interpersonálního chování, pro kognitivní zpracování širokého spektra negativních emocí a problémů a pro aktivní praktické řešení problémů.

Ze srovnávacích studií vyplývá, že kognitivně-behaviorální terapie je v průměru významně účinnější než terapie psychoanalytická a rogersovská.

Významně účinnou se v sérii studií jevila také interpersonální terapie podle Klermana a Weissmanové, určená primárně k terapii depresí. V popsaném rozsáhlém srovnávacím americkém výzkumném projektu (Elkinová 1994) se výsledky nelišily od efektu Beckovy kognitivní terapie depresí.

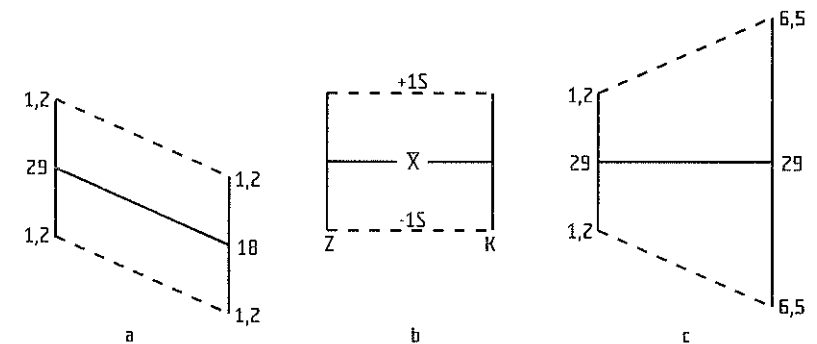
Kritické přehledy výzkumných prací tedy odpovídají na obecnou otázku o účinnosti psychoterapie přesvědčivě kladně. Pozornost se však od obecně položené otázky „je psychoterapie účinná“ postupně přesunula k otázkám formulovaným přesněji: *jaké*

*jsou specifické účinky určité psychoterapeutické metody prováděné určitým terapeutem za určitých podmínek u určitého pacienta s určitým onemocněním či problémem.*

Nové přehledové stati v obsáhlé rukověti Bergina a Garfielda (1994) již postupují podle tohoto schématu a kriticky hodnotí u výzkumů z uplynulých let výsledky použitých metod ve vztahu a) k charakteristikám pacientů (demografické proměnné, motivace, očekávání, osobnostní rysy), b) k charakteristikám terapeutů (zkušenost, adaptovanost, osobnostní rysy, styl a chování v terapii, empatie a vřelost) a c) k charakteristikám onemocnění či poruch.

Je třeba se ještě vyjádřit k otázce, zda existují také *negativní účinky psychoterapie*. Většina výzkumů rozlišuje pouze pacienty více či méně zlepšené a nezlepšené a v kategorii nezlepšených nediferencuje mezi těmi, u nichž stav zůstal nezměněn a u nichž se případně zhoršil. Na možnost, že existuje i *deteriorační účinek* psychoterapie, poukázal zejména Bergin (1971). Proto je účelné zavést do kvalitativního posuzování efektu samostatnou kategorii „zhoršen“. Pokud se účinek posuzuje srovnávacím skóre v pretestu a v posttestu (po léčbě a případně v katamněze), je třeba brát v úvahu nejen rozdíly v průměrech, ale i ve směrodatných odchylkách. Ty mohou odhalit, že ke změnám dochází v obou směrech, tj. k lepšímu i k horšímu (obr. 66).

Lambert a Ogles (2004) uvádějí v přehledu výzkumů, že ke zhoršení během terapie může dojít u 5–10 % pacientů.



OB. 66 Průměr a směrodatná odchylka při změnách v terapii

a – významný rozdíl v průměrech

b – průměry bez významného rozdílu

c – významný rozdíl v rozptýlení

X – průměrné hodnoty v symptomech nebo jiném kritériu zlepšení

Z, K – začátek a konec terapie

Na obr. 66 je v části „a“ znázorněn pokles průměrného skóre symptomů po léčbě. V části „b“ nedošlo ke změně. V části „c“ se nezměnil průměr, ale vzrostla směrodatná odchylka, což ukazuje na změny „v obou směrech“.

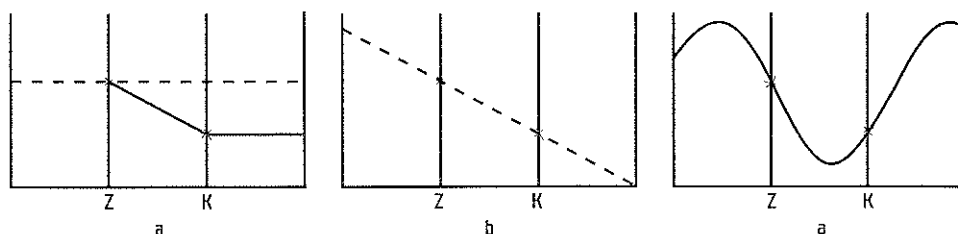
Mays a Franks (1985) sebrali ve sborníku na téma negativních účinků četné klinické poznatky. Na zhoršení vlivem terapie mohou mít vliv některé vlastnosti



a způsoby chování nekompetentního nebo morálně nepevného psychoterapeuta, použití postupů nepřiměřených osobnosti pacienta nebo ukončení terapie ve fázi, kdy jsou pacientovy potlačené problémy vyneseny na povrch, ale nezpracovány. Ke zhoršování mohou také přispět nepříznivé situace a události, k nimž dochází v životě pacienta mimo terapii, které nejsou terapeutickým vztahem ovlivněny.

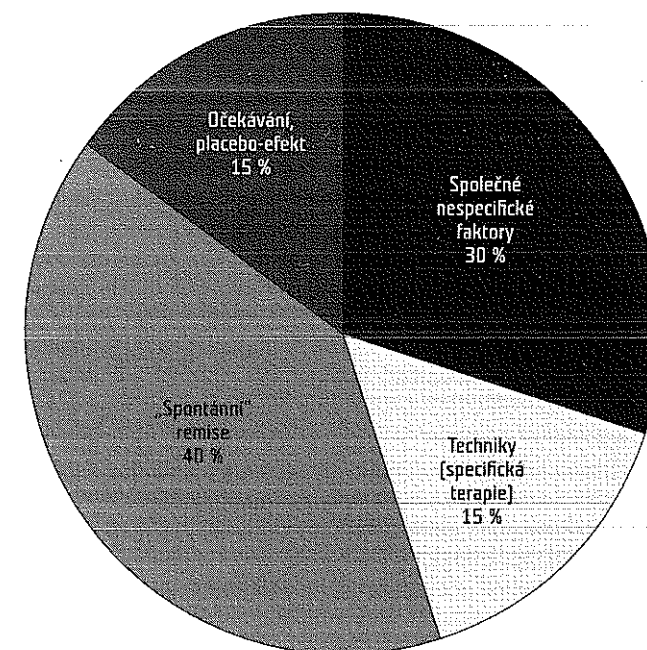
U nás na nebezpečí negativních účinků upozornil Beran (1984).

Vraťme se závěrem ještě k současnému chápání pojmu *spontánní remise*. Uzdravení může být důsledkem pouhého plynutí času. Zdravotní stav má mnohdy spontánní tendenci dříve či později se vracet k normě. Může jít také o záležitost vývoje, zrání, adaptace, přivyknutí na nepříznivé situace apod. Tendence ke spontánním remisím (případně intermisím s možností pozdějších nových atak či exacerbací) je charakteristická pro některá psychická onemocnění, zejména maniomelancholickou psychózu a periodické deprese. Vyskytuje se u některých průběhových typů schizofrenií a také u neurotických poruch. Ovlivňuje-li souběžně v konkrétním případě takový průběh onemocnění psychoterapie či jiná terapie, může být spontánní zlepšení nesprávně připisováno terapeutickému zásahu (obr. 67).



OBR. 67 Vliv terapie a spontánních změn na symptomy  
 plná čára – vliv terapie, přerušovaná čára – spontánní průběh  
 Z, K – začátek a konec terapie  
 a – zlepšení vlivem terapie  
 b – spontánní remise  
 c – intermise, dočasné zlepšení a následné zhoršení

Na druhé straně spontánní zlepšení, které označíme jako spontánní remisi proto, že nebylo způsobeno kvalifikovaným psychoterapeutickým zásahem, nemusí být vůbec spontánní, tj. samovolné. V životě jedince se mohou uplatňovat i mimo terapii mnohé z činitelů, které se považují za základní účinné faktory v psychoterapii. Může jít o svěřením se blízkým osobám, změnu nevhodných postojů vlivem vysvětlení od kamarádů, dodávání odvahy rodinnými příslušníky, vliv nových vzorů chování nebo nových situací vyžadujících odlišné chování, nalezení uspokojivého vztahu nebo životního smyslu, dosažení úspěchů v práci, které podpoří sebevědomí apod. V mnoha případech tedy za zdánlivě samovolným zlepšením stojí *účinek terapeutických faktorů působících mimo terapii*.



OBR. 68 Odhad významu faktorů zodpovědných za zlepšení v terapii podle Lamberta (1992)

## 2.3 Výzkum kvantitativní a kvalitativní

### 2.3.1 Kvantitativní výzkum

Prohlížíme-li současnou literaturu o výzkumu v psychoterapii (Rowland a Goss 2000, Lambert 2004 aj.), zjišťujeme, že současným „zlatým standardem“ měření efektu psychoterapie jsou *znáhodněné kontrolované postupy*, uváděné v anglické literatuře pod zkratkou *RCT* (randomized controlled trial nebo randomized clinical trial). Jde o experimentální plán, při kterém se zabezpečuje znáhodňované přiřazování účastníků výzkumu do léčené a do kontrolní skupiny (buď neléčené a čekající na léčení, nebo „léčené“ placebem, nebo léčené jinou terapií), aby možné intervenující proměnné, jako např. terapeut nebo individuální vlastnosti pacienta – považované v takovém projektu za rušivé – byly ve srovnávaných skupinách rovnoměrně rozloženy. Rozdíly mezi léčenou a kontrolní skupinou v průměrných hodnotách zlepšení (měřeného rozdílem skóre před léčbou a po léčbě) jsou pak statisticky vyhodnoceny, a pokud jsou statisticky významné na alespoň 5% hladině významnosti ( $p < 0,05$ ), stávají se důkazem účinnosti příslušné léčebné metody (nebo její větší účinnosti v porovnání s jinou léčbou). Pokud jednotlivé formy léčby provádí více terapeutů, vypracovávají se pro ně podrobné příručky (manuály), aby všichni dodržovali stejný postup, tj. aby se příslušná terapie prováděla „v čisté formě“ a vyloučil se vliv možných osobních improvizací. Takto získané výsledky pak tvoří podklad pro uznání postupu jako *tera-*

*pie založené na důkazech* (evidence-based therapy) či *terapie empiricky podložené* (EST, empirically supported therapy). Podle toho, zda je účinnost potvrzena pouze jedním výzkumným týmem anebo zda ji potvrdily alespoň dva nezávislé týmy, rozlišují někteří autoři „metody s pravděpodobnou účinností“ a „metody s potvrzenou účinností“. Pracovní komise ustavená sekci klinické psychologie Americké psychologické asociace uveřejnila na základě uvedených výzkumných projektů seznam psychoterapeutických metod s potvrzenou a pravděpodobnou účinností u jednotlivých diagnostických kategorií (viz např. Timulák 2005).

Uvedený „zlatý standard“ měření efektu psychoterapie s příslušnými výsledky a se „standards“ či doporučenými postupy léčby (guidelines), které z nich vycházejí, byl kritizován z několika důvodů jako zkreslující nebo neúplný. Uvedeme dva z nich.

1. Prokazovaná účinnost (efficacy) pomocí umělého „sterilního“ projektu (s přesně stanoveným postupem i trváním léčby a výběrem „čistých“ diagnóz bez komorbidit a bez ohledu na očekávání pacientů) nemusí odpovídat skutečné *úspěšnosti v komplexní klinické praxi* ani *rentabilitě postupu*, tj. zda prostředky na něj vynaložené jsou hospodárné v porovnání s jinými přístupy (effectiveness).<sup>18</sup> Doporučuje se tedy doplnění RCT výzkumů výzkumy, které zkoumají zlepšování běžných pacientů v přirozené formě příslušné terapie s trváním přizpůsobovaným potřebám jednotlivého pacienta.

Poukazuje se také na to, že změna, která je v RCT projektu významná statisticky, nemusí být významná klinicky. Například posun v Beckově škále deprese z průměru 29 na průměr 24 může být při dostatečně velkém souboru statisticky významný, ale může mít jen malý praktický význam, protože nijak zvlášť neovlivní kvalitu života pacientů. Klinicky významné je, když pacient přestane být depresivní. Srovnání by se tedy mělo provádět s normou zdraví, a ne pouze s posunem na škále.

2. Postup zaměřený na hodnocení „čistých metod“ podle terapeutických manuálů a „čistých diagnóz“ podle diagnostických manuálů (klasifikačních systémů nemocí) opomíjí zkoumat skutečnost, jak se na efektu podílí *osobnost terapeuta* i *osobnost pacienta* (nejen jeho diagnóza). Podstatný je zejména *terapeutický vztah*, který se mezi terapeutem a pacientem vytvoří. Na jeho zkoumání jako terapeuticky účinného faktoru se zaměřila pracovní komise vytvořená psychoterapeutickou sekci Americké psychologické asociace, vedená J. Norcrossem. Vedle důrazu na empiricky podložené terapie (EST) položila důraz na *empiricky podložené vztahy* (ESR – empirically supported relationships). Výsledkem zkoumání je rozsáhlá monografie „Psychotherapeutic relationships that work“, redigovaná Norcrossem (2002). K prokazatelně účinným složkám vztahu patří *terapeutické spojení*, které spočívá ve shodě v úkolech a cílech, v pozitivní emoční vazbě a v aktivní spolupráci. Ve skupinové terapii tomu odpovídá faktor *koheze*. Další prokazatelně

účinnou složkou je *empatie*. K pravděpodobně účinným složkám patří opravdovost a otevřenost terapeuta a jeho úcta k pacientovi a poskytování zpětné vazby.

Pozornost se věnuje také motivaci a zapojení se pacienta do léčby. Bohart a Tallmanová (1999) vyslovili předpoklad, že výsledky různých forem terapie záleží v konečné podobě na tom, *jak s nimi naloží klient*. Za nejdůležitější společný faktor označili *aktivní tvořivé angažování se klienta v terapii*.

## 2.3.2 Kvalitativní výzkum

Jako alternativa nebo spíše doplněk kvantitativního výzkumu se nabízí výzkum kvalitativní, ve kterém se nepočítá s měřicími technikami, číselnými skóry a statistickými významnostmi, ale s nominálními daty. Poznatky se vyjadřují slovy a třídí se do kategorií, u nichž se případně uvádí jejich výskyt (frekvence). Hypotézy se předem neformulují ani se netestují, spíše mohou ze zpracování materiálu vyplynout. Materiálem jsou především zážitky, pozorování a zkušenosti (McLeod 2000, 2001, Hillová a Lambert 2004). Výzkumník sbírá data pomocí rozhovorů a písemných materiálů, a jejichž základě pak vytváří kategorie, které charakterizuje a dokumentuje ukázkami. Využívají se rozhovory s pacienty, terapeuty i dalšími významnými osobami, přímá pozorování i nahrávky terapeutických sezení, deníky, poznámky k případu, písemné zprávy, životopisy a dotazníky s otevřenými otázkami. Výzkum efektu se opírá zejména o pohled pacientů na terapii. Umožňuje se jim volně vyprávět o všem, co považují za významné z hlediska svých zážitků v průběhu terapie. V takových výzkumech je ovšem obtížné určovat validitu a spolehlivost dat a jejich zobecnitelnost. Kvalitativní výzkum má proto větší význam při zkoumání procesu terapie než jejích výsledků. Praktické pokyny k provádění kvalitativního výzkumu podávají u nás J. Hendl (2005) a M. Mioviský (2005).

<sup>18</sup> Jelikož financování zdravotní péče, ať už pojišťovnami, nebo státem, představuje v mnoha zemích stále problémy, je tendence přesunout dlouhodobé terapie s častými sezeními a nejistými konkrétními symptomatickými výsledky do oblastí služeb placených pouze samými pacienty.

## Kapitola 3

# Výzkum procesu a modelový výzkum

Jako výzkum procesu psychoterapie se označuje výzkum zaměřený na to, co se děje v průběhu psychotherapeutických sezení. Nezkoumá se tedy celkový léčebný výsledek, ale vliv jedné proměnné na jiné proměnné v rámci terapeutické interakce.

Modelový výzkum zkoumá dílčí složky psychotherapeutického procesu nikoli v samotné terapeutické situaci, ale v experimentálních podmínkách, za nichž může s jednotlivými proměnnými snáze manipulovat.

## 3.1 Výzkum procesu a obsahová analýza

Základním materiálem pro tento výzkum je obvykle terapeutický rozhovor nebo skupinové sezení. Některé studie se zaměřují spíše na chování terapeuta, jiné na chování nebo prožívání pacienta, další se zaměřují primárně na interakci mezi terapeutem a pacientem, na terapeutický vztah. Další specifické proměnné se zkoumají ve skupinové psychoterapii. Patří k nim dynamika skupiny, tj. interakce členů mezi sebou, skupinová tenze, koheze, vytváření a obsazování rolí, vývojové etapy skupiny apod.

Ve výzkumu výsledků psychoterapie je závisle proměnnou vždy léčebný účinek, ať už je jakkoli definovaný a měřený. Ve výzkumu procesu psychoterapie se stávají závisle proměnnými nejrozličnější jevy a vztahy, k nimž dochází v průběhu terapie, přičemž týž jev může být v jednom výzkumu závisle proměnnou a v jiném nezávisle proměnnou. Tak se např. zkoumá *vliv terapeutových výroků na výroky pacientovy* a zase naopak *vliv pacientových výroků na následující výroky terapeutovy*. Některé výzkumy se zaměřují na *formální charakteristiky interakce* v rozhovoru, např. kolikrát a jak dlouho pacient mluví, jak dlouho trvá sdělování a jak dlouho mlčení. Tuto problematiku důkladně prozkoumala např. oregonská pracovní skupina (Matarazzo a Wiens 1972). Nejčastěji se zkoumá obsahová stránka interakce. K tomu byly vypracovány různé systémy obsahové analýzy, z nichž uvedeme tři ukázky.

### 3.1.1 Snyderův systém

Snyder (1957) použil svůj systém na zkoumání obsahu rozhovorů v nedirektivní rogersovské psychoterapii. Ve vztahu k terapeutovi se třídí výroky podle použité techniky na: 1. reformulování obsahu, 2. objasňování pocitů, 3. interpretace, 4. strukturování obsahu, 5. vedení, 6. navrhování, 7. dotazování, 8. schvalování, 9. neschvalování. Klientovy reakce se klasifikují do kategorií: 1. problémy, 2. jednoduché reakce (otázky, odpovědi, souhlas, nesouhlas), 3. náhled, 4. perspektivní plánování. U úspěšných případů převládají podle Snydera na počátku problémy, ke konci terapie náhled a plány.

### 3.1.2 Struppův systém

H. Strupp (1957) publikoval systém kategorizace aktivit terapeuta pro srovnávání aktivity terapeutů s různou orientací. Použil pět dimenzí, z nichž každá se skládá ze subkategorií nebo z posuzovací škály:

1. typ terapeutovy aktivity: usnadňování komunikace, explorace, klasifikace, interpretace, strukturování výpovědi, přímé vedení, činnost bez zřejmého vztahu k úkolům terapie a činnost neklasifikovatelná;
2. dynamické ohnisko: rozlišuje se, zda A. terapeut pouze následuje pacienta v tom, čemu pacient věnuje pozornost, nebo B. vytváří jiné dynamické ohnisko, a to B1 žádá další informace, B2 zaměřuje pozornost na dynamické souvislosti v minulosti, B3 zaměřuje pozornost na dynamické souvislosti v přítomnosti, B4 analyzuje vztah pacienta k terapeutovi v pojmech přenosu a B5 všímá si reálného vztahu pacienta k terapeutovi;
3. hloubka závěrů: posuzuje se na pětibodové škále;
4. iniciativa: posuzuje se na čtyřbodové škále;
5. terapeutická atmosféra: posuzuje se na polární pětibodové škále, kde 0 značí neutrální vztah, -2 značí chlad a +2 značí vřelost.

