

UČEBNÍ TEXTY VYSOKÝCH ŠKOL

UNIVERSITA J. E. PURKYNĚ V BRNĚ

FAKULTA FILOSOFICKÁ

PSYCHOTERAPIE

PhDr. Stanislav Kratochvíl

STATNÍ PEDAGOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ
PRAHA

UČEBNÍ TEXTY VYSOKÝCH ŠKOL

UNIVERSITA J. E. PURKYNĚ V BRNĚ

FAKULTA FILOSOFICKÁ

PSYCHOTERAPIE

PhDr. Stanislav Kratochvíl

ČESKOSLOVENSKÁ AKADEMIE VĚD
Pedagogický ústav J. A. Komenského
oddělení vývojové psychologie
Brno, Běhounská 4/6

inv. č. 103.

1966

STATNÍ PEDAGOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ
PRAHA

Úvod

Podnětem k sepsání tohoto učebního textu byla naléhavá potřeba přehledné studijní pomůcky pro posluchače psychologie, kteří zapisují kurs psychoterapie. Učební text však může posloužit i medikům v rámci studia lékařské psychologie a psychiatrie a psychologům a lékařům, kteří se chtějí v oblasti psychoterapie rychle celkově orientovat.

Rozsah skript nedovoluje obsáhnout všechny problémy psychoterapie. Rozdělíme-li látku, jak je běžné v jiných klinických oborech, na část obecnou a speciální, pak obsahují tato skripta část obecnou. Shrnutí speciálních otázek psychoterapie podle různých druhů nemocí a poruch a podle různých oborů medicíny, poradenství a nápravné výchovy bude nutno teprve provést.

Učební text je psán z posice klinického psychologa - praktika, který je denně konfrontován s trpícími a pokřivenými lidmi a s požadavkem i vnitřní potřebou jim co nejrychleji a nejúčinněji pomoci. Obsahuje vlastní přístup, vycházející z autorových praktických zkušeností v psychiatrické léčebně v Kroměříži a na psychiatrické klinice v Brně a z vlastního výběru literatury. Současně však se autor rád a s vděčností hlásí k vlivům, které na něj působily: k vlivu pražské dynamické psychoterapeutické školy a k podnětům z členství v psychoterapeutické komisi psychiatrické sekce Čs. lékařské společnosti J.E. Purkyně, k sympatiím k agilnímu discentnímu psychologovi - psychoterapeutovi slovenskému O. Kondášovi a zejména pak k vlivům četných diskusí s doc. R. Konečným a doc. M. Bouchalem v Brně a z příslušnosti k něčemu, co snad bude možno časem nazvat brněnskou psychoterapeutickou školou.

Dosud trvající problémy s obstaráváním zahraniční literatury vedly k tomu, že při výkladu směrů a metod nebylo možno ve všech případech sáhnout ke všem potřebným základním pramenům. V takových případech jsou informace doplňovány s využitím encyklopedického díla Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, svědomité Fordovy a Urbanovy srovnávací studie Systems of Psychotherapy, Lebedinského sborníku Voprosy psichotěrapiji a již existujících českých časopiseckých přehledů, které jsou uvedeny na konci každé kapitoly.

Autor přistupuje k systémům a metodám ne z posice hotového přesvědčení, v jehož světle by si troufal hodnotit vše, co vykonali a vymysleli jiní, nýbrž z posice hledání, s dychtivostí nechat se poučit a s důvěřivým postojem, že obsahují cenné a důležité myšlenky, i když nebudou mít plnou pravdu. Proto je v tomto učebním textu méně kategorických soudů, než bývá v učebních textech obvyklé. Očekává se, že student bude nad věcmi též přemýšlet.