Posuzovanou jednotku tvoří všechny terapeutovy výroky ohraničené dvěma výroky pacienta. Při příliš dlouhém výkladu však Strupp arbitrárně rozděluje terapeutův výrok na dvě až tři jednotky. Každá jednotka se hodnotí ve všech pěti dimenzích.

Strupp demonstroval užitečnost svého systému na analýze několika interview z psychoanalytické kazuistiky publikované Wolbergem a analogických rozhovorů z kazuistiky publikované Rogersem. Jak lze očekávat z rozdílu mezi teoriemi terapeutů, jejichž přístupy se analyzovaly, potvrdilo se, že přístup rogersovský se skládá převážně ze zrcadlení pacientových citů, zatímco psychoanalyticky orientovaný terapeut byl zejména v pokročilejších stádiích terapie iniciativnější a činil více závěrů.

### 3.1.3 Balesův systém

Balesův systém, nazvaný interakční analýza procesu a publikovaný autorem monograficky (1950), vychází ze skupinové situace a z předpokladu, že řešení problému zahrnuje tři stadia: získání informací, provedení rozhodnutí a vykonání jednání. V každém stadiu jsou účastníci v interakci. Jeden účastník např. žádá informaci,

druhý informaci nabídne. Ve skupině může jiný účastník nabídnout opravu informace, informující může své stanovisko hájit. Systém má 12 kategorií, které zachycují dimenze chování instrumentálně adaptivního a sociálně emočního. Skórovanou jednotkou je „akt“, definovaný jako nejmenší rozlišitelný úsek verbálního nebo neverbálního chování, který může být kódován. Každý akt smí být zařazen jen do jedné kategorie. Bales použil metodu původně u malých experimentálních skupin, další autoři z ní vyšli při práci s terapeutickými skupinami (srv. Mardsen 1965).

Jsou to tyto kategorie:

1. projevuje solidaritu, zvyšuje status, pomáhá,
2. projevuje uvolnění, dělá vtipy, projevuje uspokojení,
3. souhlasí, pasivně přijímá, rozumí,
4. dává návrhy předpokládající samostatnost druhých,
5. vyjadřuje mínění, hodnocení, analýzu,
6. podává informace, objasňuje,
7. žádá informace, orientaci, potvrzení,
8. žádá o mínění, hodnocení, vyjádření pocitů,
9. žádá o návrhy, směrnice, možné způsoby jednání,
10. nesouhlasí, pasivně odmítá, odmítá pomáhat,
11. projevuje napětí, žádá o pomoc, stahuje se,
12. projevuje antagonismus, snižuje postavení jiných, obhajuje se nebo se prosazuje.

Lennard a Bernstein (1960) modifikovali Balesovy kategorie a rozdělili výroky na:

- a) deskriptivní: žádání nebo poskytování informací,
- b) hodnotící: žádání nebo poskytování hodnotících soudů,
- c) doporučující: žádání nebo poskytování rad a návrhů.

Systémy používají různé druhy základní hodnocené jednotky. V podstatě jsou zde dvě možnosti: a) rozhodnout se pro arbitrárně zvolenou jednotku, jakou je např. určitá jednotka času, věta, odstavec apod., kterou lze snadno vymezit, která však postrádá psychologický význam, nebo b) volit psychologicky zdůvodněné jednotky, jako např. témata, která se vynořují během sezení. Tyto jednotky jsou sice smysluplné, ale je prakticky obtížné je v záznamu vymezovat. Proto většina studií volí cestu první a sdělovaný materiál rozděluje čistě mechanickým způsobem na segmenty např. pěti- či patnáctivteřinové nebo na věty.

Systémy používají různou volbu základních kategorií danou zkoumanými problémy i výchozími teoriemi. Zájem o tvorbu systémů obsahové analýzy měli hlavně pracovníci orientovaní psychoanalyticky a rogersovsky a ti, kteří vycházejí ze sociální psychologie.

Lambert a Hillová (1994) poukazují na práce, v nichž byly použity systémy obsahové analýzy i dotazníkové metody pro zkoumání procesu psychoterapie s názvy Škály terapeutovy aktivity, Dotazník terapeutických postupů, Škála psychoterapeutického spojení, Škála prožívání, Dotazník vztahu, Posuzovací škála psychoterapie, Strukturální analýza sociálního chování apod.

Vytvářené škály se obvykle hodí pro zkoumání určitého okruhu otázek a pro určitou teoretickou orientaci, a tak si autoři dalších výzkumů často vytvářejí vlastní nové škály podle toho, na co se zrovna chtějí v procesu psychoterapie zaměřit.

Sami jsme při vlastním výzkumu procesu skupinové psychoterapie rovněž nenašli systém, který bychom mohli k našim účelům převzít, a vytvořili jsme s P. Vavříkem pro analýzu zápisů ze skupinového sezení tyto kategorie: 1. dotazy, 2. informace, 3. názory a dojmy, 4. vyjádření empatie, 5. rady, návrhy řešení, 6. kladný akceptující postoj, 7. kritika, 8. odmítavý postoj a 9. vyjádření napětí. Předpokládáme, že kategorie 4–6 jsou výrazem kladných vazeb ke skupině nebo k členu skupiny a podporují skupinovou kohezi, kategorie 7–9 vyjadřují negativní postoje a jsou nositeli napětí ve skupině. Kategorie 1–3 znamenají pouhou výměnu informací (Kratochvíl 2005).

## 3.2 Modelový výzkum

Modelový výzkum se snaží zpřehlednit komplexní psychoterapeutickou situaci jejím zjednodušením v laboratorních podmínkách, které umožňují lépe ovlivňovat a kontrolovat vliv jednotlivých proměnných. Namísto skutečných pacientů se využívá pokusných osob, nejčastěji dobrovolníků vybraných z řad studentů. Buď mají sami určité potíže, nebo se u nich navozuje napětí, nespokojenost či určitý „symptom“ experimentálně, pomocí záměrně vyvolaného stresu nebo pomocí hypnotické sugesce apod. Zkoumá se pak, jak různé dílčí techniky odvozené z psychoterapie takové stavy a symptomy ovlivní. Zpravidla je i psychoterapeut – klinik nahrazen experimentátorem, který manipuluje situací a zkoumá různé varianty užité techniky. V širším smyslu zahrnuje modelový výzkum i různé sociálně psychologické experimenty, které zkoumají možnosti účinného *ovlivnění postojů a dosažení změny chování*, což jsou faktory, které jsou součástí psychoterapeutického působení. Existují pokusy modelovat psychoterapeutický proces i pomocí moderní počítačové techniky.

Jako ukázkou modelového výzkumu se značným významem pro teorii i praxi psychoterapie zde uvedeme výzkum H. Quaye (1959), který zkoumal *vliv nenápadného slovního posilování na obsah vybavovaných vzpomínek z raného dětství*.

Quay rozdělil 34 studenty do dvou skupin, experimentální a kontrolní. Každá pokusná osoba se zúčastnila dvou půlhodinových sezení v intervalu jednoho týdne. Experimentátor ji požádal, aby si volně vybavovala vzpomínky z raného dětství, jak jí budou přicházet do vědomí. Vyprávění se zaznamenávalo na magnetofon. Během prvních deseti minut každého sezení experimentátor na výroky pokusné osoby nereagoval. Toto operační období mělo sloužit ke zjištění základny, tj. frekvence, s jakou se ve výpovědích vyskytují vzpomínky týkající se vlastní rodiny subjektu a s jakou frekvencí vzpomínky mimorodinného typu. V další části sezení začal experimentátor na výpovědi nenápadně reagovat nezávažným „mhm“, odpovídajícím běžnému reagování terapeutů v terapeutických sezeních. V experimentální skupině posiloval tímto nevýrazným podnětem rodinné vzpomínky, v kontrolní skupině vzpomínky nerodinné. Po uskutečnění druhého takového posílení se opět zaznamenávala frekvence výskytu příslušného druhu vzpomínek.

V tabulce 6 jsou uvedeny relativní četnosti v posilované kategorii (tj. posilované vzpomínky děleny počtem všech vzpomínek) pro operační období a pro období s posilováním u každé jednotlivé pokusné osoby. Ve skupině s posilováním rodinných vzpomínek mělo 13 ze 16 osob po posílení vyšší poměr rodinných vzpomínek ( $p < 0,01$ ), v kontrolní skupině s posilováním nerodinných vzpomínek mělo 15 z 18 pokusných

osob vyšší poměr nerodinných vypočetů ( $p < 0,005$ ). Při kombinaci obou skupin a vypočetů významnosti byla hodnota rozdílů na 0,1 % hladině významnosti. Výsledky tedy ukazují, že vybavování osobně relevantních materiálů podlehlo manipulaci při použití i minimální posilující verbalizace experimentátora. Frekvence rodinných vzpomínek je funkcí chování terapeuta stejně jako chování klienta.

TABULKA 6

| Relativní četnost vzpomínek v posilované kategorii během období operačního a během období posilování u dvou experimentálních skupin |                 |                   |       |                     |                 |                   |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|-------|---------------------|-----------------|-------------------|-------|
| „Rodinná“ skupina                                                                                                                   |                 |                   |       | „Nerodinná“ skupina |                 |                   |       |
| S                                                                                                                                   | období operační | období posilování | změna | S                   | období operační | období posilování | změna |
| 1                                                                                                                                   | 0,30            | 0,43              | +0,13 | 1                   | 0,30            | 0,47              | +0,17 |
| 2                                                                                                                                   | 0,39            | 0,41              | +0,02 | 2                   | 0,57            | 0,32              | +0,25 |
| 3                                                                                                                                   | 0,37            | 0,29              | -0,08 | 3                   | 0,81            | 0,89              | +0,08 |
| 4                                                                                                                                   | 0,40            | 0,48              | +0,08 | 4                   | 0,78            | 0,80              | +0,02 |
| 5                                                                                                                                   | 0,25            | 0,12              | -0,13 | 5                   | 0,60            | 0,70              | +0,10 |
| 6                                                                                                                                   | 0,55            | 0,58              | +0,03 | 6                   | 0,53            | 0,84              | +0,31 |
| 7                                                                                                                                   | 0,50            | 0,56              | +0,06 | 7                   | 0,90            | 0,73              | -0,17 |
| 8                                                                                                                                   | 0,06            | 0,26              | +0,20 | 8                   | 0,60            | 0,63              | +0,03 |
| 9                                                                                                                                   | 0,60            | 0,70              | +0,10 | 9                   | 0,69            | 0,70              | +0,01 |
| 10                                                                                                                                  | 0,50            | 0,46              | +0,04 | 10                  | 0,58            | 0,64              | +0,06 |
| 11                                                                                                                                  | 0,50            | 0,62              | +0,12 | 11                  | 0,63            | 0,70              | +0,07 |
| 12                                                                                                                                  | 0,33            | 0,47              | +0,14 | 12                  | 0,35            | 0,58              | +0,23 |
| 13                                                                                                                                  | 0,53            | 0,61              | +0,08 | 13                  | 0,50            | 0,58              | +0,08 |
| 14                                                                                                                                  | 0,53            | 0,70              | +0,17 | 14                  | 0,55            | 0,80              | +0,25 |
| 15                                                                                                                                  | 0,38            | 0,43              | +0,05 | 15                  | 0,45            | 0,61              | +0,16 |
| 16                                                                                                                                  | 0,33            | 0,48              | +0,15 | 16                  | 0,48            | 0,54              | +0,06 |
|                                                                                                                                     |                 |                   |       | 17                  | 0,18            | 0,33              | +0,15 |
|                                                                                                                                     |                 |                   |       | 18                  | 0,58            | 0,57              | -0,01 |

Zajímavá je také otázka uvědomění si toho, co se děje ve vztahu mezi pacientem a terapeutem. Po skončení pokusu zaslal experimentátor každému studentovi dotazník zjišťující, zda si je vědom souvislosti mezi obsahem svých vzpomínek a posilujícím signálem. Pouze jeden ze 30 studentů, kteří dotazník vrátili, si tuto souvislost uvědomil.

K základní literatuře o výzkumu v psychoterapii patří rozsáhlé dílo „Handbook of psychotherapy and behavior change“, vydávané A. Berginem a S. Garfieldem (1. vyd. 1971, 4. vyd. 1994). Páté vydání vydal J. Lambert pod názvem „Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change“ (2004). Vyčerpávající přehled a analýzu výzkumů do r. 1991 podávají K. Grawe se spolupracovníky v obsáhlém svazku „Psychotherapie im Wandel“ (1994). Podrobnou ukázkou jednoho z kvalitně provedených výzkumů je monografie R. Sloana a kol.: „Psychotherapy versus behavior therapy“ (1975). Některé metody k posuzování efektu jsou popsány v knížce „Outcome assessment in clinical practice“ vydané L. Sedererem a B. Dickeyovou (1996). Od r. 1991 vychází mezinárodní časopis „Psychotherapy Research“. V češtině podává stručný přehled současných trendů ve výzkumu psychoterapie J. Vymětal (1994 a 2004). Podrobné shrnutí výzkumu efektu i procesu provedl L. Timulák nejprve v samostatných článcích (2003a, 2003b) a dále je rozpracoval v monografii „Současný výzkum psychoterapie“ (2005).



## Závěr

Psychoterapií se můžeme zabývat dvěma odlišnými přístupy. První přístup je přístupem psychoterapeuta – praktika, který se s nadšením a vírou ve smysluplnost svého počínání snaží odstranit nebo zmírnit potíže a problémy svých pacientů a napravit nebo obohatit jejich život. Druhý přístup je přístupem psychoterapeuta – vědce, který s chladnou rozvahou a skepsí měří proměnné a propočítává statistické významnosti, aby se mohl vyjádřit o pravděpodobné platnosti hypotéz a přispěl k poznání zákonitostí.

Chtěl bych závěrem vyslovit přesvědčení, že je potřebné spojení obou přístupů. Trpící pacienti nemohou čekat, až dá výzkum konečné odpovědi na sporné otázky, a je nutno jim poskytnout psychoterapeutickou péči podle současného stavu našich znalostí a podle našeho nejlepšího vědomí a svědomí. Souběžný výzkum psychoterapie však je nezbytnou podmínkou postavení psychoterapeutického „umění“ na solidní vědecké základy.

## Literatura

- Ackerman, N. W.: Treating the troubled family. New York, Basic Books 1966.
- Adler, A.: Člověk jaký jest. Praha, Orbis 1935.
- Adler, A.: Umění rozumět. Praha, Práh 1993.
- Adler, A.: Psychologie dětí. Praha, Práh 1994.
- Adler, A.: Smysl života. Praha, Práh 1995.
- Adler, A.: Porozumění životu. Praha, Aurora 1999.
- Adžaja, S.: Psychoterapie východu a západu. Praha, Chvojko nakladatelství 2000.
- Aeppli E.: Psychologie snu, včetně 500 symbolů ve snech. Praha, Sagitarius 1996.
- Alberti, R., Emmons, M.: Umění stát si za svým. Praha, Portál 2004.
- Alexander, F. M., French, T. M.: Psychoanalytic therapy. New York, Ronald Press 1946.
- Alexander, F. M.: Psychoanalysis and psychotherapy. New York, Norton 1956.
- Alexander, F. M.: Fundamentals of psychoanalysis. Rev. ed. New York, Norton 1963.
- Alexander, F. M.: The dynamics of psychotherapy in the light of learning theory. Amer. J. Psychiat. 120, 1963, 440–448.
- Andrlová, M.: Současné směry v české psychoterapii. Praha, Triton 2005.
- Angus L. E., McLeod, J. (Eds.): The handbook of narrative and psychotherapy. London, Sage Publications 2004.
- Anchin, J. C., Kiesler, D. J. (Eds.): Handbook of interpersonal psychotherapy. New York, Pergamon Press 1982.
- Annon, J.: The behavioral treatment of sexual problems. Vol. I, II. Honolulu, Enabling Systems 1974, 1975.
- Ansbacher, H., Ansbacher, R.: Alfred Adlers Individualpsychologie. München, Reinhardt 1972.
- Astin, A. N.: The functional autonomy of psychotherapy. Amer. Psychologist 16, 1961, 75–78.
- Auger, L.: Strach, obavy a jejich překonávání. Praha, Portál 1998.
- Ayllon T., Azrin, N.: The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation. New York, Appleton Century Crofts 1968.
- Babin, P.: Sigmund Freud, tragédia nepochopenia. Bratislava, Slovart 1994.
- Back, K. W.: Beyond words: the story of the sensitivity training and encounter movement. New York, Russel Sage Foundation 1972.
- Bach, G. R.: Intensive group psychotherapy. New York, Ronald Press 1954.
- Bach, G. R., Bernhard, Y. M.: Aggression lab. The fair fight training manual. Dubuque, Iowa, Kendall/Hunt 1971.
- Bach, G. R., Wyden, P.: The intimate enemy. How to fight fair in love and marriage. New York, Morrow and Co. 1969.
- Bach, G. R., Goldberg, H.: Creative aggression. New York, Doubleday 1974.

- Bakalář, E. a kol.: Průvodce rozvodem pro všechny zúčastněné. Praha, Lidové noviny 1996.
- Balcar, K.: Individualizované techniky hypnotizace: přínos M. H. Ericksona. Čs. Psychol. 17, 1973, 468–476.
- Balcar, K.: Úvod do studia psychologie osobnosti. 1. vyd. Praha, SPN 1983, 2. vyd. Hradec Králové, Mach 1991.
- Balcar, K.: Logoterapeutická péče u dětí a dospívajících. In Řičan, P., Krejčířová, D. a kol.: Dětská klinická psychologie. 3. vyd. Praha, Grada 1997.
- Balcar, K.: Logoterapie a existenciální analýza. Čes. a slov. Psychiat. 99, 2003, Suppl. 2, 75–79.
- Balcar, K.: Logoterapie a existenciální analýza. In Vymětal, J. a kol.: Obecná psychoterapie. 2. vyd. Praha, Grada 2004.
- Bales, R. F.: Interaction process analysis. Cambridge, Addison Wesley Press 1970.
- Bales, R. F.: Personality and interpersonal behavior. New York, Holt, Rinehart and Winston 1970.
- Balint, M., Balint, E.: Psychotherapeutic techniques in medicine. London, Tavistock Publications 1961.
- Balint, M., Ornstein, P. H., Balint, E.: Focal psychotherapy: an example of applied psychoanalysis. Philadelphia, Lippincott 1972.
- Balint, M.: Lékař, jeho pacient a nemoc. Praha, Grada 1999.
- Bandler, R., Grinder, J.: Patterns of hypnotic techniques of Milton H. Erickson, M. D. Cupertino, Calif., Meta Publications 1975a.
- Bandler, R., Grinder, J.: The structure of magic. Palo Alto, Science and Behavior Books 1975b.
- Bandler, R., Grinder, J.: Frogs into princes. Moab, Utah, Real People Press 1979.
- Bandura, A.: Principles of behavior modification. New York, Holt, Rinehart and Winston 1969.
- Bandura, A.: Social learning theory. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall 1977.
- Bandura, A.: Self-efficacy: The exercise of control. New York, Freeman 1997.
- Barkham, M. et al.: Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. J. Counseling and Clin. Psychol. 69, 2001, 184–196.
- Bastine, R. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Bd. 2. Stuttgart, W. Kohlhammer 1992.
- Baštecká, B., Goldmann, P.: Základy klinické psychologie. Praha, Portál 2001.
- Baštecká, B. a kol.: Klinická psychologie v praxi. Praha, Portál 2003.
- Baštecký, J., Šavlík, J., Šímek, J.: Psychosomatická medicína. Praha, Grada 1993.
- Battle, C. C., et al.: Target complaints as criteria of improvement. Amer. J. Psychother. 1966, 20, 184–192.
- Beck, A. T.: Cognitive therapy and emotional disorders. New York, Internat. Univ. Press 1976.
- Beck, A. T.: Love is never enough. New York, Harper and Row 1988.
- Beck, A. T.: Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology. In Salkovskis, P. M. (Ed.): Frontiers of cognitive therapy. New York, Guilford Press 1996.
- Beck, A. T.: Kognitivní terapie a emoční poruchy. Praha, Portál 2005.
- Beck, A. T., Emery, G., Greenberg, R.: Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York, Basic Books 1985.
- Beck, A. T., Freeman, A. et al.: Cognitive therapy of personality disorders. New York, Guilford 1979.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B., Emery, G.: Cognitive therapy of depression. New York, Guilford 1979.
- Beck, A. T., Weisshaar, M. E.: Cognitive therapy. In Corsini, R., Wedding, D. (Eds.): Systems of psychotherapy. Itasca, Illinois, Peacock 1989.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, G., F., Liese, B. S.: Cognitive therapy of substance abuse. New York, Guilford 1986.
- Beck, D.: Die Kurzpsychotherapie. Bern, Huber 1974.
- Beck, D.: Krátkodobá psychoterapie. Úvod z psychoanalytického aspektu. Trenčín, Vydavateľstvo F 2005.
- Bellak, L., Small, L.: Kurzpsychotherapie und Notfallpsychotherapie. Frankfurt am Main, Suhrkamp 1972.
- Beran, J.: Některé příčiny neúspěchu psychoterapie. Čs. Psychiat. 82, 1986, 402–404.
- Beran, J.: Psychoterapeutický přístup v klinické praxi. Praha, H+H 1992 a 1996.
- Beran, J.: Příspěvek ke sledování efektu léčby skupinovou psychoterapií. Čs. Psychiat. 89, 1993, 166–172.
- Beran, J.: Základy psychoterapie pro lékaře. Praha, Grada 2000.
- Beran, J., Tomášek, L.: Vliv psychoterapeutova výcviku a odborné praxe na jeho percepce psychoterapeutické interakce. Čs. Psychiat. 80, 1984, 170–173.
- Bergin, A. E.: The evaluation of therapeutic outcome. In Bergin, A. E., Garfield, S. L. (Eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York, J. Wiley 1971.
- Bergin, A. E., Garfield, S. L. (Eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York, J. Wiley, 1st Ed. 1971, 4th Ed. 1994.
- Bergin, A. E., Lambert, M. J.: The evaluation of therapeutic outcome. In Garfield, S. L., Bergin, A. E. (Eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. 2nd Ed. New York, J. Wiley 1978.
- Berne, E.: Principles of group treatment. New York, Oxford University Press 1966.
- Berne, E.: Jak si lidé hrají. 1. vyd. Praha, Svoboda 1970, 2. vyd. Liberec, Dialog 1992.
- Berne, E.: Co řeknete, až pozdravíte. Praha, Lidové noviny 1997.
- Bětlík, L.: Předmluva k českému vydání knihy C. G. Junga Člověk a duše. Praha, Academia 1995.
- Beutler, L. E.: Eclectic psychotherapy. A systematic approach. Elmsford, N. Y., Pergamon Press 1983.
- Beutler, L. E., Clarkin, J. F.: Systematic treatment selection toward targeted therapeutic intervention. New York, Brunner/Mazel 1990.
- Beutler, L. E., Harwood, R. M.: Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection. New York, Oxford University Press 2000.
- Binarová, D.: Vliv holotropního dýchání na osobnost. Čes. a slov. Psychiat. 99, 2003, 410–414.
- Blancová, G. a R.: Ego-psychologie. Praha, Psychoanalytické nakl. 1992.
- Blaser, A. et al.: Na problém orientovaná psychoterapie. Trenčín, F. Trenčín, 1994.
- Boadella, D.: Proudý života. Brno, Tegze a synové (rukopis).
- Bohart, A. C., Tallman, K.: How clients make therapy work: The process of active self-healing. Washington, DC, American Psychological Association 1999.
- Bongartz, W., Bongartz, B.: Hypnosetherapie. 2. Aufl. Göttingen, Hogrefe 2000.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P.: Milan systemic family therapy. New York, Basic Books 1987.
- Boss, M.: Psychoanalyse und Daseinsanalytik. Bern, Huber 1957.
- Boss, M.: Včera v noci se mi zdálo. Praha, Grada 1994.
- Boš, P.: Rodinná psychoterapie a její význam pro dětskou psychiatrii. Čs. Psychiat. 64, 1968, 263–269.
- Bouchal, M.: K autogennímu tréninku J. H. Schultze. Čs. Psychiat. 60, 1964, 33.
- Bouchal, M.: K vyššímu stupni autogenního tréninku J. H. Schultze. Čs. Psychiat. 66, 1970, 98–103.
- Bouchal, M. (red.): Lékařská psychologie. Praha, Avicenum 1981.
- Bouchal, M. et al.: Katamnéza neuróz zařazených do tří alternativ léčebných programů po 11 letech. Čs. Psychiat. 1991, 87, 230–241.
- Bouchal, M., Dufková, D., Robeš, M., Sekaninová, Z.: Tematická terapeutická skupina. Čs. Psychiat. 69, 1973, 163–169.
- Bouchal, M., Dufková, D., Sekaninová, Z.: Individuální variace autogenního tréninku. Čs. Psychiat. 67, 1971, 73–78.
- Bouchal, M., Kratochvíl, S.: K syntetickému a diferencovanému přístupu v psychoterapii neuros. Čs. Psychol. 10, 1966, 479–486.

- Bouchal, M., Sekaninová, Z.: Terapeutické společenství na lůžkovém oddělení pro neurotiky. Čs. Psychiat. 66, 1970, 331–338.
- Bowen M.: Family therapy in clinical practice. New York, Jason Aronson 1978.
- Bowlby, J.: Attachment and loss. New York, Basic Books Vol. 1, 1969, Vol. 2, 1973.
- Bradford, L. P. Gibb, J. R., Benne, K. D. (Eds.): T-group theory and laboratory method. New York, J. Wiley 1964.
- Brenner C.: An elementary textbook of psychoanalysis. New York, International Universities Press 1973.
- Brichčín, S., Chodurová, I.: Model náhradní rodiny ve skupinové psychoterapii neuróz. Čs. Psychiat. 74, 1979, 140–143.
- Bruchová, H.: Základy psychoterapie. Praha, Triton 1997.
- Brun, R.: Allgemeine Neurosenlehre. 2. Aufl. Basel, Schwabe 1946.
- Buda, B.: Empatia. Nové Zámky, Psychoprof 1994.
- Bugental, J. F. (Ed.): Challenges of humanistic psychology. New York, McGraw Hill 1967.
- Bugental, J. F.: Psychotherapy and process: The fundamentals of an existential-humanistic approach. New York, McGraw Hill 1978.
- Burns, D. D.: „Feeling good“. The new mood therapy. New York, New American Library 1980.
- Cain, D. J., Seeman, J. (Eds.): Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice. Washington, DC, American Psychological Association 2002.
- Cain, D. J., Seeman, J. (Eds.): Humanistická psychoterapie I. Praha, Triton 2006.
- Capponi, V., Novák, T.: Asertivně do života. Praha, Grada 1994.
- Carnegie, D.: Jak se zbavit starostí a začít žít. Praha, Talpress 1993.
- Carr, A.: Family therapy. Chichester, J. Wiley 2000.
- Carrol, M., Tholstrupová, M. (Eds.): Integrativní přístupy k supervizi. Praha, Triton 2004.
- Cartwright, D. S.: Effectiveness of psychotherapy: A critique of the spontaneous recovery argument. J. counsel. Psychol. 2, 1955, 290–296.
- Cartwright, D. S., Zander, A. (Eds.): Group dynamics. Evanston, Illinois, Peterson and Co. 1968.
- Cautela, J. R.: Covert sensitization. Psychol. Reports 20, 1967, 459–468.
- Cimický, J.: Relaxace. 1 a 2. kazeta. Praha, Hurican records 1993 a 1994.
- Coan, R. W.: Optimální osobnost a duševní zdraví. Praha, Grada 1999.
- Condrau, C.: Sigmund Freud a Martin Heidegger. Daseinsanalytická teorie neuróz a psychoterapie. Praha, Triton 1998.
- Corsini, R. J. (Ed.): Handbook of innovative psychotherapies. New York, J. Wiley 1981.
- Corsini, R. J., Wedding D. (Eds.): Current psychotherapies. Itasca, Illinois, F. E. Peacock. 4th. Ed. 1989, 5th Ed. 1995.
- Cotler, S. S., Guerra, J. J.: Assertion training. Champaign, Illinois, Research Press 1980.
- Crasilneck, H. B., Hall, J. A.: Clinical hypnosis: principles and application. 2nd Ed. New York, Grune and Stratton 1985.
- Curran, J. P., Monti, P. M. (Eds.): Social skills training. New York, Guilford Press 1982.
- Čálek, O.: Úvod do daseinsanalýzy. In Skála, J., Růžička, J. (vyd.): Psychoterapie III, sborník přednášek. Praha, Triton 1994.
- Čálek, O.: Skupinová daseinsanalýza. Praha, Triton 2005.
- Čepický, P.: Psychosomatická onemocnění v gynekologii. Praha, Avicenum 1986.
- Černoušek, M.: Sigmund Freud, dobyvatel nevědomí. Praha, Paseka 1996.
- Černý, M.: Terapeutická aplikace autostimulačně evokované posthypnotické sugesce. Čs. Psychiat. 69, 1973, 11–16.
- Černý, M., Lukášová, A. et al.: An attempt to influence the oesophageal motility by hypnosuggestion. Activ. nerv. sup. 16, 1974, 123.
- Davanloo, H.: Basic principles and technique of short-term dynamic psychotherapy. New York, Spectrum Publications 1978.
- Davanloo, H. (Ed.): Short-term dynamic psychotherapy. New York, Jason Aronson 1980.
- Decarvalho, R. J., Čermák, I.: History of humanistic psychology in Czechoslovakia. J. humanistic Psychol. 37, 1997, 110–130.
- Denker, R.: Results of treatment of psychoneuroses by the general practitioner. A follow-up study of 500 cases. N. Y. State J. Med. 46, 1946, 2164–2166.
- deShazer, S.: Keys to solution in brief therapy. New York, W. W. Norton 1985. (Slovenský překlad I. Valkovič: Klúče k riešeniu v krátkej terapii, Študijné texty, Trenčín, Psychiatrické oddelenie 1993.)
- DiCara et al.: Biofeedback and self-control 1974. Chicago, Aldine 1975.
- DiLoreto, A. O.: Comparative psychotherapy. An experimental analysis. Chicago, Aldine Atherton 1971.
- Dobson, K. S. (Ed.): Handbook of cognitive-behavioural therapies. London, Hutchinson 1988.
- Dostálová, O.: Psychoterapeutický přístup k onkologickým nemocným. Praha, Avicenum 1986.
- Dostálová, O.: Jak vzdorovat rakovině. Praha, Grada-Avicenum 1993.
- Dreikurs, R.: Úvod do individuální psychologie. Praha, Čs. graf. unie 1937.
- Dreikurová-Fergusonová, E.: Adlerovská teorie. Úvod do individuální psychologie. Tišnov, Sursum 1993.
- Driscoll, R.: Pragmatic psychotherapy. New York, Van Nostran Reinhold 1984.
- Drotárová, E., Drotárová, L.: Relaxační metody: malá encyklopedie. Praha, EPOCH 2003.
- Dufková, D., Kratochvíl, S.: Psychometrické zkoumání existenciální frustrace. Čs. Psychol. 11, 1967, 594–597.
- Dührssen, A.: Dynamická psychoterapie. Trenčín, F. Trenčín 1998.
- Dussay, J. M., Dussay, K. M.: Transactional analysis. In Corsini, R., Wedding, D. (Eds.): Current psychotherapies. 4th Ed. Itasca, Illinois, Peacock 1989.
- Edmonston, E.: Hypnosis and relaxation. New York, J. Wiley 1981.
- Edwards, A. L., Cronbach, L. J.: Experimental design for research in psychotherapy. J. clin. Psychol. 8, 1952, 51–59.
- Egan, G.: Encounter group processes for interpersonal growth. Belmont, Calif., Brooks/Cole 1970.
- Eis, Z.: Volejte linku důvěry. Praha, Avicenum 1990.
- Eis, Z. (red.): Supervize. Praha, Pallata 1995.
- Eisen, S. V., Dickey, B.: Mental health outcome assessment: the new agenda. Psychotherapy 33, 1996, 181–189.
- Ekstein, R., Wallerstein, R. S.: Výučba a výcvik v psychoterapii. Bratislava, Veda 1993.
- Elkin, I. et al.: National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. General effectiveness of treatments. Arch. Gen. Psychiatri 46, 1989, 971–982.
- Elkin, I.: The NIMH treatment of depression research program: where we began and where we are. In Bergin, A. E., Garfield, S. L. (Eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th. Ed. New York, J. Wiley 1994.
- Elliott, R.: The effectiveness of humanistic therapies. In Cain, D. J., Seeman, J. (Eds.): Humanistic psychotherapies. Washington, DC, American Psychological Association 2002.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Lietaer, G.: Research on experiential psychotherapies. In Lambert, M. J. (Ed.): Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. 5th Ed. New York, J. Wiley 2004.
- Ellis, A.: Reason and emotion in psychotherapy. New York, Lyle Stuart 1962.
- Ellis, A.: Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach. New York, McGraw Hill 1973.
- Ellis, A.: Rational-emotive therapy. In Corsini, R., Wedding, D. (Eds.): Current psychotherapies. 4th. Ed. Itasca, Illinois Peacock 1989.
- Ellis, A.: The revised ABCs of rational-emotive therapy (RET). In Zeig, J. (Ed.): The evolution of psychotherapy. New York, Brunner/Mazel 1992.

- Ellis, A.: Reason and emotion in psychotherapy. Revised and updated. New York, Birch Lane Press 1996a.
- Ellis, A.: Better, deeper and more enduring brief therapy. The rational emotive behavior therapy approach. New York, Brunner/Mazel 1996b.
- Ellis, A.: Člověče, neboj se. Praha, Lidové noviny 2001.
- Ellis, A.: Trénink emocí. Praha, Portál 2002.
- Ellis, A., Dryden, W.: The practice of rational-emotive therapy. New York, Springer 1987.
- Ellis, A., MacLaren, C.: Racionálně emoční behaviorální terapie. Praha, Portál 2005.
- Engelsmann, F.: Dotazníkové metody zkoumání osobnosti, zejména neurotičnosti. Zprávy VÚPs č. 8, Praha, VÚPS 1966.
- Erickson, M. H., Rossi, E. R.: Hypnotherapy. New York, Irvington 1979.
- Erickson, M. H., Rossi, E. R.: Experiencing hypnosis. New York, Irvington 1981.
- Erickson, M. H., Rossi, E. R., Rossi, S.: Hypnotic realities. New York, Irvington 1976.
- Erikson, E. H.: Childhood and society. New York, Norton 1950.
- Erikson, E. H.: Životní cyklus rozšířený a dokončený. Praha, Lidové noviny 1999.
- Eysenck, H. J.: The effects of psychotherapy: an evaluation. J. consult. Psychol. 16, 1952, 319–324.
- Eysenck, H. J.: Behaviour therapy and the neuroses. London, Pergamon Press 1960.
- Eysenck, H. J.: The effects of psychotherapy. In Eysenck H. J. (Ed.): The handbook of abnormal psychology. London, Pitman 1960.
- Eysenck, H. J.: The effects of psychotherapy. New York, Science House 1969.
- Eysenck, H. J.: Rebel with a cause. London, W. H. Allen 1990.
- Eysenck, H. J.: Forty years on: the outcome problem in psychotherapy. In Giles T. R. (Ed.): Handbook of effective psychotherapy. New York, Plenum Press 1993.
- Eysenck, H. J., Rachman, S.: The causes and cures of neuroses. London, Routledge, Kegan, Paul 1965.
- Eysenck, H. J., Sargent, C.: Objasněné záhady. Tajemství paranormálních jevů. Praha, Knižní klub 1994.
- Fagan J., Shepherd, I. L. (Eds.): Gestalt therapy now. Palo Alto, Calif., Science and Behavior Books 1969.
- Fensterheim, W., Baer, J. L.: Dont say yes when you want to say no: How assertiveness training can change your life. New York, Dell 1975.
- Fierz, H. K.: Klinik und analytische Psychologie. Zurich, Rascher 1963.
- Filatov, A. T.: Autogennaja trenirovka. Kijev, Zdorovja 1979.
- Filip, V. a kol.: Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic. Zprávy č. 68. Praha, VÚPs 1985.
- Filoušová, I.: Systém léčby drogové závislosti v Bílé Vodě I. a II. Alkoholismus a drogové závislosti, 34, 1999, 279–291.
- Fishman, D. B., Franks, C. M.: Evolution and differentiation within behavior therapy: a theoretical and epistemological view. In Freedheim, D. K. (Ed.): History of psychotherapy. Washington, D.C., American Psychological Association 1992.
- Fisch, R., Weakland, J. H., Segal, L.: The tactics of change: Doing therapy briefly. San Francisco, Jossey Bass 1982.
- Flegenheimer, W. V.: Techniques of brief psychotherapy. New York, Jason Aronson 1982.
- Fonagy, P., Target, M.: Psychoanalytické teorie. Praha, Portál 2005.
- Ford, D. H.: Research approaches to psychotherapy. J. counsel. Psychol. 6, 1959, 55–60.
- Foulkes, S. H.: Therapeutic group analysis. London, Allen and Unwin 1964.
- Foulkes, S. H., Anthony, J. F.: Group psychotherapy. London, Penguin Books 1957.
- Frank, J. D.: Problems of controls in psychotherapy as exemplified by the psychotherapy research project of the Phipps psychiatric clinic. In Rubinstein, E. A., Parloff, M. B. (Eds.): Research in psychotherapy, Vol. I. Washington, American Psychol. Assoc. 1959.
- Frank, J., Frank, J. B.: Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy. 3rd. Ed. Baltimore, John Hopkins University Press 1991.
- Frankl, V. E.: Psychotherapie in der Praxis. 2. Aufl. München, Verlag Piper 1991.
- Frankl, V. E.: Člověk hledá smysl. Úvod do logoterapie, Praha, Psychoanalytické nakl. 1994.
- Frankl, V. E.: Vůle ke smyslu. Brno, Cesta 1994, 1997.
- Frankl, V. E.: Lékařská péče o duši. Základy logoterapie a existenciální analýzy. Brno, Cesta 1995.
- Frankl, V. E.: ...A přece říci životu ano. Dačice, Karmelitánské nakladatelství 1996.
- Frankl, V. E.: Co v mých knihách není. Brno, Cesta 1997.
- Frankl, V. E.: Psychotherapie pro laiky. Brno, Cesta 1998.
- Frankl, V. E.: Teorie a terapie neuróz. Praha, Grada 1999.
- Franks, C. M. et al.: Annual review of behavior therapy: Theory and practice. Vol. 8. New York, Guilford Press 1982.
- Freedheim, D. K. (Ed.): History of psychotherapy. A century of change. Washington, D.C., American Psychological Association 1992.
- Freemanová, D. R.: Manželská kríza. Martin, Osveta 1992.
- Freud, A.: The mechanisms of defense. The writings of Anna Freud. New York, International Universities Press 1966. (Poprvé vydáno v r. 1936.)
- Freud, S.: Psychoanalytické chorobopisy. Praha, Albert 1936.
- Freud, S.: Totem a tabu. Bratislava, SAV 1966.
- Freud, S.: Vybrané spisy I–III. Praha, Avicenum 1969–1971.
- Freud, S.: O člověku a kultuře. Praha, Odeon 1990.
- Freud, S.: Vybrané spisy I. 2. vyd. Praha, Avicenum 1991.
- Freud, S.: Vybrané spisy II–III. 2. vyd. Praha, Avicenum 1993.
- Freud, S.: Výklad snů. Pelhřimov, Nová tiskárna 1994.
- Freud, S.: Sebrané spisy. Sedmáctá kniha. Praha, Jiří Kocourek 1996.
- Freund, K.: Homosexualita u muže. Praha, Státní zdrav. nakladatelství 1962.
- Fromm, E.: Umění milovat. Praha, Orbis 1966.
- Fromm, E.: Člověk a psychoanalýza. Praha, Svoboda 1967.
- Fromm, E.: Umění být. Praha, Naše vojsko 1994.
- Fromm, E.: Lidské srdce. Praha, Simon a Simon Publishers 1996.
- Fromm, E.: Anatomie lidské destruktivity. Praha, Lidové noviny 1997.
- Fromm, E., Nash, M. R. (Eds.): Contemporary hypnosis research. New York, Guilford 1992.
- Fromm, E., Shor, R. (Eds.): Hypnosis. Research developments and perspectives. 2nd Ed. New York, Aldine Atherton 1979.
- Fromm-Reichmann, F.: Principles of intensive psychotherapy. Chicago, University of Chicago Press 1950.
- Fromm-Reichmannová, F.: Principy intenzivní psychoterapie. Praha, Triton 2003.
- Fryba, M.: Psychologie zvládání života – aplikace metody abhidhamma. Skripta. Brno, Masarykova univerzita 1995.
- Fryba, M.: Umění žít šťastně. Praha, Argo 2002.
- Fryba, M.: Abhidhamma. Základy meditativní psychoterapie a psychohygieny. Praha, Stratos 1991.
- Funk, R.: Erich Fromm. Praha, Lidové noviny 1994.
- Garfield, S. L.: Psychotherapy. An eclectic approach. New York, J. Wiley 1980.
- Garfield, S. L.: The practice of brief therapy. New York, Pergamon Press 1989.
- Garfield, S. L., Bergin, A. E. (Eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. 3rd. Ed. New York, J. Wiley 1986.
- Gendlin, E. T.: Focusing-oriented psychotherapy. A manual of the experiential method. New York, Guilford 1996.
- Gendlin, E. T.: Focusing: tělesné prožívání jako terapeutický zdroj. Praha, Portál 2003.