Kroměříž, únor 1966

Stanislav Kratochvíl

1. Z Á K L A D N Í P O J M Y

11. Pojem psychoterapie

Za současného stavu neexistuje ještě psychoterapie jako jednotná věda, která by měla své pevné závazné pojmové vymezení, jednotný terminologický systém a jednotnou teorii. Místo toho existuje mnoho rozdílných psychoterapeutických směrů. Jejich podrobné definice pojmu psychoterapie obsahují v sobě zpravidla již určitou teoretickou koncepci a z části tím z rozsahu pojmu vylučují psychoterapeutické přístupy jiného druhu. Spokojíme se proto s vymezením méně přesným a dosti širokým, které apriori žádnou ze současných vědeckých koncepcí nevylučuje. Nejvýhodnějšími se nám k tomuto účelu zdají definice navazující na vymezení jednoho ze zakladatelů vědecké psychoterapie, Pierra Janeta, který viděl v psychoterapii "užití psychologické vědy k léčení různých nemocí".

Psychoterapie je léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii psychologickými prostředky. Nebo jinými slovy : psychoterapie je záměrné upravování narušené činnosti organismu psychologickými prostředky. Narušení činnosti se může týkat psychických procesů a osobnosti nebo somatických procesů a funkcí orgánových. Může být záležitostí, podmíněnou jak psychogenně tak somatogenně. K psychologickým prostředkům pak patří především slovo, ale i mimika nebo mlčení, emotivita a emoční vztahy, učení, manipulace prostředím a jiné (srv. Syřišťová 34).

Podle toho jak široce pojmem rozsah psychologických prostředků, můžeme rozlišit psychoterapii v širším a užším smyslu. Psychoterapie v širším smyslu zahrne rozsáhlé možnosti působení zevním prostředím. Psychoterapie v užším smyslu se bude týkat záměrného a cílevědomého působení psychoterapeuta na pacienta v terapeutickém vztahu.

12. Psychoterapie v širším slova smyslu, léčba prostředím

121. Terapeutické prostředí

Na pacienta působí prostředí nemocnice, ambulance nebo jiného zařízení, do něžž k léčení přichází. Samotná psychologická atmosféra místnosti, budovy, čistota, výzdoba, barva, pořádek vyvolávají jisté změny v náladě a tím ovlivňují celkový psychosomatický stav. Podobně režim dne lůžkového zařízení, klid, odpočinek a různé diagnostické nebo somatoterapeutické procedury vyvolávají svou psychickou komponentou na průběh onemocnění jistý vliv.

Závažný význam mají v terapii prostředím zejména u delší dobu hospitalizovaných psychiatrických pacientů různé druhy činnostních terapií. Z nich je na prvním místě terapie pracovní, kdy pacienti vykonávají užitečnou organizovanou práci, která má podle okolností podporovat jejich aktivitu, odpoutat od patologických myšlenek a představ, rehabilitovat a připravit postupným zatěžováním pro návrat domů nebo u dlouhodobě hospitalizovaných chroniků zabraňovat úpadku a udržovat je na horních hranicích zachovaných schopností.

Na druhém místě stojí terapie pohybová či sportovní od ranní rozcvičky přes vycházky a provozování různých sportů až po organizaci spartakiád a sportovních dnů. Konečně je to terapie kulturní (arteterapie) aktivní i pasivní: poslech přednášek a besed, návštěva filmů, kreslení, modelování, večírky a společenské hry.

Součástí terapie prostředím je působení sociálních vztahů, jež jsou vytvářeny vším personálem, s nímž pacient v zařízení přichází do styku, ať zdravotnickým nebo nezdravotnickým včetně kolektivu spolupacientů.

Díličními otázkami terapie prostředím se v této práci nebudeme zabývat a odkazujeme na jejich podrobný rozbor v monografii manželů Škodových "Léčba psychóz prostředím".

122. Zásahy do pacientova prostředí

Vedle terapeutického prostředí lze působit léčebně manipulací mimoterapeutickým prostředím, tedy zásahy do rodinného, pracovního nebo jiného prostředí pacientova, jež je v nějakém vztahu k jeho onemocnění. Způsob zásahu je dán typem defektu v prostředí. Někdy jde o pouhé pokyny pro prostředí, ochotné spolupracovat na léčení pacienta, jindy je třeba vyvíjet na prostředí tlak ke změně objektivně nepříznivé situace, již pacient sám zvládnout nedovede.

Nejčastěji použitelným prostředkem je rozhovor s rodiči, tchýní, sourozenci a zejména rozhovor s manželským partnerem. Tam, kde je hlavní chyba v partnerovi, je třeba vést partnera taktně k poznání chyb, aniž by měl nepříjemný dojem, že na něj pacient žaloval. V některých případech je taktičnější uskutečnit tento rozhovor bez vědomí pacienta, aby bylo zachováno zdání spontaneity případné nápravy, aby nepůsobil rušivě pocit, že se náprava bude jevit jako vynucený důsledek rozmluvy terapeuta. Jindy je naopak vhodná přímá, otevřená konfrontace manželů za přítomnosti terapeuta. Rozhovor s partnerem dává dobré výsledky tam, kde je dobrá vůle ke spolupráci. Za jiných okolností může být třeba radikálnějšího zásahu např. zařízení povolání manžela - chronického ethylika na nucené protialkoholní léčení apod.

Pramení-li konfliktová situace ze vztahu pracovních, je žádoucí navázání styku se závodem, ROH, výjimečně může být nutné doporučení přeřazení pacienta na jiné pracoviště. Účinná pomoc při vyřešení některých trvale traumatizujících situací např. situace bytové a pod., je ovšem často mimo terapeutovy možnosti. V oblasti zásahu do mimoterapeutického prostředí se psychoterapie široce prolíná se sociální prací.

Vedle přímého zásahu do prostředí je osvědčenou metodou, využívající poznatků o interakci jedince a prostředím manipulace prostředím prostřednictvím pacienta samotného. Ta však je již výsledkem přímého působení terapeuta na pacienta a je součástí interpersonálních metod psychoterapie v užším slova smyslu.

13. Psychoterapie v užším slova smyslu.

Při psychoterapii v užším slova smyslu je rozhodujícím činitelem záměrné a cílevědomé působení terapeuta.

Podle toho, je-li toto působení zaměřeno na jednotlivce nebo na více pacientů současně, mluvíme o psychoterapii individuální nebo kolektivní. Kolektivní psychoterapii lze dělit na psychoterapii kolektivně hromadnou, která působí vhodně upravenými metodami individuální psychoterapie prostě na více pacientů současně bez ohledu na jejich vzájemné vztahy, a dále na psychoterapii skupinovou, která k terapeutickým účelům využívá zejména dynamiky vztahů, vznikajících mezi členy záměrně vytvořené skupiny. Zvláštním případem skupinové psychoterapie je organizace léčebného kolektivu (therapeutic community).

Toto rozdělení kolektivní psychoterapie je vhodné vzhledem ke kvalitativní odlišnosti prostého působení terapeuta na více pacientů současně od přímého terapeutického využití skupinových vztahů. V literatuře se ovšem používá obou pojmů promiscue nebo též s jiným dělením: pojmu hromadná psychoterapie pro označení terapie ve velkém kolektivu a pojmu skupinová terapie pro označení terapie v kolektivu malém, do 10 - 12 lidí, bez ohledu na užití terapeutické principy.

Z dichotomických polárních dělení psychoterapeutických přístupů uvedme ještě další čtyři.

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 psychoterapii nedirektivní je psychoterapeut spíše činitelem katalytickým, který se probíhající reakcí přímo neúčastní. Svým permissivním neutrálním postojem pouze podněcuje pacienta ke slovní, emoční nebo činnostní produkci, vytváří příznivou atmosféru 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 je zacílena na chorobný příznak, psychoterapie kauzální se snaží zjistit a odstranit příčinu. Terapii kauzální je nesporně třeba dát před symptomatickou terapií přednost. Vůči symptomatické psychoterapii se zvláště kriticky staví hlubinné a dynamické směry, považující ji často za přímo škodlivou. Dokládají, že její efekt je jen zdánlivý nebo krátkodobý, symptom se buď brzy znovu objeví nebo místo něj vznikne symptom jiný. Skutečnost však je taková, že bez symptomatické terapie se často neobejdeme, ať už pro nedostatek času ke zdlouhavé terapii kauzální, nebo pro neodstranitelnost kauzálních faktorů. Při tom k recidivě nebo záměně symptomu jiným docházet nemusí. Výhodnou se též jeví kombinace terapie kauzální se symptomatickou.