- Gešová, Z., Klenovský, L., Křížková, N.: Výsledky léčby neuróz v dennom psychiatrickom sanatóriu v Bratislave. Čs. Psychiat. 85, 1989, 165–172.
- Gjuričová, Š.: Externalizace v terapii. Kontext 11, 1995, č. 1, 28–31.
- Gjuričová, Š., Kubička, J.: Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy. Praha, Grada 2003.
- Gjuričová, Š., Špitz, J.: Systemická terapie úzkosti. In Vymětal J. (Ed.): Speciální psychoterapie. Úzkost a strach. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 2000.
- Glasser, W.: Terapie realitou. Praha, Portál 2001.
- Glasser, W., Wubbolding, R. E.: Reality therapy. In Corsini, R., Wedding, D. (Eds.): Current psychotherapies. Itasca, Illinois, Peacock Publishers 1995.
- Glover, F.: The technique of psycho-analysis. New York, International Universities Press 1955.
- Gold, J. R., Wachtel, P. L.: Cyclical psychodynamics. In Stricker, G., Gold, J. R. (Eds.): Comprehensive handbook of psychotherapy integration. New York, Plenum Press 1993.
- Goldberg, A. (Ed.): The future of psychoanalysis: Essays in honor of Heinz Kohut. New York, International Universities Press 1983.
- Goolishian, A. H., Anderson, H.: Menschliche Systeme. In Reiter et al. (Hrsg.): Von der Familientherapie zur systemischen Therapie. Berlin, Springer 1988. (Překlad výtahu in Kontext 1992, 8, č. 2, 32.)
- Goulding, M., Goulding, R.: Changing lives through rededication therapy. New York, Brunner/Mazel 1979.
- Gräffová, Ch.: Koncentrativní pohybová terapie. Boskovice, Albert 1999.
- Grawe, K.: Differentielle Psychotherapie I. Bern, H. Huber 1976.
- Grawe, K.: Psychologische Therapie. Göttingen, Hogrefe 1998.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F.: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. 3. Aufl. Göttingen, Hogrefe 1994.
- Greenberg, J. R., Mitchell, S. A.: Object relations in psychoanalytic theory. Cambridge, Mass., Harvard University Press 1983.
- Greenberger, D., Padesky, Ch. A.: Na emoce s rozumem. Praha, Portál 2003.
- Greenson, R. R.: The technique and practice of psychoanalysis. New York, International Universities Press 1967.
- Grinder, J., de Lozier, J., Bandler, R.: Patterns of hypnotic techniques of Milton H. Erickson. Vol. II. Cupertino, Calif., Meta Publications 1977.
- Grof, S.: Dobrodružství sebeobjevování. Praha, Gemma 89, 1992a.
- Grof, S.: Za hranice mozku. Praha, Gemma 89, 1992b.
- Grof, S.: Holotropní vědomí. Praha, Gemma 89, 1993.
- Grof, S.: Teoretické a empirické základy transpersonální psychologie. Čs. Psychiat. 90, 1994, 78–90.
- Grof, S.: Transpersonální psychologie. In Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (Eds.): Psychiatrie. Praha, Tis 2002.
- Grof, S.: Psychologie budoucnosti. Perla, Praha 2004.
- Grof, S., Grof, Ch.: Krize duchovního vývoje. Praha, Chvojko nakladatelství 1999.
- Gruettert, T.: Interpersonální psychoterapie (IPT) deprese. Psychiatrie 8, 2004, 326–330.
- Grzesiuk, L. (Ed.): Psychoterapia. Warszawa, PZW 1994.
- Gunther, B.: Sense relaxation. New York, Collier 1968.
- Gurman, A. S., Kniskern, D. P. (Eds.): Handbook of family therapy. New York, Brunner/Mazel, Vol. I. 1981, Vol. II. 1991.
- Gurský, T.: Procesorientovaná psychológia – nový smer psychologickéj práce. Psychol. a patopsychol. dieťaťa 30, 1995, 135–137.
- Hájek, K.: Tělesně zakotvené prožívání. Praha, Karolinum 2002.
- Haley, J.: Strategies of psychotherapy. New York, Grune and Stratton 1963.
- Haley, J.: Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson. New York, W. W. Norton 1973, 1986.
- Haley, J.: Typically Erickson. In Zeig, J. (Ed.): Ericksonian methods. New York, Brunner/Mazel 1994.
- Haley, J.: Neobvyklá psychoterapie Milтона H. Ericksona. Praha, Triton 2003.
- Halík, T.: Proces individuace v pojetí hlubinné psychologie C. G. Junga. In Psychoterapie I, sborník přednášek. Praha, Triton 1996.
- Hall, J. A.: Jungiánský výklad snů. Brno, Nakl. Tomáše Janečka 2005.
- Hanušová, I.: Expresivní postupy. In Vymětal, J. a kol.: Speciální psychoterapie. Úzkost a strach. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 2000.
- Harris, T.: Já jsem OK, ty jsi OK. Praha, Pragma 1997.
- Hart, J.: Modern eclectic therapy. New York, Plenum Press 1984.
- Hart, J. T., Tomlinson, T. M. (Eds.): New directions in client centered therapy. Boston, Houghton Mifflin Co. 1970.
- Hartl, P.: Komunita občanská a komunita terapeutická. Praha, SLON 1997.
- Hartmann, H.: Ego-psychology and the problem of adaptation. New York, International University Press 1958.
- Hassan, S.: Jak čelit psychické manipulaci zločinných kultů. Brno, Nakladatelství T. Janečka 1994.
- Haškovicová, H.: Spoutaný život. Praha, Panorama 1985.
- Hašto, J.: Autogénny trénink. Trenčín, F Trenčín 1999.
- Hašto, J.: Vztahová vázba. Ku koreňom lásky a úzkosti. Trenčín, Vydavateľstvo F 2005.
- Hausner, M.: Jak se stát neurotikem. Praha, SZdN 1968.
- Hausner, M.: Terapeutická komunita na psychiatrickém oddělení fakultní nemocnice. Čs. Psychiat. 64, 1968, 241–245.
- Hausner, M.: Duševně nemocný mezi námi. Praha, Avicenum 1978.
- Hawkins, P., Shonet, R.: Supervize v pomáhajících profesích. Praha, Portál 2004.
- Hawton, K. et al. (Eds.): Cognitive behaviour therapy for psychiatric disorders: A practical guide. New York Oxford University Press 1989. (Český překlad „Kognitivně behaviorální terapie u psychiatrických problémů“, P. Možný, Kroměříž, 1995.)
- Hejermanová, J.: Tajemství dvou partnerů. Liberec, Dauphin 1995.
- Heller, J. a kol.: Závislost známá neznámá. Praha, Grada 1996.
- Heller, J., Bartoška, J.: Psychorelaxace. Kazeta. Praha, Invence 1994.
- Hellinger, B.: Partnerská terapie. Praha, Pragma 2005.
- Hellinger, B., Tenhoevel, G.: Rodinné konstelace, objevná síla. Praha, Triton 2004.
- Helm, J.: Gesprächspsychotherapie. Berlin, Deutscher Verlag der Wissenschaften 1978.
- Hendl, J.: Kvalitativní výzkum. Praha, Portál 2005.
- Hennig, H., Peltz, G.: Transakční analýza. Praha, Grada 2006.
- Heretik, A., Šimkovič, M.: Teoretická východiska „proces-orientované psychoterapie“ (POP). Čs. Psychiat. 89, 1993, 300–305.
- Heřt, J. a kol.: Alternativní medicína. Možnosti a rizika. Praha, Grada 1995.
- Hilgard, E. R.: Hypnotic susceptibility. Harcourt, Brace, World 1965.
- Hilgard, E. R.: Divided consciousness. New York, J. Wiley 1977.
- Hilgard, E. R., Hilgard, J. R.: Hypnosis in the relief of pain. Los Altos, Calif., W. Kaufmann 1975.
- Hill, C. L., Lambert M. J.: Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In Lambert, M. J. (Ed.): Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. New York, J. Wiley 2004.
- Hillman, J.: Sny a podsvětí. Praha, Portál 1999.
- Hillman, J.: Klíč k duši. Praha, Portál 2000.
- Hlavinka, P.: Daseinsanalytická psychopatologie a psychoterapie. Psychol. a patopsychol. dieťaťa 38, 2003, 46–63.
- Hoehn-Saric, T. R. et al.: Systematic preparation of patients for psychotherapy. J. Psychiat. Res. 2, 1964, 267–281.



- Honzák, R.: Psychické změny při interních chorobách. Praha, Avicenum 1985.
- Honzák, R.: I v nemoci si buď přitelem. Praha, Avicenum 1989.
- Honzák, R.: Strach, tréma, úzkost a jak je zvládnout. Praha, Maxdorf 1995.
- Honzák, R.: Komunikační pastí v medicíně. Praha, Galén 1997.
- Honzák, R.: Deprese. Praha, Galén 1999.
- Hopke, H. R.: Průvodce po sebraných spisech C. G. Junga. Brno, Nakladatelství T. Janečka 1994.
- Horney, K.: The neurotic personality of our time. London, Kegan Paul 1937.
- Horney, K.: Our inner conflicts. New York, Norton 1945.
- Horneyová, K.: Neuróza a lidský růst. Praha, Triton a Pragma 2000.
- Hort, V. a kol.: Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha, Portál 2000.
- Horvai, I.: Hypnosa v lékařství. Praha, SZdN 1959.
- Horvai, I., Hoskovec, J.: Příspěvek k problematice tzv. věkové regrese. *Activ. nerv. sup.* 4, 1962, 161–172.
- Horvai, I., Hoskovec, J.: Experimental study on some processes of visual perception influenced by hypnotic suggestion. *Activ. nerv. sup.* 6, 1964, 72.
- Hoskovec, J.: Psychologie hypnózy a sugesce. Praha, Academia 1967.
- Hoskovec, J.: Teorie hypnózy. Praha, Univerzita Karlova 1970.
- Hoskovec, J., Hoskovecová, S.: Psychologie hypnózy a sugesce. Praha, Portál 1998.
- Hoskovec, J., Nakonečný, M., Sedláková, M.: Psychologie XX. století. Skripta. Praha, Univerzita Karlova 1994.
- Howard, J.: Please touch. New York, Dell Publishing Co. 1970.
- Huber, Ch., Baruth, L.: Coping with marital conflict. An Adlerian approach to succeeding in marriage. Champaign, Illinois, Stipes Publishing Co. 1981.
- Hučtn, J.: Rozhovory o psychoterapii. Praha, Portál 2001.
- Cheek, D. B., LeCron, L. M.: Clinical hypnotherapy. New York, Grune and Stratton 1968.
- Chertok, L.: Nepoznaná psychika. Praha, Avicenum 1986.
- Chovancová, Z., Vašková, J.: Diagnóza nádor: a co dál. Praha, Grada 1998.
- Chrzanowski, G.: Interpersonal approach to psychoanalysis. Contemporary view of Harry Stack Sullivan. New York, Gardner Press 1977.
- Chvála, V., Trapková, L.: Sociální děloha. *Kontext* 11, 1995, 5–11.
- Chvála, V., Trapková, L.: Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému. *Č. a S. Psychiat.* 94, 1998, 252–262.
- English, B., West, R.: Průvodce alternativní medicínou. Praha, Brázda 1992.
- Irmiš, F.: Nauč se zvládat stres. Praha, Alternativa 1996.
- Irmiš, F.: Spirituality v medicíně a psychosomatické: biopsychosociálně duchovní hledisko. *Prakt. Lék.* 81, 2001, 465–468.
- Isurina, G. L.: Ličnostno orientovaná (rekonstruktivní) psychoterapie i osnovnyje tendenciji jejo razvitiya. In Karvasarskij, B. D. (red.): *Psichoterapija: ot teorii k praktike*. Sankt-Peterburg, Psichonevrol. Inst. V. M. Bechtěreva 1955.
- Jacobi, J.: Psychologie C. G. Junga. Praha, Psychoanalytické nakl. 1992.
- Jacobson, E.: Progressive relaxation. Chicago, University of Chicago Press 1948.
- Jakubů, J.: 24. česko-slovenská psychoterapeutická konference. *Čes. a slov. Psychiat.* 100, 2004, 44–45.
- James, M., Jongeward, D.: Born to win. Reading, Mass., Addison-Wesley 1971.
- Janota, O., Wolf, E. (Eds.): *Neuroses. I. congressus psychiatricus bohemoslovenicus cum participatione internationali*. Praha, SZdN 1961.
- Janov, A.: Primal scream. The cure of neurosis. New York, Delta Book 1971.
- Jára, M.: Sny naživo. Praha, Titanic 2004.
- Jones, M.: The therapeutic community: a new treatment method in psychiatry. New York, Basic Books 1953.
- Jones, M.: Beyond the therapeutic community. New Heaven, Yale University Press 1968.
- Jones, R.: Das Leben und Werk von Sigmund Freud. Bd. I–III. Bern, H. Huber 1960–1962.
- Jonesová, E.: Terapie rodinných systémů. Hradec Králové, Konfrontace 1996.
- Jonesová, E., Asen, E.: Systemická párová terapie a deprese. Hradec Králové, Konfrontace 2004.
- Jourard, S.: The transparent self. New York, Van Nostrand 1964.
- Jourard, S.: Disclosing man to himself. New York, Van Nostrand 1968.
- Jung, C. G.: Analytická psychologie, její teorie a praxe. Praha, Academia 1993.
- Jung, C. G.: Duše moderního člověka. Brno, Atlantis 1994.
- Jung, C. G.: Člověk a duše. Praha, Academia 1995.
- Jung, C. G.: Výbor z díla, sv. I. Brno, Nakladatelství T. Janečka 1996.
- Junková, V.: Supervize v rogersovské psychoterapii. In Eis, Z. (red.): *Supervize*. Praha, Pallata 1995.
- Junková, V.: Rogersovská psychoterapie. In Vymětal J. a kol.: *Obecná psychoterapie*. Praha, J. Kocourek 1997.
- Junová, H.: Niewerbalne zachowanie sie i jeho wykorzystanie w psychoterapii. *Psychoterapia* 1975, No. 13, 3–43.
- Junová, H.: Psychogymnastika. *Kosmonosy*, Edice linky důvěry č. 27, 1981.
- Kafka, J.: Psychoterapie. In Kafka J. a kol.: *Psychiatria*. Martin, Osveta 1998.
- Kalina, K.: Jak žít s psychózou. 1. vyd. Praha, Avicenum 1987, 2. vyd. Praha, Portál 2001.
- Kanfer, F. H., Goldstein, A. P. (Eds.): *Helping people change: A textbook of methods*. 4th. Ed. Boston, Allyn and Bacon 1991.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J.: *Comprehensive group psychotherapy*. 3rd. Ed. Baltimore, Williams and Wilkins 1993.
- Kaplan, H. S.: The new sex therapy. New York, Brunner/Mazel 1974.
- Karasu, T. B. (Ed.): *Psychotherapy research*. Washington, American Psychiatric Press 1982.
- Karvasarskij, B. D.: *Psichoterapija*. Moskva, Medicina 1985.
- Karvasarskij, B. D.: *Něvrozy*. 2. izd. Moskva, Medicina 1990.
- Karvasarskij, B. D.: *Psichoterapija v Rossiji: retrospektiva i zadači dalnějšego razvitiya*. In Karvasarskij, B. D. (red.): *Psichoterapija: ot teorii k praktike*. Sankt-Peterburg, Psichonevrol. Inst. V. M. Bechtěreva 1995.
- Karvasarskij, B. D., Leder, S. (red.): *Grupovaja psichoterapija*. Moskva, Medicina 1990.
- Kastová, V.: Imaginace jako prostor setkání s nevědomím. Praha, Portál 1999.
- Kastová, V.: Krize a tvořivý přístup k ní. Praha, Portál 2000.
- Kazdin, A. E.: The token economy: a review and evaluation. New York, Plenum Press 1977.
- Kazdin, A. E.: Methodology, design and evaluation in psychotherapy research. In Bergin, A. E., Garfield, S. L. (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th. Ed. New York, J. Wiley 1994.
- Kazdin, A. E., Wilcoxon, L. A.: Systematic desensitization and nonspecific treatment effects: A methodological evaluation. *Psych. Bull.* 83, 1976, 729–759.
- Kelly, G. A.: The psychology of personal construct. Vol. II. Clinical diagnosis and psychotherapy. New York, Norton 1955.
- Kennerleyová, H.: Jak zvládat úzkostné stavy. Praha, Portál 1998.
- Kernberg, O.: Object relations theory and clinical psychoanalysis. New York, J. Aronson 1976.
- Kernberg, O.: Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies. New Heaven, Yale University Press 1984.
- Kernberg, O.: Normální a patologická láska. Praha, Portál 1999.
- Kerr, J.: Nebezpečná metoda (příběh Junga, Freuda a Sabiny Spielreinové). Praha, Prostor 1999.
- Kleinová, M.: Vděčnost a závist. Praha, Triton 2005.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville B. J., Chevren, E. S.: *Interpersonal therapy of depression*. New York, Basic Books 1984.