Psychoterapie adjuvantní je povrchní, bez hlubší analýzy, pouze pomocná, napomáhá jiné základní léčbě nebo je prováděna z nedostatku času, psychoterapie systematická staví cílený terapeutický plán a důsledně, často dlouhodobě jej uskutečňuje.

Psychoanalytici rozdělují psychoterapii na odkrývací, tj. hlubinnou analýzu, která vynáší na povrch potlačený materiál z podvědomí, a na psychoterapii ostatní, která je zakrývací. Shodné, ale bez pejorativního nádechu je rozdělení J.H. Schultze, který mluví o psychoterapii mentální (náročné dlouhodobé postupy analytické) a o psychoterapii aktivně - klinické (hypnóza, autogenní trénink, cvičení).

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

14. Cíle psychoterapie

Existuje dvojí výrazně odlišná formulace cíle psychoterapie :

- a) 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 kausální, odstraňující příčinu, pokud ji odstranit lze. Někteří autoři formulují tento cíl s přihlédnutím k možným druhům symptomatologie důkladněji, jako obnovení schopnosti pracovní, schopnosti požitku, kontaktu, naděje, schopnosti radovat se ze života. Účelu je dosaženo, když symptomy, které tomu bránily, jsou odstraněny.
- b) cílem psychoterapie je reorganizace, restrukturační či integrace pacientovy osobnosti. Podle příslušné teorie osobnosti jsou analyzovány např. intrapsychické konflikty, sledovány patologické fixace libida nebo patologické stereotypy v interpersonálních vztazích, je usilováno o korekci postojů. Osobnost je přetvářena ve směru správné adaptace. Odstranění symptomů se u tohoto postupu očekává spíše jako vedlejší účinek. Významnost zlepšení nebo vyléčení je posuzována podle dosaženého stupně osobnostních změn, nikoliv podle změn v symptomatologii.

Druhý přístup má nepochybně přednost proti prvnímu svou větší důkladností a hlubším záběrem, většinou skutečně kauzálním. Je nutno si však uvědomit, že kauza nemusí být vždy nutně v osobnostní struktuře a v 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 restrukturační osobnosti s napravováním vztahů rodinných či pracovních, pátrání po zážitcích z raného dětství a pod. vzhledem účelu, pro který pacient terapeuta vyhledal, záležitostí celkem zbytečnou a míjející se cíle. Je výhodnější věc odreagovat, odsugerovat, přecvičit. Proti tomuto tvrzení se namítá, že 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 poruchovost v interpersonálních vztazích. Toto tvrzení se ovšem těžko dokazuje proto, že lze stěží najít jinak zcela zdravého člověka, u kterého by se důkladnou explorační nedala najít nějaká poruchovost uvedeného druhu.

2. SOUČASNÉ SMĚRY V PSYCHOTERAPII

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

Snaha o systematický přehledný výklad současných směrů nese s sebou nutně zjednodušující schematizaci. Je nutno často přiřadit k sobě autory nebo školy, které by se takovému přiřazování bránily. Vedle vlivných směrů existují některé směry méně vlivné, které však mohou nabýt významu v budoucnosti. Vedle směrů k nimž se hlásí více psychoterapeutů máme i významná díla jednotlivých osobností, které nevytvořily směr. S jistými nepřesnostmi je však nutno při zevšeobecnujícím přehledu počítat.

Současné směry rozdělíme v tomto výkladu na 1) klasickou hlubinnou psychoterapii, 2) dynamickou psychoterapii, 3) antropologickou psychoterapii, 4) pavlovovskou psychoterapii, 5) behaviorální psychoterapii a 6) pojetí eklektická, syntetická a integrativní. Jelikož psychoterapie má nejširší pole působení u neuróz, jsou otázky psychoterapeutické teorie nezdědka těsně spjaty s příslušnou neurologií. Nebude proto možno při výkladech současných psychoterapií pominout ani základní náhledy, týkající se pojetí neuróz.

21. Klasická hlubinná psychoterapie

211. Psychoanalýza

Příborský rodák Zikmund Freud (1856-1939), který je považován za zakladatele moderní psychoterapie vůbec, vytvořil směr, který ani ve své původní ortodoxní formě nemá význam pouze historický, nýbrž je stále významným vyhraněným směrem, k němuž se hlásí mnoho psychoterapeutů. Mluvíme o něm jako o klasické psychoanalýze.

Psychoanalýza rozlišuje v psychice vedle vědomí další dvě složky: předvědomí a podvědomí. Zatím co předvědomí je tvořeno duševními obsahy, které sice nejsou aktuálně uvědomovány, ale lze je snadno podle potřeby do vědomí vyvolat, je podvědomí oblastí relativně samostatnou. Tendence zde obsažené nejsou vědomě přímo přístupné a přesto mají vliv na jednání. Jeho obsahem jsou podle Freuda tendence pudové, které mají rozhodující význam pro vývoj osobnosti i pro vznik neuróz.

Základními pudovými silami jsou pud sexuální (Eros, pud lásky, libido) a pud destrukční (Thanatos, pud smrti). Zejména pojem libida nabývá v psychoanalýze prvořadého významu. Vývoj libida prochází v ontogenetickém vývoji zákonitě řadou fází. Psychoanalýza klade zvláštní důraz na tzv. pregenitální infantilní sexualitu raného dětství, která je autoeroticky zaměřena. První fází je fáze orální, kdy primárním místem libidinosních pocitů jsou ústa, uspokojování je získáváno ssáním. V pozdější části tohoto stádia rostou zuby, začíná kousání a žvýkání

potravy a v souvislosti s tím se objevuje destruktivní nebo agresivní sadistické chování. Druhou fází je fáze sadisticko-anální, kdy se stává primárním zdrojem příjemnosti anus, uspokojení je hledáno v agresi a v zadržování nebo vypuzování stolice. Postoj, který dítě zaujímá vůči ovládnutí těchto tělesných funkcí, ukazuje na pozdější aktivitu nebo pasivitu. Tato fáze může být považována za prototyp např. sběratelských vášní pozdější doby. Další fáze je fáze falická. Ve věku kolem tří let je objevem penis nebo poštěváček jako zdroj příjemných pocitů. I tato fáze je zaměřena autoeroticky a to nediferencovaně na penis (nebo jeho rudiment - klitoris) a nevyvíjí se dále ke konečné genitální organizaci, nýbrž je vystřídána obdobím latence, trvajícím od pěti let až do puberty. V období latence jsou sexuální zájmy zcela v pozadí a začínou se objevovat až v pubertě ve formě normální genitální sexuality, pokud proběhl vývoj bez patologických fixací.

V ranném dětství dochází pravidelně ke vzniku Oidipovského komplexu. Jde o nevědomý erotický vztah a incestní přání dítěte vůči rodiči opačného pohlaví. Rodič stejného pohlaví je pocíťován jako sok. Název je z řecké báje o Oidipovi, který nevědomky zavraždil svého otce a oženil se s matkou. Oidipovský komplex je jedním z ústředních témat psychoanalýzy. Ženská forma tohoto komplexu bývá nazývána komplexem Elektríným. Dalším významným komplexem je kastrální komplex, u hochů strach ze ztráty penisu, který u dívky má ráz závidění penisu mužskému pohlaví.

Při vývoji může dojít k fixaci libida v určité fázi. Tato fixace se pak projevuje jako perverse, 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 i přání ze sexuálního pudu vyplývající se dostávají do konfliktu se společenskými, estetickými, mravními a náboženskými normami a musejí být vědomým já, jeho složkou zvanou censura, potlačovány zpět do podvědomí. Pro souhrn ideálů a norem chování zavádí Freud pojem Superego, biologické pudů a potřeby nazývá Id, vědomou oblast duševního života Ego. Konflikt se pak jeví jako intrapsychické střetnutí v těchto předpokládaných složkách lidské psychiky. Potlačení tohoto konfliktu dává předpoklad ke vzniku neurózy, nevědomý konflikt se symbolicky projevuje ve snech a chybných výkonech.