- Klerman, G. L., Weissman, M. M.: New applications of interpersonal psychotherapy. Washington, D.C., American Psychiatric Press 1993.
- Klimpl, P.: Zahájení v psychodynamické psychoterapii. *Psychiatrie pro praxi* 6, 2005, 11–17.
- Klumbies, G.: Psychotherapie in der inneren und Allgemeinmedizin. 4. Aufl. Leipzig, Hirzel 1984.
- Knobloch, F.: Psychotherapeutický systém Psychiatrického oddělení Fakultní polikliniky v Praze. *Čs. Psychiat.* 60, 1964, 367–373.
- Knobloch, F. et al.: Psychogymnastika jako prostředek diagnostiky osobnosti a přeučování mezilidských vztahů. *Čs. Psychol.* 8, 1964, 113–120.
- Knobloch, F.: The system of group-centered psychotherapy for neurotics in Czechoslovakia. *Am. J. Psychiat.* 124, 1968, 113–117.
- Knobloch, F.: Integrovaná psychoterapie a pražská filozofie vědy. *Psychiatrie* 5, 2001, 232–238.
- Knobloch, F., Knobloch, J.: Psychogymnastik. In Petzold, H. (Hrsg.): *Psychotherapie und Körperdynamik*. Paderborn, Junfermann 1974.
- Knobloch, F., Knobloch, J.: Integrated psychotherapy. New York, Jason Aronson 1979.
- Knobloch, F., Knoblochová, J.: Integrovaná psychoterapie. Praha, Grada-Avicenum 1993.
- Knobloch, F., Knoblochová, J.: Integrovaná psychoterapie v akci. Praha, Grada 1999.
- Knobloch, F., Šefrnová, M.: Příspěvek k technice rodinné psychoterapie. *Neurol. a Psychiat. čs.* 17, 1954, 217–224.
- Knobloch, F., Wolf, E., Knoblochová, J., Šváb, L.: *Neurosy*. Praha, SZdN 1956.
- Knoblochová, J., et al.: *Psychoterapie*. Praha, SZdN 1968.
- Kocábová, D., Kocvera, J.: Zpráva odjinud. Hradec Králové, Konfrontace 1996.
- Kocourek, J.: Horizonty psychoanalýzy. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1992.
- Kocourková, J. a kol.: Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Praha, Galén 1997.
- Kocourková, J.: Psychoterapie dětí a adolescentů. In Hort V. a kol.: *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha, Portál 2000.
- Kohut, H.: Obnova self. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1991.
- Kondáš, O.: Podiel učenia v psychoterapii. Bratislava, SAV 1964.
- Kondáš, O.: Discentná psychoterapia. Bratislava, SAV 1969 a 1973.
- Kondáš, O.: Tréma – strach zo skúšky. Bratislava, SPN 1979.
- Kondáš, O.: Klinická psychológia. 2. vyd. Martin, Osveta 1980.
- Kondáš, O.: Zajakavosť – psychologický rozbor a terapia. Bratislava, SPN 1983.
- Kondáš, O.: Integrácia a diferenciácia v psychoterapii. *Čs. Psychol.* 37, 1993, 545–548.
- Kondáš, O., Kordačová, J.: Iracionalita a jej hodnotenie. Bratislava, Stimul 2000.
- Kondáš, O., Kratochvíl, S., Syřišťová, E.: Psychoterapia a reedukácia. Martin, Osveta 1985 a 1989.
- Kopřiva, K.: Lidský vztah jako součást profese. Praha, Portál 1997.
- Koutek, J., Kocourková, J.: Sebevražedné chování. Praha, Portál 2003.
- Koziak, M., Chudík, L., Kratochvíl, S.: Psychobalzámy. Bratislava, Opus 1983.
- Kožnar, J.: Výcvik ve skupinové psychoterapii. Praha, Odbor NVČ Správy SNV ČSR 1982.
- Kožnar, J.: Skupinová dynamika (Teorie a výzkum). Praha, Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova 1992.
- Kratochvíl, S.: K problému existenciální frustrace. *Čs. Psychiat.* 62, 1966, 322–325.
- Kratochvíl, S.: Skupinová psychoterapie neuróz II. Praha, Avicenum 1983.
- Kratochvíl, S.: Psychoterapie. Praha, Avicenum 1970, 1976, 1987.
- Kratochvíl, S.: Podstata hypnózy a spánků. Praha, Academia 1972.
- Kratochvíl, S.: Sexuální potíže a problémy. Praha, Avicenum 1991.
- Kratochvíl, S.: Vývoj psychoterapie v USA. *Čs. Psychiat.* 88, 1992, 58–64.
- Kratochvíl, S.: Kongres integrativní a eklektické psychoterapie. *Čs. Psychiat.* 90, 1994a, 355–357.
- Kratochvíl, S.: Konference o vývoji psychoterapie. *Čs. Psychiat.* 90, 1994b, 361–365.
- Kratochvíl, S.: Devatenáctá česko-slovenská psychotherapeutická konference. *Čs. Psychiat.* 90, 1994c, 121–123.
- Kratochvíl, S.: První sjezd Všeobecné psychotherapeutické asociace. *Čs. Psychiat.* 91, 1995, 117–119.
- Kratochvíl, S.: Experimentální hypnóza. Praha, Academia 1999.
- Kratochvíl, S.: Čtvrtá americká konference o vývoji psychoterapie. *Konfrontace* 11, 2000, 129–136.
- Kratochvíl, S.: Jak žít s neurózou. 3. vyd. Praha, Portál 2000.
- Kratochvíl, S.: Manželská terapie. 3. vyd. Praha, Portál 2000.
- Kratochvíl, S.: Evropský kongres o psychoterapii v Moskvě. *Konfrontace* 12, 2001, 143–147.
- Kratochvíl, S.: Klinická hypnóza. 3. vyd. Praha, Grada 2001.
- Kratochvíl, S.: Terapie pomáhá nacházet kladné stránky života. In Hučín J. (red.): *Hovory o psychoterapii*. Praha, Portál 2001.
- Kratochvíl, S.: Tricet let kroměřížského psychotherapeutického oddělení 18b. *Č. a S. Psychiat.* 97, 2001, 133–134.
- Kratochvíl, S.: Sexuální starosti a radosti. Praha, Portál 2002.
- Kratochvíl, S.: 23. česko-slovenská psychotherapeutická konference. *Čes. a slov. Psychiat.* 98, 2003, 115.
- Kratochvíl, S.: Podstawy psychoterapii. Poznań, Zys i S-ka wydawnictwo 2003.
- Kratochvíl, S.: Sexuální dysfunkce. Praha, Grada 2003.
- Kratochvíl, S.: Sex jako obohacení života. Praha, Grada 2005.
- Kratochvíl, S.: Skupinová psychoterapie v praxi. 3. vyd. Praha, Galén 2005.
- Kratochvíl, S.: Jak žít s neurózou. 4. vyd. Praha, Triton 2006.
- Kratochvíl, S., Hort, V.: X. psychotherapeutická konference. *Čs. Psychiat.* 72, 1976, 148–150.
- Kratochvíl, S., Hort, V.: XI. psychotherapeutická konference. *Čs. Psychiat.* 74, 1978, 117–119.
- Kratochvíl, S., Sklenářová, A.: XXI. Česko-slovenská psychotherapeutická konference. *Č. a S. Psychiatrie*, 94, 1998, 105–106.
- Kretschmer, W.: Protreptik. In Frankl, V. E., Gebattel, V. E., Schultz, J. H. (Hrsg.): *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*. Vol. IV. München, Urban und Schwarzenberg 1960.
- Krch, F. D.: Mentální anorexie. Praha, Portál 2002.
- Krch, F. D. a kol.: Poruchy příjmu potravy. 2. vyd. Praha, Grada 2005.
- Krch, F. D., Málková, D.: SOS nadváha. Praha, Granit 1993, Portál 2001.
- Kryl, M.: Integrovaný terapeutický program pro pacienty s neurózami a psychosomatickými poruchami. *Konfrontace* 12, 2001, 57–62, 125–131.
- Křivohlavý, J.: Sedmý celostátní seminář o psychoterapii. *Čs. Psychol.* 16, 1972, 282–283.
- Křivohlavý, J.: Osmá celostátní psychotherapeutická konference. *Čs. Psychol.* 17, 1973, 482–484.
- Křivohlavý, J.: Devátá celostátní psychotherapeutická konference. *Čs. Psychol.* 18, 1974, 432–433.
- Křivohlavý, J.: Desátá celostátní psychotherapeutická konference. *Čs. Psychol.* 20, 1976, 355–356.
- Křivohlavý, J.: Psychologická rehabilitace zdravotně postižených. Praha, Avicenum 1985.
- Křivohlavý, J.: Vážně nemocný mezi námi. Praha, Avicenum 1989.
- Křivohlavý, J.: Osmnáctá celostátní psychotherapeutická konference. *Čs. Psychol.* 36, 1992, 377–378.
- Křivohlavý, J.: Jak zvládat stres. Praha, Grada-Avicenum 1994.
- Křivohlavý, J.: Psychologie zdraví. Praha, Portál 2001.
- Kučera, Z.: O výchově bez receptů. Praha, Mona 1985.
- Kudrle, S.: Využití metody holotropního dýchání v léčbě závislých. *Prakt. Lék.* 75, 1995, 290–291.

- Lacan, J.: Les écrits techniques de Freud: Le séminaire. Paris, Seuil 1975.
- Lambert, M. J. et al.: Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45). Wilmington, DE, American Professional Credentialing Service 1996.
- Lambert, M. J. (Ed.): Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. New York, J. Wiley 2004.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E.: The effectiveness of psychotherapy. In Bergin, A. E., Garfield, S. L. (Eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th. Ed. New York, J. Wiley 1994.
- Lambert, M. J., Hill, C. E.: Assessing psychotherapy outcomes and process. In Bergin, A. E., Garfield, S. L. (Eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th. Ed. New York, J. Wiley 1994.
- Lambert, M. J., Ogles, B. M.: The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Lambert, M. J. (Ed.): Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. 5th Ed. New York, J. Wiley 2004.
- Landis, C.: Statistical evaluation of psychotherapeutic methods. In Hinsie, S. E. (Ed.): Concepts and problems of psychotherapy. London, Heinemann 1938.
- Lang, P. J., Lazovik, A. P.: Experimental desensitization of a phobia. J. abn. soc. Psychol. 66, 1963, 519–525.
- Lang, P. J., Lazovik, A. P., Reynolds, D. J.: Desensitization, suggestibility and pseudotherapy. J. abn. Psychol. 70, 1965, 395–402.
- Lange, A. J., Jakubowski, P.: Responsible assertive behavior. Champaign, Illinois, Research Press 1980.
- Längle, A.: Smyšlně žít. Brno, Cesta 2002.
- Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J.: Dětská psychoterapie. 2. vyd. Praha, Portál 2000.
- Langmeierová, D., Langmeier, J.: Několik poznámek k teoretickým základům rodinné terapie. Čs. Psychol. 69, 1973, 387–392.
- Lankton, S.: Practical magic. A translation of basic neuro-linguistic programming into clinical psychotherapy. Cupertino, Calif., Meta Publications 1980.
- Lankton, S. R., Lankton, C. H.: The answer within: A clinical framework of Ericksonian hypnotherapy. New York, Brunner/Mazel 1983.
- Lazarus, A. A.: Behavior therapy and beyond. London, McGraw Hill 1971.
- Lazarus, A. A. (Ed.): Multimodal behavior therapy. New York, Springer 1976.
- Lazarus, A. A.: The practice of multimodal therapy: Systematic, comprehensive and effective psychotherapy. New York, McGraw Hill 1981. Baltimore, John Hopkins University Press 1989.
- Lazarus, A. A.: Multimodal therapy: Technical eclecticism with minimal integration. In Norcross, J. C., Goldfried, M. R. (Eds.): Handbook of psychotherapy integration. New York, Basic Books 1992.
- Leary, T.: Záblesky paměti. Olomouc, Votobia 1996.
- Leder, S., Karwasarski, B. D. (Eds.): Psychoterapia grupowa. Warszawa, PZWL 1983.
- Legewie, H., Nusselt, L. (Hrsg.): Biofeedback-Therapie. Lernmethoden in der Psychosomatik, Neurologie und Rehabilitation. München, Urban und Schwarzenberg 1975.
- Leuner, H.: Lehrbuch des katathymen Bilderlebens. Grundstufe, Mittelstufe, Oberstufe. Bern, H. Huber 1985.
- Leuner, H.: Katatymní prožívání obrazů. Brno, Masarykova univerzita 1997.
- Leutz, G.: Psychodrama. Theorie und Praxis. Berlin, Springer 1974.
- Levant, R. F., Shlien, J. M. (Eds.): Client-centered therapy and the person-centered approach. New York, Praeger 1984.
- Levenson, H. et al.: Krátká dynamická a interpersonální terapie. Trenčín, Vydavatelstvo F 2005.
- Lewis, H. R., Streifeld, H. S.: Growth games. New York, Harcourt, Brace, Jovanovich 1970.
- Lieberman, R.: Behavioral approaches to family and couple therapy. In Sager, C. J., Kaplan, H. S. (Eds.): Progress in group and family therapy. New York, Brunner/Mazel 1972.
- Lieberman, R. et al.: Social skills training. New York, Pergamon Press 1986. (Překlad Šlepecký, M., Možný, P.: Návčik sociálních dovedností, 1991.)
- Lieater, G., Rombauts, J., Van Balen, R. (Eds.): Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties. Leuven, Belgie, Leuven University Press 1990.
- Lieberman, M. A., Yalom, I. D., Miles, M. B.: Encounter groups: first facts. New York, Basic Books 1973.
- Lionells, M.: Handbook of interpersonal psychoanalysis. Hillsdale, N. J., The analytic Press 1995.
- Lipke, H. J., Botkin, A. L.: Case studies of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with chronic posttraumatic stress disorder. Psychotherapy 29, 1992, 251–259.
- Lovaas, O. I., Butcher, B. D. (Eds.): Perspectives in behavior modification with deviant children. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall 1974.
- Lowen, A.: Bioenergetics. London, Penguin Books 1975.
- Lowen, A.: Bioenergetic analysis: A mind-body therapy. In Zeig, J. (Ed.): The evolution of psychotherapy. New York, Brunner/Mazel 1992.
- Lowen, A.: Bioenergetika. Praha, Portál 2002.
- Lübeck, W.: Spirituální NLP. Neurolingvistické programování. Praha, Pragma 1996.
- Luborsky, L. et al.: Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research. Psychol. Bull. 75, 1971, 145–185.
- Luborsky, L.: Principles of psychoanalytic psychotherapy. New York, Basic Books 1984.
- Luborsky, L. et al.: The efficacy of dynamic versus other psychotherapies. In Janowski D. S. (Ed.): Psychotherapy indications and outcomes. Washington, American Psychiatric Press 1999.
- Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L.: Comparative studies of psychotherapy: Is it true that „everyone won and all must have prices“? Arch. Gen. Psychiat. 32, 1975, 99–108.
- Ludewig, K.: Systemická terapie. Základy klinické teorie a praxe. Praha, Pallata 1994.
- Lukas, E.: Von der Trotzmacht des Geistes. Menschenbild und Methoden der Logotherapie. Freiburg, Herder 1993.
- Lukasová, E.: Logoterapie ve výchově. Praha, Portál 1997.
- Lukasová, E.: I tvoje utrpení má smysl. Brno, Cesta 1998.
- Luthe, W. (Ed.): Autogenic therapy. Vol. I–VI. New York, Grune and Stratton 1969–1972.
- Mackewn, J.: Gestalt psychoterapie: moderní holistický přístup k psychoterapii. Praha, Portál 2004.
- Mahler, M., Pine, F., Bergman A.: The psychological birth of the human infant. New York, Basic Books, 1975.
- Mahoney, M. J.: Cognition and behavior modification. Cambridge, Mass., Ballinger 1974.
- Mahoney, M. J.: The cognitive sciences and psychotherapy: patterns in a developing relationship. In Dobson, K. S. (Ed.): Handbook of cognitive-behavioural therapies. London, Hutchinson 1988.
- Mahoney, M. J.: Human change processes: The scientific foundation of psychotherapy. New York, Basic Books 1991.
- Machač, M.: Harmonizing of mental states and performance. Praha, Univerzita Karlova 1974.
- Machač, M., Macháčová, H., Hoskovec, J.: Emoce a výkonnost. Praha, SPN 1985.
- Malan, D.: Psychoanalytische Kurztherapie. Stuttgart, E. Klett 1965.
- Málková, I.: Jak hubnout pomalu, ale jistě. Praha, Avicenum 1991.
- Mann, J.: Time-limited psychotherapy. Cambridge, Mass., Harvard University Press 1973.
- Mapář české psychoterapeutické krajiny. Praha, Nakladatelství Rys 1998.
- Mardsen, G.: Content-analysis studies of therapeutic interviews: 1954 to 1964. Psychol. Bull. 63, 1965, 198–321.

- Marhounová, J., Nešpor, K.: Alkoholici, fetišci, gambleři. Praha, Empatie 1995.
- Marks, I., Voulougouris, J., Marset, P.: Flooding versus desensitization in the treatment of phobic patients: a cross-over study. *Brit. J. Psychiat.* 119, 1971, 353–375.
- Marmor, J.: The essence of dynamic psychotherapy. In Zeig, J. (Ed.): The evolution of psychotherapy. The second conference. New York, Brunner/Mazel 1992.
- Maslow, A. H. (Ed.): New knowledge in human values. New York, Harper and Row 1959.
- Maslow, A. H.: Toward a psychology of being. Princeton, N.Y., Van Nostrand 1962.
- Maslow, A. H.: Religions, values and peak experiences. Columbus, Ohio State University Press 1964.
- Maslow, A. H.: Ku psychologii bytia. Modra, Persona 2000.
- Masters, J. C., Burish, T. G. et al.: Behavior therapy. 3rd. Ed. San Diego, Harcourt, Brace, Jovanovich 1987.
- Masters, R., Houston, J.: Mind games. New York, Viking Press 1972.
- Masters, W. H., Johnson, V. E.: Human sexual inadequacy. Boston, Little and Brown 1970.
- Masterson, J. F.: Narcissistic and borderline disorders: An integrated developmental approach. New York, Brunner/Mazel 1981.
- Masterson, J. F., Klein, R.: Disorders of the self: new therapeutic horizon (The Masterson approach). New York, Brunner/Mazel 1995.
- Matarazzo, J. D., Wiens, A. N.: The interview: research on its anatomy and structure. Chicago, Aldine-Atherton 1972.
- Matějček, Z.: Rodiče a děti. Praha, Avicenum 1986.
- Matějček, Z., Dytrych, Z.: Radosti a strasti prarodičů aneb když máme vnoučata. Praha, Grada 1997.
- Matoušek, O.: Kontexty neuróz. Praha, Avicenum 1986.
- Matoušek, O.: Rodina jako vztahová síť. Praha, Slon 1994.
- Matoušek, O.: Ústavní péče. Praha, Slon 1995.
- Matoušek, O.: Potřebujete psychoterapii? 2. vyd. Praha, Portál 1999.
- Matoušek, O., Karlová, M.: Výsledky skupinové psychoterapie u pacientů s poruchami interpersonálních vztahů. *Čs. Psychiat.* 75, 1979, 23–36, 92–100.
- May, R.: Love and will. New York, Norton 1969.
- May, R.: Freedom and destiny. New York, Norton 1981.
- May, R.: Láska a vola. Bratislava, Ikar 2005.
- May, R., Yalom, I. D.: Existential psychotherapy. In Corsini, R., Wedding, D. (Ed.): Current psychotherapies. Itasca, Illinois, Peacock 1989.
- Mays, D. T., Franks, C. M. (Eds.): Negative outcomes of psychotherapy and what to do about it. New York, Springer 1985.
- McNamee, S., Gergen, K. J. (Eds.): Therapy as social construction. London, Sage 1992.
- Meador, B. D., Rogers, C. R.: Prístup zameraný na človeka. In Psychoterapie I, sborník přednášek. Praha, Triton 1996.
- Meichenbaum, D.: Cognitive behavior modification. An integrative approach. New York, Plenum Press 1977.
- Meichenbaum, D.: Evolution of cognitive behavior therapy: Origins, tenets and clinical examples. In Zeig, J. (Ed.): The evolution of psychotherapy. New York, Brunner/Mazel 1992.
- Meltzoff, J., Kornreich, M.: Research in psychotherapy. New York, Atherton Press 1970.
- Mikota, V.: O ovlivňování duševních chorob. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1995.
- Mikota, V.: Vývoj dynamické teorie a praxe. Psychoterapie I, sborník přednášek. Praha, Triton 1996.
- Mindell, A.: Telo a sny. Bratislava, Stimul 1992.
- Mindell, A.: Snové tělo. Brno, Nakladatelství T. Janečka 1993.
- Mindell, A.: Kóma – klíč k pochopení. Brno, Nakladatelství T. Janečka 1994.
- Minuchin, S.: Families and family therapy. Cambridge, Mass., Harvard University Press 1974.
- Miovský, M.: Kvalitativní výzkum. Praha, Grada 2005.
- Mischel, W.: Introduction to personality. 5th Ed. Fort Worth, Texas, Harcourt Brace College Publishers 1983.
- Mitchell, S. A.: Ovlivňování a autonomie v psychoanalýze. Praha, Triton 2002.
- Mitchell, S. A., Blacková, M. J.: Freud a po Freudovi. Praha, Triton 1999.
- Mjasiščev, V. N.: Ličnost i névrozy. Leningrad, Izdat. Univ. 1960.
- Mohapl, P.: Úvod do psychologie nemoci a zdraví. Olomouc, Vydavatelství Univerzity Palackého 1992.
- Moody, R. A., Perry, P.: Život před životem. Praha, Mladá fronta 1992.
- Moreno, J. L.: Psychodrama. Beacon, N. Y., Beacon House 1946.
- Moreno, J. L.: Who shall survive. 2nd Ed. Beacon, N. Y., Beacon House 1953.
- Moreno, J. L.: Die Gruppenpsychotherapie und das Psychodrama. Stuttgart, G. Thieme 1959.
- Možný, P.: Co je kognitivně behaviorální terapie (KBT). *Konfrontace* 7, 1996, č. 1, 17–20.
- Možný, P.: Racionálně-emoční behaviorální terapie Alberta Ellise. *Psychiatrie* 5, 2001, Supplementum 4, 56–58.
- Možný, P., Praško, J.: Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe. Praha, Triton 1999.
- Mrkvička, J.: Základy psychoterapie a hermeneutika. Psychoterapie I, sborník přednášek. Praha, Triton 1996.
- Mrkvička, J.: Předpoklady psychoterapie. Pardubice, Theo 2005.
- Murdoch, D., Barker, B.: Základy behaviorální terapie. Skripta. Brno, Masarykova univerzita 1996.
- Murray, E. J., Jacobson, L. I.: Cognition and learning in traditional and behavior therapy. In Garfield, S. L., Bergin, A. E. (Eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York, J. Wiley 1978.
- Nakonečný, M.: Psychologie osobnosti. Praha, Academia 1995.
- Nazare-Aga, I.: Nenechte sebou manipulovat. Praha, Portál 1999.
- Němcová, M.: Úvod do satiterapie. Velká Bíteš, Atelier satiterapie 1995.
- Nešpor, K.: Týká se to i mne? Jak překonal problémy s alkoholem. Praha Sportpropag 1992.
- Nešpor, K.: Hazardní hra jako nemoc. Ostrava, Nakl. A. Krtilové 1994.
- Nichols, M. P.: Family therapy. Concepts and methods. New York, Gardner Press 1984.
- Nichols, M., Zax, M.: Catharsis in psychotherapy. New York, Gardner Press 1977.
- Norcross, J. C. (Ed.): Handbook of eclectic psychotherapy. New York, Brunner/Mazel 1986.
- Norcross, J. C.: Psychotherapy integration: An overview of a metamorphosis. Paper presented at the Second International Congress of Eclectic and Integrative Psychotherapy, Lyon, France 1994.
- Norcross, J. C. (Ed.): Psychotherapy relationships that work. New York, Oxford University Press 2002.
- Norcross, J. C., Goldfried, M. R. (Eds.): Handbook of psychotherapy integration. New York, Basic Books 1992.
- Norwoodová, R.: Ženy, které příliš milují. Praha, Motto 1994.
- Novalis, P. N., Rojewicz, S. J., Peele, R.: Klinická příručka podpornej psychoterapie. Trenčín, F Trenčín 1999.
- Nykl, L.: Pozvání do rogersovské psychologie: přístup zaměřený na člověka. Brno, Barrister a Principal 2004.
- O'Leary, K. D., Wilson, G. T.: Behavior therapy: application and outcome. Englewood Cliffs, Prentice Hall 1975.
- Olness, K., Gardner, G. G.: Hypnosis and hypnotherapy with children. Philadelphia, Grunc and Stratton 1988.
- Orne, M. T., O'Connell D. N.: Diagnostic ratings of hypnotizability. *Int. J. clin. exp. Hypn.* 15, 1967, 125–133.

- Orne, M. T., Wender, P. H.: Anticipatory socialization for psychotherapy: method and rationale. *Amer. J. Psychiat.* 124, 1968, 1202–1212.
- Pačesová, M.: Lékař, pacient a Michael Balint. Praha, Triton 2004.
- Papežová, H.: Anorexia nervosa. Praha, Psychiatrické centrum 2000.
- Paul, G. L.: Insight versus desensitization in psychotherapy. An experiment in anxiety reduction. Stanford, Calif., Stanford University Press 1966.
- Paul, G. L.: Insight versus desensitization in psychotherapy: two years after termination. *J. consult. Psychol.* 31, 1967, 333–348.
- Paul, G. L.: Strategy of outcome research in psychotherapy. *J. consult. Psychol.* 31, 1967, 109–118.
- Paul, G. L., Shannon, D. T.: Treatment of anxiety through systematic desensitization in therapy groups. *J. abn. Psychol.* 71, 1966, 124–135.
- Peck, M. S.: Nevyšlapanou cestou. Praha, Odeon 1993.
- Peck, M. S.: Dále nevyšlapanou cestou. Olomouc, Votobia 1994.
- Pecháčková, S.: Zpráva o systemické terapii. Praha, Institut pro systemickou zkušenost 1993.
- Perls, F.: The gestalt approach and eyewitness to therapy. Palo Alto, Calif., Science and Behavior Books 1973.
- Perls, F.: Gestalt terapie doslova. Olomouc, Votobia 1996.
- Perls, F., Hefferline, R. F., Goodman, P.: Gestalt therapy. Dell Publishing Co. 1951.
- Perls, F., Hefferline, R. F., Goodman, P.: Gestalt terapie. Vznešení lidské osobnosti a její růst. Praha, Triton 2004.
- Peseschkian, N.: Psychosomatik und positive Psychotherapie. Berlin, Springer 1991.
- Peseschkian, N.: Partnerské vztahy. Praha, Lidové noviny 1995.
- Peseschkian, N.: Kupec a papoušek. Využití orientálních příběhů v psychoterapii. Brno, Cesta 1996.
- Peseschkian, N.: Psychoterapie na každý den. Brno, Cesta 2001.
- Plaňava, I.: Jak se (ne)rozvádět. Praha, Grada 1994.
- Plaňava, I.: Manželství a rodiny. Brno, Doplněk 2000.
- Plaňava, I.: Průvodce mezilidskou komunikací. Praha, Grada 2005.
- Platonov, K. I.: Slovo kak fiziologičeskij i lečebnyj faktor. 3. izd. Moskva, Medgiz 1962.
- Plog, U.: Differentielle Psychotherapie II. Bern, H. Huber 1976.
- Plzák, M.: Poznání a léčba poruch manželského soužití. Praha, Avicenum 1973.
- Plzák, M.: Othelón aneb manuál o žárlivosti, 2. vyd. Praha, Delon 1994.
- Pogády, J., Nociar, A.: Biologické aspekty osobnosti a psychoterapie. Bratislava, Veda 1990.
- Polišenský, M.: Transakční analýza ve skupinové psychoterapii alkoholiků. *Protialkoh. obzor* 17, 1982, 159–164.
- Polsterovi, E. a M.: Integrovaná gestalt terapie. Boskovice, Albert 2000.
- Pondělíčková-Mašlová, J., Brzek, A.: Třetí pohlaví. Praha, Scientia Medica 1992.
- Poněšický, J.: Úvod do moderní psychoanalýzy. Praha, Triton 2003.
- Poněšický, J.: Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Praha, Triton 2004.
- Poněšický, J.: Agrese, násilí a psychologie moci. Praha, Triton 2005.
- Praško, J.: Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi. Praha, Grada 1998.
- Praško, J. a kol.: Deprese a jak ji zvládat. Praha, Portál 2003.
- Praško, J. a kol.: Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit. Praha, Portál 2003.
- Praško, J. a kol.: Stop traumatickým vzpomínkám. Praha, Portál 2003.
- Praško, J. a kol.: Nadměrné obavy o zdraví. Praha, Portál 2004.
- Praško, J.: Úzkostné poruchy. Praha, Portál 2005.
- Praško, J., Kosová, J.: Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí. Praha, Triton 1998.
- Praško, J., Prašková, H.: Co dělat s velkým vnitřním kritikem aneb jak krok za krokem bojovat s depresí. Praha, Psychiatrické centrum 1995.

- Praško, J., Prašková, H.: Asertivitou proti stresu. Praha, Grada 1996.
- Praško, J., Prašková, H.: Jak zvládat paniku a strach cestovat. Praha, Grada 1998.
- Praško, J., Prašková, H.: Trápí vás nadměrný stud aneb jak překonat sociální fobii. Praha, Grada 1999.
- Praško, J., Šípek, J., Minaříková, V.: Asertivitou proti depresi. Praha, Psychiatrické centrum 1995.
- Praško, J., Šlepecký, M.: Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch. Praha, Psychiatrické centrum 1995.
- Presl, J.: Drogová závislost. 2. vyd. Maxdorf, Praha 1995.
- Prevendárová, J.: Rodinná terapie a poradenstvo. Bratislava, Humanitas 2001.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C.: The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood, Illinois, Dow Jones/Irwin 1984.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C.: The transtheoretical approach. In Norcross, J. C., Goldfried, M. R. (Eds.): Handbook of psychotherapy integration. New York, Basic Books 1992.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C.: Psychoterapeutické systémy. Praha, Grada 1999.
- Quay, H.: The effect of verbal reinforcement on the recall of early memories. *J. abn. soc. Psychol.* 59, 1959, 254–257.
- Rachman, S., Wilson, G. T.: The effects of psychological therapy. 2. Ed. Oxford, Pergamon Press 1980.
- Raška, I.: Interpersonální terapie deprese (Klerman, Weissmanová). *Psychiatrie* 5, 2001, Supplementum 4, 59–60.
- Reed, S. D., Katkin, E. S., Goldand, S.: Biofeedback and behavioral medicine. In Kanfer, F. H., Goldstein, A. P. (Eds.): Helping people change. New York, Pergamon Press 1986.
- Reich, W.: Funkce orgasmu. Praha, Concordia 1993.
- Rektor, J.: Podstata člověka se příliš nemění. *Psychoterapeutické sešity*, 2, 2001, č. 1, 17–21.
- Rektor, J.: Gestalt psychoterapie. *Čes. a slov. Psychiat.* 99, 2003, Suppl. 2, 57–61.
- Revenstorf, D., Peter, B. (Hrsg.): Hypnose in Psychotherapie, Psychodynamik und Medizin. Berlin, Springer 2001.
- Rice, L. N., Greenberg, L. S.: Humanistic approaches to psychotherapy. In Freedheim, D. J. (Ed.): History of psychotherapy. Washington, American Psychological Association 1992.
- Rieger, Z.: Vyháňková, H.: Ostrov rodiny. Hradec Králové, Konfrontace 1996.
- Rieger, Z.: Loď skupiny. Hradec Králové, Konfrontace 1999.
- Rimm, D. C., Masters, J. C.: Behavior therapy. Techniques and empirical findings. 2. Ed. New York, Academic Press 1979.
- Robert(ová) M.: Psychoanalytická revolúcia. Bratislava, Obzor 1968.
- Roberts, J., Pines, M.: Group-analytic psychotherapy. *Int. J. Group Psychother.* 42, 1992, 469–494.
- Roberts, J., Pines, M.: Skupinová analýza v praxi. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1998.
- Roder, V. et al.: Schizofrenie. Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty. Praha, Triton 1993.
- Rogers, C. R.: Counseling and psychotherapy. Boston, Houghton Mifflin 1942.
- Rogers, C. R.: Client-centered therapy. Boston, Houghton Mifflin 1951.
- Rogers, C. R. et al.: The therapeutic relationship and its impact. Madison, University of Wisconsin Press 1967.
- Rogers, C. R.: Freedom to learn. Columbus, Ohio, Merrill 1969.
- Rogers, C. R.: Carl Rogers on encounter groups. New York, Harper and Row 1970.
- Rogers, C. R.: Ako byť sám sebou. Bratislava, Iris 1995.
- Rogers, C. R.: Encountrové skupiny. Modra, Institut rozvoja osobnosti 1997.
- Rogers, C. R.: Způsob bytí. Praha, Portál 1998.



- Rogers, C. R.: Klientom centovaná terapie. Modra, Persona 2000.
- Rogers, C. R., Dymond, R. F. (Eds.): Psychotherapy and personality change. Chicago, University of Chicago Press 1954.
- Ronenová, T.: Psychologická pomoc dětem v nesnázích. Kognitivně-behaviorální přístupy při práci s dětmi. Praha, Portál 2000.
- Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Praha, Grada 1999.
- Roulant, N., Goss, S. (Eds.): Evidence-based counseling and psychological therapies. New York, Brunner-Routledge 2003.
- Rožnov, V. E. (Red.): Rukovodstvo po psychoterapii. Taškent, Medicina 1979.
- Rubeš, J., Skála, J., Urban, E.: Praktický výcvik v psychoterapii. Čs. Psychiat. 66, 1970, 110–112.
- Růžička, J.: Péče o duši v perspektivách psychoterapie. Praha, Triton 2003.
- Růžička, J., Čálek, O.: Antropologicko hermeneutická psychoterapie. Konfrontace 8, 1997, č. 1, 10–18.
- Růžička, J., Čálek, O.: Daseinsanalýza přináší obrat v psychoterapii. Psychoterapeutické sešity 2, 2001, č. 1, 24–28.
- Růžička, J., Čálek, O.: Daseinsanalýza. Čes. a slov. Psychiat. 99, 2003, Suppl. 2, 80–85.
- Rycroft, Ch.: Kritický slovník psychoanalýzy. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1993.
- Ryle, A.: Psychotherapy: cognitive integration of theory and practice. London, Academic Press 1982.
- Říčan, P., Krejčířová, D. a kol.: Dětská klinická psychologie. Praha, Grada 1995.
- Salkovskis, P. M. (Ed.): Frontiers of cognitive therapy. New York, Guilford Press 1996.
- Sandler, J., Dare, C., Holder, A.: Pacient a psychoanalytik. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1994.
- Satir, V.: Conjoint family therapy. Palo Alto, Science and Behavior Books 1967.
- Satirová, V.: Kniha o rodině. Praha, Práh 1994.
- Satirová, V. aj.: Model růstu – za hranice rodinné terapie. Brno, Cesta 2005.
- Sayersová, J.: Matky psychoanalýzy. Praha, Triton 1999.
- Scott, S., Robertson, M.: Interpersonal psychotherapy. A clinician's guide. London, Arnold 2003.
- Sederer, L. I., Dickey, B. (Eds.): Outcome assessment in clinical practice. Baltimore, Williams and Wilkins 1996.
- Seifert, A. L., Seifert, T., Schmidt, P.: Aktivní imaginace. Praha, Portál 2004.
- Seifertová, D., Höschl, C., Praško, J.: Postupy v léčbě psychických poruch. Praha, Academia, Medica Pragensis 2004.
- Seligman, M. E. P.: Learned optimism. New York, Knopf 1990.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G.: Paradox and counterparadox: A new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction. New York, Jason Aronson 1978.
- Senf, W., Broda, M. (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie. 2. Aufl. Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Stuttgart, G. Thieme 2000.
- Seznam psychoterapeutů v České republice. Praha, Česká psychoterapeutická společnost 2002.
- Shapiro, F.: Eye movement desensitization: A new treatment of posttraumatic stress disorder. J. of Behav. Ther. and experim. Psychiat. 20, 1989, 211–217.
- Shapiro, F.: Eye movement desensitization and reprocessing. Guilford Press, New York 1995.
- Shorr, J. E.: Psychotherapy through imagery. New York, Intercontinental Medical Corp. 1974.
- Shostrom, E. L.: Actualizing therapy: Foundations for a scientific ethic. San Diego, Edits 1978.
- Schein, E. H., Bennis, W. G., (Eds.): Personal and organizational change through group methods. The laboratory approach. New York, J. Wiley 1965.
- Schlüppe, A., Schweitzer, J.: Systemická terapie a poradenství. Brno, Cesta 2001.
- Schneider, K. J., Bugental, J. F. T., Fraser, F. (Eds.): Handbook of humanistic psychology. Thousand Oaks, Calif., Sage 2001.
- Schneider, K. J., May, R.: Psychológia existencie. Bratislava, Iris 2005.
- Schreiers, A. (Agneta): Psychotherapy and spirituality. Integrating the spiritual dimension into therapeutic practice. London, Jessica Kingsley Publishers 2001.
- Schultz, J. H.: Das autogene Training. 19. Aufl. Stuttgart, G. Thieme 1991.
- Schutz, W. C.: FIRO: a threedimensional theory of interpersonal behavior. Palo Alto, Science and Behavior Books, 1966.
- Schutz, W. C.: Joy. Expanding human awareness. New York, Grove Press, 1967.
- Schutz, W. C.: Here comes everybody. New York, Harper and Row, 1971.
- Schwartz, J.: Dějiny psychoanalýzy. Praha, Triton 2003.
- Sifneos, P.: Short-term dynamic psychotherapy. New York, Plenum 1987.
- Sifneos, P.: Short-term anxiety-provoking psychotherapy. A treatment manual. New York, Basic Books 1992.
- Simon, F. B., Stierlin, H.: Slovník rodinné terapie. Hradec Králové, Konfrontace 1995.
- Singer, J.: Imagery and daydream method in psychotherapy and behavior modification. New York, Academic Press 1974.
- Skála, J.: Rehabilitace alkoholiků. In Skaličková, O. (Red.): Rehabilitace v psychiatrii. Praha, Avicenum 1971.
- Skála, J.: ...až na dno. Praha, Avicenum 1988.
- Skála, J. a kol.: Psychoterapie v medicínské praxi. Praha, Avicenum 1989.
- Slavson, S. R.: Analytic group therapy. New York, Columbia University Press 1952.
- Slavson, S. R.: Analytic group psychotherapy with children, adolescents and adults. New York, Columbia University Press 1961.
- Slavson, S. R.: A textbook in analytic group psychotherapy. New York, Internat. Univ. Press 1964.
- Sloane, R. B., et al.: Psychotherapy versus behavior therapy. Cambridge, Mass., Harvard University Press 1975.
- Smékal, V.: Spiritualita a psychoterapie. Psychologie dnes 7, 2001, 26–27.
- Smith, M. J.: When I say no, I feel guilty. New York, Dial Press 1975.
- Smith, M. J.: Říkejte ne s úsměvem. Praha, NLN 2003.
- Smith, M. L., Glass, G. V., Miller, T. J.: Benefits of psychotherapy. Baltimore, John Hopkins University 1980.
- Snyder, W. V.: The psychotherapy research program at the Pennsylvania State University. J. couns. Psychol. 4, 1957, 4–13.
- Sommers-Flanagan, J., Sommers-Flanagan, R.: Counseling and psychotherapy theories in context and practice. Hoboken, New Jersey, J. Wiley 2004.
- Staemmler, F. M.: O vrstvách a fázích. Konfrontace 6, 1995, č. 3, 9–21.
- StClair, M.: Object relations and self psychology: an introduction. Monterey, Calif., Brooks/Cole 1986.
- Steiner, C.: Scripts people live. New York, Grove Press 1974.
- Stevens, A.: Jung. Praha, Argo 1996.
- Stokvis, B., Langen, D.: Lehrbuch der Hypnose. Basel, Karger 1965.
- Storr, A.: Freud. Praha, Argo 1994.
- Stricker, G., Gold, J. R. (Eds.): Comprehensive handbook of psychotherapy integration. New York, Plenum 1993.
- Strnad, V.: Od rodinné terapie k systemické perspektivě. Kontext 6, 1990, č. 3, 20–25.
- Strossová, I.: Pokus o hodnocení významu hudby v psychodramatu. Čs. Psychiat. 65, 1969, 371–378.
- Strossová, I.: Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi. Zprávy VÚPs č. 72, Praha, Výzkumný ústav psychiatrický 1984.

- Strupp, H. H.*: A multidimensional comparison of therapist activity in analytic and client-centred therapy. *J. consult. Psychol.* 210, 1957, 301–308.
- Strupp, H. H.*: A multidimensional system for analysing psychotherapeutic techniques. *Psychiatry* 20, 1957, 293–306.
- Strupp, J. J., Binder, J. L.*: Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy. New York, Basic Books 1984.
- Stuart, S., Robertson, M.*: Interpersonal psychotherapy. A clinician's guide. London, Arnold 2003.
- Sugerman, A., Nemiroff, R. A., Greenson, D. P.*: The technique and practice of psychoanalysis. Vol. 2. Madison, Internat. Univ. Press 1992.
- Sullivan, H. S.*: Conceptions of modern psychiatry. New York, Alanson White Psychiat. Foundation 1947.
- Sullivan, H. S.*: The interpersonal theory of psychiatry. New York, Norton 1953.
- Svoboda, M.*: Hypnotické chování. Brno, Univerzita J. E. Purkyně 1987.
- Svoboda, M.*: Metody sugestivní, hypnotické a imaginativní psychoterapie. Skripta. Brno, Masarykova univerzita 1994.
- Svoboda, M.*: Jubilejní 20. československá psychoterapeutická konference. *Čs. Psychiat.* 92, 1996, 121–123.
- Svoboda, M.*: 22. česko-slovenská psychoterapeutická konference v Luhačovicích. *Č. a S. Psychiatrie*, 96, 2000, 113–114.
- Syřištová, E.*: Možnosti a meze psychoterapie schizofrenního onemocnění. Praha, Rozpravy ČSAV 1965.
- Syřištová, E.*: Příspěvek k psychopatologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy. Praha, Univerzita Karlova 1973.
- Syřištová, E.*: Imaginární svět. Praha, Mladá fronta 1974.
- Syřištová E. a kol.*: Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením. Praha, Avicenum 1989.
- Syřištová, E.*: Puklý čas a smích absolutní vlády. Brno, Janeček 2005.
- Šavlík, J., Linhart, K., Tondlová, H.*: Zkušenosti z práce psychosomatického lůžkového úseku na interním oddělení. *Prakt. Léč.* (Praha) 64, 1984, 457–462, 529–553.
- Šebek, M.*: Psychologie já – od S. Freuda k H. Hartmannovi. *Čs. Psychol.* 35, 1991, 395–405.
- Šebek, M.*: Psychoanalýza „krátkou cestu“ nenabízí. *Psychoterapeutické sešity* 2, 2001, č. 1, 3–6.
- Šebek, M., Mahler, M., Burianek, V.*: Psychoanalýza a psychoanalytická psychoterapie. *Čes. a slov. Psychiat.* 99, 2003, Suppl. 2, 32–37.
- Šimek, A. (Ed.)*: Supervize – kazuistiky. Praha, Triton 2004.
- Šípek, J.*: Integrace v psychoterapii. *Čs. Psychol.* 37, 1993, 139–145.
- Šípek, J., Praško, J.*: Východiska a základní charakteristiky kognitivně-behaviorální terapie. *Čs. Psychiat.* 92, 1996, 378–389.
- Široký, H.*: C. G. Jung. Brno, Nakl. Bollingenská věž 1990.
- Široký, H.*: Meze a obzory psychoanalýzy. Praha, Triton 2001.
- Široký, H., Hermochová, S.*: Psychologie XX. století. Sv. IV. C. G. Jung, A. Adler. Skripta. Praha, SPN 1971.
- Škoda, C., Baudiš, P., Bouchal, M. a kol.*: Srovnání účinnosti tří programů léčebně preventivní péče o neurotiky. *Zprávy č. 51/1*, Praha, VÚPs 1981.
- Škoda, C., Bouchal, M., Tomášek, L. a kol.*: Krátké a dlouhé trvání tří léčebně preventivních programů pro neurotiky. *Zprávy č. 78*. Praha, VÚPs 1987.
- Šmolka, P.*: Muž a žena – návod k použití. Praha, Portál 2004.
- Špitz, J.*: Úvod do rodinné a systémické orientace. *Kontext* 11, 1993, č. 1, 5–9.
- Špitz, J.*: Rodinná terapie na přelomu našeho století. *Lékařské listy*, 30. 8. 1996, str. 1 a 3.
- Tausch, R., Tausch, A. M.*: Gesprächspsychotherapie. 9. Aufl. Göttingen, Hogrefe 1990.
- Tavel, P.*: Zmyseľ života podľa V. E. Frankla. Bratislava, Iris 2004.
- Těminová, M.*: Terapeutická komunita v Němčicích. *Konfrontace* 1997, č. 2/28, 13–18.
- Thomä, H., Kächele, H.*: Psychoanalytická praxe I. Hradec Králové, Mach 1993.
- Thomä, H., Kächele, H.*: Psychoanalytická praxe II. Praha, Pallata 1996.
- Thomas, K.*: Praxis des autogenen Trainings. Stuttgart, Thieme 1989.
- Timulák, L.*: Využitie grounded theory metod vo výskume v psychologickom poradenstve a psychoterapii. *Psychol. a patopsychol. dieťaťa* 35, 2000, 156–173.
- Timulák, L.*: Niektore problémy kvantitatívnej analýzy údajov vo výskume psychoterapie. *Čs. Psychol.* 45, 2001, 19–33.
- Timulák, L.*: Výskum dôležitých momentov v procese psychoterapie. *Prehľad doterajších zistení*. *Čs. Psychol.* 46, 2002, 536–548.
- Timulák, L.*: Súčasný trendy vo výskume psychoterapie: I. Výskum efektu psychoterapie. *Čes. a slov. Psychiat.* 99, 2003, 146–154.
- Timulák, L.*: Súčasný trendy vo výskume psychoterapie: II. Výskum procesu psychoterapie. *Čes. a slov. Psychiat.* 99, 2003, 194–202.
- Timulák, L.*: Současný výzkum psychoterapie. Praha, Triton 2005.
- Timulák, L., Elliot, R.*: Empowerment events in process-experiential psychotherapy of depression. *Psychotherapy Research* 13, 2003, 443–460.
- Trapková, L., Chvála, V.*: Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha, Portál 2004.
- Trower, P., Casey, A., Dryden, W.*: Cognitive-behavioural counseling in action. London, Sage Publications 1988.
- Truax, Ch. B., Carkhuff, R. R.*: Toward effective counseling and psychotherapy. Chicago, Aldine, 1967.
- Tureček, J.*: Terapie realitou a uspokojování potřeb. *Psychologie dnes* 8, 2002, č. 1, 26–27.
- Turner, S. M., Calhoun, K. S., Adams, H. E. (Eds.)*: Handbook of clinical behavior therapy. 2n Ed. New York, J. Wiley 1993.
- Tyl, J.*: Metoda EEG biofeedback – trénink na 1. LF UK. *Lékařské listy* 11. 7. 1996, s. 29.
- Ursano, R. J., Sonnenberg, S. M., Lazar, S. G.*: Psychodynamic psychotherapy. Principles and techniques in the era of managed care. 2nd Ed. Washington, DC, American Psychiatric Press 1998.
- Vacek, J.*: Iracionalita v psychiatrii II. Transpersonální psychologie. *Čs. Psychiat.* 87, 1991, 17–22.
- Vacek, J.*: Irracionalita v psychiatrii III. New Age. *Čs. Psychiat.* 87, 1991, 23–27.
- Vacek, J.*: O nemocech duše. Praha, Mladá fronta 1996.
- Vacek, J.*: Velké psychiatrické případy (Kapitola případ Elleny Westové). Litomyšl, Paseka 2001.
- Valenta, M.*: Dramaterapie. Praha, Portál 2001.
- Van Dyck, R.*: How to use Ericksonian approaches when you are not M. H. Erickson. In Zeig, J. K. (Ed.): Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy. New York, Brunner/Mazel 1982.
- Van Queckelberghe, R.*: Systematik der Psychotherapie. München, Urban und Schwarzenberg 1979.
- Vizinová, D., Preiss, M.*: Psychické trauma a jeho terapie. Praha, Portál 1999.
- Vojáček, K.*: Autogenní trénink. Praha, Avicenum 1988.
- Vojáček, K.*: Cesta ke zdraví. Autogenní trénink. Kazeta. Dobřichovice, Škola hrou 1994.
- Vojtová, H., Hašto, J.*: Stabilizační techniky a EMDR v psychoterapii posttraumatické stresové poruchy. *Psychiatrie pro praxi* 6, 2005, 198–200.
- Vybíral, Z.*: Co zbylo z Adlera. Doslov k překladu A. Adler, Smysl života. Praha, Práh 1995.
- Vybíral, Z.*: Psychologie lidské komunikace. Praha, Portál 2000.
- Vymětal, J.*: Nedirektivní „Gesprächspsychotherapie“ podle prof. R. Tausche. *Čs. Psychiat.* 69, 1973, 128–132.

- Vymětal, J.: Výzkum v psychoterapii. Čs. Psychiat. 90, 1994, 225–234.
- Vymětal, J.: Rogersovská psychoterapie. Praha, Český spisovatel 1996.
- Vymětal, J. a kol.: Speciální psychoterapie. (Úzkost a strach.) Praha, Jiří Kocourek 2000.
- Vymětal, J.: Lékařská psychologie. 2. vyd. Praha, Portál 2003.
- Vymětal, J.: Úvod do psychoterapie. 2. vyd. Praha, Grada 2003.
- Vymětal, J. a kol.: Obecná psychoterapie. 2. vyd. Praha, Grada 2004.
- Vymětal, J., Rezková, V.: Rogersovský přístup k dospělým a dětem. Praha, Portál 2001.
- Wachtel, P. L.: Action and insight. New York, Guilford Press 1987.
- Wachtel, P. L., McKinney, M. K.: Cyclical psychodynamics and integrative psychodynamic therapy. In Norcross, J. C., Goldfried, M. R. (Eds.): Handbook of psychotherapy integration. New York, Basic Books 1992.
- Wallerstein, R. S.: Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and therapy. New York, Guilford Press 1986.
- Walsh, R.: Asian psychotherapies. In Corsini, R., Wedding, D. (Eds.): Current psychotherapies. Itasca, Illinois, Peacock 1989.
- Wambachová, H.: Návraty do minulých životů. Bratislava, Mladé letá 1992.
- Waskow, I. E., Parloff, M. B.: Psychotherapy change measures. Rockville, Md., National Institute of Mental Health 1975.
- Watzlawick, P.: Die Möglichkeit des Andersseins. Zur Technik der therapeutischen Kommunikation. Bern, H. Huber 1977.
- Watzlawick, P.: Úvod do neštěstí. Hradec Králové, Konfrontace 1994.
- Watzlawick, P.: Všechno dobré je k něčemu zlé. Hradec Králové, Konfrontace 1995.
- Watzlawick, P., Bavelasová, J. B., Jackson, D. D.: Pragmatika lidské komunikace. Hradec Králové, Konfrontace 1999.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. (Hrsg.): Interaktion. Bern, H. Huber 1980.
- Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R.: Lösungen. Bern, H. Huber 1974.
- Weakland, J. H.: Erickson's contribution to the double bind. In Zeig, J. K. (Ed.): Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy. New York, Brunner/Mazel 1982.
- Weeks, G., Abate, L.: Paradoxical psychotherapy: Theory and practice with individuals, couples and families. New York, Brunner/Mazel 1982. (Výtah v českém překladu je v bulletinu Kontext 2, 1986, č. 3, 7–38 a č. 4, 6–33.)
- Weinberg, J.: Common factors in psychotherapy. In Stricker, H., Gold, J. R. (Eds.): Comprehensive handbook of psychotherapy integration. New York, Plenum Press 1993.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C.: Interpersonal psychotherapy. Current status. Arch. gen. Psychiat. 51, 1944, 599–606.
- Weissman, M., Markowitz, J. C., Klerman, C. L.: Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. Albany, N.Y., Basic Books 2000.
- Weitzenhoffer, A. M.: General techniques of hypnotism. New York, Grune and Stratton 1957.
- Weitzenhoffer, A. M., Hilgard, E. R.: Stanford hypnotic susceptibility scale. Form C. Palo Alto, Calif., Consult. Psychol. Press 1962. (Překlad Hájek, P., Kratochvíl, S., Stanfordská škála hypnability, forma C., Bratislava, Psychodiagn. a didakt. testy 1979.)
- Wexler, D. A., Rice, L. N. (Eds.): Innovations in client-centered therapy. New York, J. Wiley 1974.
- White, M., Epston, D.: Narrative means to therapeutic ends. New York, Norton 1990.
- Whitton, J. L., Fisher, J.: Život mezi životy. Brno, Bollingenská věž 1992.
- Wifley, D. E. et al.: Interpersonal psychotherapy for group. New York, Basic Books 2000.
- Williston, G., Johnstone, G.: Objevte své minulé životy. Praha, Stratos 1992.
- Wilson, G. T.: Behavior therapy. In Corsini, R., Wedding, D. (Eds.): Current psychotherapies. 4th. Ed. Itasca, Illinois, Peacock 1989.
- Wilson, G. T., O Leary K. D.: Principles of behavior therapy. Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall 1980.
- Wolberg, L. R.: The techniques of psychotherapy. Vol. I, II. 2nd Ed. New York, Grune and Stratton 1967.
- Wolberg, L. R.: Short-term psychotherapy. New York, Thieme-Stratton 1980.
- Wolf, A., Schwartz, E. K.: Psychoanalysis in groups. New York, Grune and Stratton 1962.
- Wolf, E.: Interpersonální vztahy v reflexologickém pojetí. Čs. Psychiat. 56, 1960, 146–152.
- Wolman, B., Stricker G. (Eds.): Handbook of family and marital therapy. New York, Plenum Press 1983.
- Wolpe, J.: Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, Stanford University Press 1958.
- Wolpe, J.: The systematic desensitization treatment in neuroses. J. nerv. ment. Dis. 132, 1961, 189–203.
- Wolpe, J.: The practice of behavior therapy. New York, Pergamon Press 1973. (4th Ed. 1990.)
- Wolpe, J., Lazarus, A. A.: Behavior therapy techniques. New York, Pergamon Press 1966.
- Wood, J.: Psychoterapie C. Rogerse a přístup zaměřený na člověka. Brno, Tegze a synové 1997.
- Wubbolding, R. E.: Using reality therapy. New York, Harper 1988.
- Wyss, D.: Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht 1966.
- Yalom, I. D.: The theory and practice of group psychotherapy. New York, Basic Books 1970, 1975, 1985, 1995. Česky: Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Hradec Králové, Konfrontace 1999.
- Yalom, I. D.: Existential psychotherapy. New York, Basic Books 1980.
- Yalom, I. D.: Inpatient group psychotherapy. New York, Basic Books 1983.
- Yalom, I. D.: Lži na pohovce. Praha, Portál 1999.
- Yalom, I. D.: Máma a smysl života. Praha, Portál 2001.
- Yalom, I. D.: Chvála psychoterapie. Praha, Portál 2003.
- Yalom, I. D.: Láska a její kat. Praha, Portál 2004.
- Yalom, I. D., Lescz, M.: The theory and practice of group psychotherapy. 5th. Ed. New York, Basic Books 2005.
- Yapko, M. D.: Trancework. New York, Brunner/Mazel 1990.
- Yontef, G. M., Simkin, J. S.: Gestalt therapy. In Corsini, R., Wedding, D. (Eds.): Current psychotherapies. Itasca, Illinois, Peacock 1989.
- Zeig, J. K. (Ed.): A teaching seminar with Milton H. Erickson. New York, Brunner/Mazel 1980.
- Zeig, J. K. (Ed.): Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy. New York, Brunner/Mazel 1982.
- Zeig, J. K. (Ed.): The evolution of psychotherapy. The second conference. New York, Brunner/Mazel 1992.
- Zeig, J. K. (Ed.): Ericksonian methods: The essence of the story. New York, Brunner/Mazel 1994.
- Zeig, J. K. (Ed.): The evolution of psychotherapy. The third conference. New York, Brunner/Mazel 1997.
- Zeig, J. K. (Ed.): Umění psychoterapie. Praha, Portál 2005.
- Zeig, J. K., Munion, W. M.: Milton H. Erickson. London, Sage 1999.
- Zinker, J.: Tvůrčí proces v Gestalt terapii. Brno, Era 2004.
- Zoznam psychoterapeutov SR. Bratislava, Slovenská psychoterapeutická spoločnosť 1999.
- Zoznam psychoterapeutov SR. Bratislava, Slovenská komora psychológov 2001.
- Zweig, S.: Léčení duchem. Praha, Odeon 1981.

# Jmenný rejstřík

## A

Ackerman, N. 255  
Adler, A. 32  
Alexander, F. 45  
Astin, A. 310

## B

Bach, G. R. 243  
Bajger, J. 283  
Balcar, K. 271, 272, 278  
Balint, M. 290  
Bandler, R. 159  
Bandura, A. 61, 75, 191  
Barbarič, J. 272  
Baštecká, B. 283  
Baštecký, J. 281  
Bateson, G. 77, 254, 258  
Bechtěrev, V. N. 47  
Beck, A. 64, 70  
Bečvářová, T. 281  
Beleš, L. 286  
Bendová, M. 284  
Benkovič, J. 286  
Beran, J. 278, 281, 338  
Beránková, A. 273, 283  
Berne, E. 229  
Běfák, L. 270, 272, 283  
Beutler, L. 116  
Binswanger, L. 87  
Bleuler, E. 87  
Boleloucký, Z. 281  
Borecký, M. 269  
Boš, P. 272

Boss, M. 87  
Bouček, J. 283  
Bouchal, M. 177, 272, 273, 282, 298  
Bowen, M. 255  
Božuková, J. 271  
Breier, P. 285, 291  
Breuer, J. 165  
Břicháčková, V. 289  
Brichefn, S. 280  
Brodová, L. 280  
Brundová, H. 283  
Bugental, J. 95  
Bühlerová, Ch. 93  
Buriánek, V. 269

## C

Cejpková, A. 282  
Cnotová, L. 283  
Csémy, L. 280

## Č

Čálek, O. 89, 271, 277  
Čaplová, T. 285  
Čepická, B. 272  
Čepický, P. 281  
Černák, P. 285  
Černý, K. 269  
Černý, M. 151, 272

## D

Dobšovič, L. 284  
Dokoupilová, J. 283  
Dorazilová, J. 284  
Dostálová, O. 281  
Douda, I. 280  
Dudešková, E. 283  
Dufková, D. 272, 282  
Durecová, K. 278  
Dvořáček, V. 272

## E

Eis, Z. 281  
Elkinová, I. 333  
Ellis, A. 64, 66  
Entnerová, P. 283  
Erickson, M. H. 77, 138, 144, 155, 159  
Erikson, E. 27, 229  
Eysenck, H. J. 57, 326

## F

Fabian, D. 284  
Ferenczi, S. 25  
Fišerová, H. 271  
Fišerová, V. 283  
Forman, H. 276  
Foulkes, S. H. 226, 227, 277  
Frank, J. 108, 121  
Frankl, V. E. 90, 129, 271  
Freud, S. 20, 87, 165  
Freudová, A. 26  
Freund, K. 186  
Fromm, E. 40  
Frouzová, M. 280  
Frýba, M. 101

## G

Garfield, S. 108, 117  
Gendlin, E. 102  
Gešová, Z. 284  
Gjuričová, Š. 280  
Glasser, W. 105  
Goldfried, M. 290  
Grawe, K. 119, 332, 335  
Grinder, J. 159  
Grof, S. 97, 271  
Grygar, V. 283

## H

Hájek, P. 272, 281  
Hájková, I. 281  
Haley, J. 77, 256  
Halová, M. 283  
Hampl, K. 280  
Hartman, H. 27  
Haškovcová, L. 281  
Hašto, J. 272, 273, 285, 291  
Hausner, M. 275  
Havlicová, A. 272  
Heftyová, E. 285  
Heidegger, M. 86  
Heller, J. 280  
Hellerová, P. 280  
Henková, M. 272  
Heretik, A. 284  
Hermochová, S. 269  
Hlavenka, V. 270, 284  
Hlavinka, P. 282  
Holubová, O. 273  
Honzák, R. 272, 273, 278, 281  
Horák, L. 280  
Horneyová, K. 41  
Hort, V. 278, 280  
Horvai, I. 272  
Hrková, G. 285  
Hubálek, S. 280  
Humhal, K. 278  
Husserl, E. 86

## CH

Chovancová, Z. 281  
Chvála, V. 281

## I

Imříšková, A. 285

## J

Janet, P. 165  
Janíková, E. 284  
Janošková, I. 285  
Janotová, D. 280  
Janov, A. 165  
Jára, M. 271  
Jarolímek, M. 277  
Jeřábek, P. 283  
Jones, M. 251

Jung, C. G. 36, 87  
 Junková, V. 278  
 Junová, H. 213, 276, 278, 288  
 Juráš, L. 285  
 Jurášová, M. 285

**K**

Kabátová, M. 285  
 Kafka, J. 286  
 Kalina, K. 279, 280  
 Kelly, G. 192  
 Kernberg, O. 28  
 Kleinová, M. 26  
 Klerman, G. 50, 51, 336  
 Klimpl, P. 282  
 Klumbies, G. 140  
 Knobloch, F. 112, 213, 215, 273, 274, 288  
 Knoblochová, J. 112, 213, 274  
 Koblic, K. 277  
 Kocábová, D. 280  
 Kocourek, J. 269  
 Kocourková, J. 269, 278, 279, 280  
 Kohut, H. 30  
 Kondáš, O. 64, 271, 284  
 Konečný, R. 281, 293  
 Konopásek, P. 277  
 Kopřiva, K. 271, 287  
 Kosová, M. 271  
 Kotátková, I. 273, 283  
 Koutek, J. 280  
 Kovaničová, M. 286  
 Kožnar, J. 279  
 Krásná, J. 283  
 Krasulová, R. 285  
 Krch, D. 280  
 Krejčířová, D. 278  
 Křivohlavý, J. 281  
 Kulísková, O. 282  
 Kulka, J. 106  
 Kunertová, O. 273  
 Kuzmiaková, A. 286

**L**

Lambert, J. 108  
 Längle, A. 92, 271  
 Langmeier, J. 278, 280  
 Lazarus, A. 64, 114  
 Lepičovský, V. 270  
 Leuner, H. 178

Lewin, K. 243  
 Lidz, T. 254  
 Lowen, A. 104  
 Lucká, Y. 271  
 Lukasová, E. 92

**M**

Macek, Z. 273  
 Machač, M. 176  
 Machů, V. 283  
 Mahler, M. 269  
 Mahlerová, M. 27  
 Malá, E. 280  
 Málková, I. 280  
 Marlinová, O. 278  
 Maslow, A. 92  
 Matějček, Z. 280  
 Máthé, R. 286  
 Matoušek, O. 276  
 Maturana, H. 258  
 May, R. 88  
 Mayzlíková, J. 283  
 Meichenbaum, D. 73  
 Mikota, V. 269, 279  
 Mindell, A. 100, 284  
 Minuchin, S. 255  
 Miovský, M. 283, 284, 341  
 Mjasiščev, V. N. 47  
 Mohapl, P. 283  
 Morávek, S. 272, 273, 283, 284  
 Moreno, J. L. 209, 221  
 Možný, P. 270, 282  
 Mrázek, Z. 215, 276, 288  
 Mrázková, A. 283  
 Mrkvička, J. 271  
 Mrkvicová, L. 283

**N**

Nábělek, L. 286  
 Nagyová, H. 286  
 Nejdlová, D. 285  
 Nešpor, K. 280  
 Nešporová, V. 283  
 Nociar, A. 285  
 Norcross, J. 118, 290

**O**

Obuch, I. 285

**P**

Papežová, H. 280  
 Pěč, O. 277, 280  
 Pečená, M. 281  
 Penková, L. 272  
 Perls, F. 82, 95, 159  
 Peseschkian, N. 106  
 Peška, I. 282  
 Petržela, M. 272  
 Pilař, L. 282  
 Plaňava, I. 273, 283  
 Plháková, A. 283  
 Plocek, K. 270  
 Pogády, J. 285  
 Pohl, V. 280  
 Polák, A. 271, 283  
 Popov, P. 280  
 Praško, J. 270, 276, 279  
 Prašková, H. 276  
 Presl, J. 280  
 Příhoda, P. 278  
 Prochaska, J. 117, 118  
 Prokop, O. 283

**Q**

Queckelberghe van 119

**R**

Radostová, M. 273  
 Rank, O. 25  
 Raška, I. 284  
 Reich, W. 26  
 Rektor, J. 85, 271, 283  
 Riegelová, S. 283  
 Rieger, Z. 273, 277  
 Rogers, C. 53, 93  
 Rubeš, J. 270, 274, 288  
 Růžička, J. 271, 277, 290

**Ř**

Řehan, V. 273, 283  
 Říčan, P. 278

**S**

Satirová, V. 159, 256, 273  
 Seligman, M. 75  
 Shazer, de S. 260

Schultz, J. H. 169  
 Skála, J. 216, 270, 275, 288, 290  
 Skaličanová-Gahérová, M. 286  
 Skalková, O. 272  
 Slavson, S. R. 225  
 Sluka, V. 283  
 Smékal, V. 271, 283  
 Stávek, V. 283  
 Stekel, W. 25  
 Stempelová, J. 271  
 Strnad, V. 273  
 Strossová, I. 212, 249, 282  
 Stuchlík, J. 274  
 Suchomel, P. 280  
 Sullivan, H. S. 43  
 supervize 290  
 Svoboda, M. 283  
 Synková, J. 282  
 Syřištová, E. 279

**Š**

Šavlík, J. 276, 281  
 Ščibranyová, H. 273  
 Šebek, M. 269, 278  
 Šíkl, Z. 269  
 Šimek, A. 278, 281, 290  
 Šindelářová, M. 272  
 Šípek, J. 273, 278, 279  
 Šípová, I. 280  
 Šíroková, H. 283  
 Šíroky, H. 269, 282  
 Šivicová, G. 277  
 Škoda, C. 279  
 Šlepecký, M. 270, 286  
 Šmoldasová, J. 283  
 Špitz, J. 272, 280  
 Šturma, J. 280  
 Štúrová, J. 284

**T**

Taraba, P. 282  
 Tegze, O. 271  
 Těmínová, M. 280  
 Tichá, A. 281  
 Tichá, H. 282  
 Timulák, L. 284, 286, 347  
 Titl, S. 269  
 Trapková, L. 281  
 Turbová, J. 283



Turková, M. 283  
Tyl, J. 183

## U

Uhrová, E. 272, 284  
Úlehla, I. 273  
Urban, E. 270, 275, 288

## V

Vacek, J. 89  
Vacková, B. 269  
Valentová, D. 282  
Valkovič, I. 284, 286  
Vančura, M. 272, 277  
Večeřová, M. 283  
Velická, M. 286  
Velický, V. 271, 286  
Věngřínová, J. 283  
Vodňanská, J. 271, 280  
Vojáček, K. 272  
Vybíral, Z. 272, 283, 287  
Vyhnálek, M. 280  
Vyhnálková, H. 272, 273, 277  
Vymětal, J. 10, 270, 273, 278

## W

Wachtel, P. 116  
Watzlawick, P. 77  
Weiss, P. 280  
Weissmanová, M. 50  
White, M. 261, 262  
Wolpe, J. 58, 187  
Wynne, L. 255

## Y

Yalom, I. D. 89, 246

## Z

Zeig, J. 155, 159  
Zezulka, K. 284  
Zíka, J. 272  
Zimanová, J. 280  
Zvoníček, J. 283

## Ž

Ženatý, J. 278  
Žucha, I. 285

# Věcný rejstřík

## A

abreakce 164  
- farmakologická 167  
- hypnotická 166  
adaptace 27, 88, 127  
agování 209  
agrese 62, 244  
akceptování 55  
amnésie  
- posthypnotická 151  
analýza  
- obsahová 342  
- odporu 196  
- snů 37  
- transakční 229, 272  
anima 37  
animus 37  
archetyp 37  
arteterapie 249  
asociace volné 165, 195, 198, 226  
atribuce 75

## B

bezmocnost naučená 75  
bioenergetika 103  
biofeedback 182  
biosyntéza 271  
bytí ve světě 87

## C

cíle 68

## D

daseinsanalýza 86, 271  
dehypnotizace 144  
dekonstrukce 259  
deník 302  
deprese 70, 130, 294, 333  
dereflexe 91, 129  
desenzibilizace 60  
- systematická 187, 328, 329  
diagnostika behaviorální 62  
dialog sokratovský 71  
distorze paratactická 44  
Dodův rozsudek 109  
dotazování cirkulární 260  
dovednost sociální 186  
dýchání holotropní 99  
dynamika skupinová 208

## E

efekt psychoterapie 111, 323, 328, 334  
egopsychologie 27  
EMDR 190  
empatie 163  
encounter 237  
epistemologie 73, 258  
explikace 124  
expozice 60, 190  
externalizace 262

**F**

faktor  
 - placebový 133  
 - společný 108, 338  
 fixace libida 22  
 fixování role 192  
 fobie 187  
 frustrace existenciální 90

**G**

Gestalt terapie 82, 271

**H**

hádky konstruktivní 245, 299  
 halucinogen 98  
 hierarchie  
 - potřeb 94  
 - strachů 329  
 hodnoty 91  
 Horní Palata 215, 270, 276  
 hra 233  
 hygiena duševní 127, 219  
 hypnabilita 142  
 hypnoterapie 133, 154, 272  
 - kolektivní 219  
 hypnóza 133, 156, 329  
 - ablační 140  
 - hloubka 140  
 - kolektivní 145  
 - navození 134  
 - typy 143

**Ch**

chování interpersonální 43

**I**

identifikace projektivní 29  
 imaginace  
 - aktivní 37  
 - řízená 176  
 individuace 38  
 intence paradoxní 130  
 interpretace 49, 196, 205  
 izolace 23

**J**

jednání s lidmi 128  
 jóga 102

**K**

katalepsie 147  
 katamnéza 317  
 katarze 164  
 koheze skupinová 306, 314  
 komplex 36  
 - oidipovský 22  
 komunikace 78  
 komunita  
 - kroměřížská 299  
 - terapeutická 215, 251  
 - výcviková 288  
 konflikt 48  
 - aktuální 200  
 - bazální 42, 200  
 konfrontace 239  
 kongruence 55, 93  
 konstelace rodinná 34  
 konstrukcionismus sociální 259  
 konstruktivismus radikální 258  
 kontrakt 235  
 korekce emoční 294, 304, 305

**L**

libido 21, 37  
 Lobeč 215, 274, 276  
 logoterapie 89, 90, 271  
 LSD 97, 168, 275

**M**

matrice perinatální 98  
 mechanismus obranný 23  
 meditace autogenní 177  
 měření dat 322  
 metaanalýza 334  
 metakomunikace 79  
 metoda  
 - relaxačně aktivační 176  
 - zrcadlení 55, 162  
 míra účinnosti 334  
 motivace 229  
 myšlení  
 - pozitivní 128  
 - systémové 254

myšlenky automatické 70

**N**

nácvik 305  
 - asertivity 183  
 - negativní 193  
 - pozitivní 180  
 - pozitivní komunikace 193  
 - sebeovládání 181  
 nadhled 168  
 náhled 69, 195, 203, 304  
 - genetický 304  
 - interpersonální 304  
 nápodoba 62, 191  
 narkoanalýza 167  
 neuróza 34, 48, 125, 215, 219, 276, 296, 299  
 - aktuální 22  
 - existenciální 90  
 - noogenní 91  
 - přenosová 197  
 nevědomí 20  
 - kolektivní 37

**O**

očkování proti stresu 76  
 odmítání 185  
 odpor 196  
 odpovědnost 84, 91  
 odvaha 35  
 omyl kognitivní 70, 131  
 optimismus 75  
 osobnost  
 - hraniční 29  
 - pacienta 296, 315  
 - terapeuta 297, 313

**P**

Palo Alto 77, 154, 254  
 paradigma konstruktivistické 73  
 persuaze 124  
 placebo 133  
 placebo-psychotherapie 312, 328  
 placebo efekt 109  
 plán životní 34, 232  
 pocit méněcennosti 34  
 podmiňování  
 - klasické 60  
 - operantní 60, 182  
 podpora emoční 238  
 podvědomí 157  
 pohazení 229  
 pojetí systémové 257  
 porucha narcistická 30  
 potlačení 24  
 potřeba  
 - bezpečí 43  
 - sebeuplatnění 33  
 - uspokojení 43  
 - životního smyslu 91  
 práce s tělem 104  
 prázdná židle 85  
 přejmenování 81  
 přenos 31, 196, 201, 202, 314  
 přesunutí 23  
 přesycení 193  
 převtělování 99  
 přístup  
 - diferencovaný 110, 293  
 - eklektický 107, 246  
 - syntetický 273, 293  
 přítomnost 82  
 programování neurolingvistické 159  
 projekce 23, 305  
 projekt  
 - faktoriální 314  
 - výzkumu 317, 328  
 proměnné 318  
 proměnné v psychotherapii 311  
 - metoda 311  
 - onemocnění 315  
 - osobnost pacienta 315  
 - reakce na terapii 316  
 - skupina 313  
 - terapeut 313  
 - vztah 314  
 protipřenos 198, 314  
 protreptika 187  
 psychagogika 124  
 psychoanalýza 20, 199, 269  
 - kulturní 40  
 psychodrama 209, 223, 306  
 psychofarmaka 167  
 psychogymnastika 213, 249, 306  
 psychologie  
 - individuální 33  
 - tvarová 243  
 psychotherapie  
 - abreaktivní 162  
 - adlerovská 269

## psychoterapie

- - behaviorální 57, 333
- cíle 17
- definice 12
- direktivní 15
- discentní 64
- dynamická 270
- - eklektická 107, 116, 120, 273, 289
- empatická 162
- ericksonovská 155, 272
- existenciální 86
- focusing oriented 102
- fokální 200
- - humanistická 86, 93
- imaginační 169
- implozivní 189
- integrativní 107, 289
- integrovaná 113, 273
- - interpersonální 50, 202, 333
- katalymně-imaginativní 178, 272
- kauzální 15
- - kognitivně-behaviorální 64, 72, 270, 333, 336
- - kognitivní 64, 66, 70, 131
- kolektivní 219
- komunikační 77
- krátká 199
- - multimodální 64, 115
- nácviková 180
- náhledová 203
- - narativní 259
- nedirektivní 56
- negativní účinky 337
- obecná 119
- odkrývající 16
- osobnostně orientovaná 49
- patogenetická 48, 203
- podpůrná 15
- pozitivní 106
- primární 165
- procesorientovaná 100
- prožitková 56
- psychedelická 168
- - psychoanalytická 195, 269, 336
- racionálně-emoční 64, 66, 131
- racionální 124
- rekonstrukční 15
- relaxační 169
- rodinná 81, 253, 272
- rogersovská 53, 270, 333, 336
- skupinová 219, 301

- skupinová analytický směr 225
- skupinová eklektický směr 246
- skupinová Morenův směr 222
- skupinová psychóza 248
- skupinová topologický směr 243
- speciální 9
- sugestivní 132
- symptomatická 15
- syntetická 107
- systematická 16
- transpersonální 97, 271
- výsledky 326

psychóza 125, 206, 248, 279

**R**

- racionalizace 23
- regrese věková 150
- rekonstrukce 259
- relaxace 188, 305
  - progresivní 175
  - svalová 60, 169
- remise spontánní 109, 327, 338
- rituál 307
- rozehřátí 222
- rozhovor empatický 163

**Ř**

řešení problémů 76, 193

**S**

- satiterapie 101, 102
- scénář 232
- schéma 63, 74
  - skupinové 113
- schizofrenie 79
- sebeakceptace 56
- sebeaktualizace 93
- sebeovládání 64
- sebeoprosazení 183
- sebetranscendence 93
- self 30, 38
- selfpsychologie 30
- sen 22, 37, 195, 198
- senzibilizace vnitřní 63, 187
- setkání 237
- skupina
  - - balintovská 290
  - kontrolní 328

## skupina

- výcviková 288
- mysl života 91
- socializace 38
- sociometrie 224, 301
- spiritualita 103
- stavy ega 230
- stín 37
- stop-technika 193
- strach 59, 188, 190
  - z hadů 192, 328
  - z veřejného vystoupení 184, 330
- styl životní 35
- sugesce 133, 153
  - nepřímá 158
  - posthypnotická 151
- sugestibilita 143
- systém terapeutický 298

**Š**

- škály symptomů 323
- štěpení 29

**T**

- t-skupiny 237
- tendence sebeaktualizační 54
- tenze skupinová 306, 314
- terapeut 313
  - aktivita 343
  - vlastnosti 313
- terapie
  - averzivní 186
  - manželská 253
  - realitou 105
  - - systemická 258
- touha po smyslu 90
- transakce 231
- trénink
  - aktivační 181
  - autogenní 169, 272, 301
  - laboratorní 237
  - sebeinstrukční 76

**U**

- učení 57, 59, 64
  - sociální 191
- účinek deteriorační 337
- účinnost psychoterapie 326

## úkol

- behaviorální 74
- paradoxní 80
- útěk do nemoci 34
- útlum reciproční 60
- uvědomování 82
- úzkost 43, 59, 84

**V**

- vazba dvojná 79
- vcítění 55
- vědomí vlastní zdatnosti 75
- výcvik v psychoterapii 288
- výklad poruchy 108, 126
- vytěsnění 23, 24
- výtvar reaktivní 23
- výzkum 310
  - kvalitativní 341
  - kvantitativní 339
  - modelový 345
  - procesu 312, 342
  - výsledků 312, 326
- vzorové chování 42
- vztah 55, 69, 78, 108, 314
  - interpersonální 43
  - objektní 28
  - terapeutický 55

**Z**

- záležitosti nedokončené 84
- zaměření životní 127
- zaplavení 188, 191
- závislost
  - na alkoholu 216, 219
  - na drogách 284
- zážitek
  - transpersonální 98
- zkušenost korektivní 46, 50, 113, 207
- změna terapeutická 304
- zpevňování selektivní 61

**Ž**

životospráva 128