Sny lze vykládat jako projev přání. Ve snu dochází k fiktivnímu splnění přání, jinak neuskutečnitelných. I zde se ovšem, i když oslabeně, projevuje censura, takže dochází k projevům přání 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, přerěknutí záměn a založení, které tvoří "psychopatologii všedního života". (11)

V neurózologii rozlišuje psychoanalýza dva druhy neuróz, tak zvané aktuální neurózy, k nimž počítá neurastenii a anxiosní neurózu, a psychoneurózy, ke kterým řadí hysterii, neurózu fobickou a neurózu obsedantní. Podle R. Bruna vypadá rozdíl mezi těmito dvěma skupinami takto:

1111-5361

U aktuálních neuróz není primární patologický moment vzniku symptomu psychogenní, nýbrž je ve vegetativních mozkových centrech. Jde o toxické poruchy činnosti uvnitř určitých oddílů vegetativního nervového systému, které se promítají bezprostředně na postižených orgánech. Psychogeneza existuje jen v tom smyslu, že psychogenní podnět vyvolá fyziologický reflexní děj ve vegetativním systému na jehož utváření pak již nemá vliv.

Stojí za zmínku, že Brun, švýcarský ortodoxní psychoanalytik, spojuje tuto koncepci s biologickou teorií plexů von Monakowa. Tato teorie vidí vznik neurózy v intoxikaci velkého mozku, která je způsobena změnami propustnosti hematoencefalické bariéry. K tomu dochází vlivem hormonů, které v důsledku psychického vzrušení zaplaví krevní cesty, a to zejména dochází-li k takovému vzrušení opakovaně. Tím vysvětluje Brun i Freudovu koncepci o vzniku úzkostné neurózy v důsledku sexuálního neuspokojení, "městnání libida". Freud sám tvrdil, že aktuální neurózy vznikají, když se uvolnění libida neuskuteční adekvátně a vznik neurastenie považoval v podstatě za důsledek onanie. (To je z dnešního hlediska zcela neudržitelné; spíše než somatická stránka onanie může být nebezpečný strach před jejími event. neblahými následky.)

Pokud jde o úzkostnou neurózu, naše vlastní klinická pozorování (93) nasvědčují tomu, že se tato neuróza často vyskytuje u sexuálně vzrušivých žen, u nichž při sexuálním styku z nějakých důvodů (špatná technika styku, ejaculatio praecox partnera, obavy před graviditou, coitus interruptus) nedochází k orgasmu. Dotazníkové šetření o úzkosti a sexuálním neuspokojení u normálních žen ukazuje na statisticky významné souvislosti, jejich podstata je ovšem neprokázána.

U psychoneuróz, které tvoří hlavní oblast zájmu psychoanalýzy a též hlavní oblast aplikace psychoanalytické terapeutické metody, vede kauzální řetězec do hlubin nevědomí. Psychogeneza 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 konfliktu pudů. Brun místo o Id a Superego hovoří o pudech primárních (pud sebezáchovy a sexuální pud) a ontogeneticky mladších kulturních pudech sekundárních (estetických, sociálních, etických a náboženských). Nejde však ani o současné psychické konflikty, jako spíše o důsledky konfliktů v ranném dětství, či důsledky fixací libida na stupních ranného dětství. Podle okolností se konflikt buď využije v normalitě nebo vyústí v psychoneurózu nebo v sexuální perversi :

a) při střední síle primárních pudů a dobrém vypracování útlumu sekundárními pudy dochází k vytlačení primárních pudů z vědomí. Cíl je potlačen, 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: sadistické tendence se např. uplatní užitečným způsobem v povolání řezníka, chirurga a pod.).

b) v případech, kde libido má naprostou převahu, potlačení ihned selže a patologická fixace se projeví v příslušném typu sexuální perversi.

c) setká-li se silná pudovost se silnými útlumy, nemohou se pudy uplatnit

manifestním způsobem, ani se však nemohou vzdát příslušného pudového cíle. Morální já reaguje napřed strachem. Potlačení selže, potlačené vyjde v nějaké formě, v nepoznaném přestrojení napovrch a vzniká psychoneuróza. Symptomy psychoneurózy jsou tedy vnější manifestací nezdařeného kompromisu mezi navzájem neslučitelnými pudovými silami, a to ve znetvořené, posunuté nebo symbolické formě. Při hysterii konvertuje, přeměňuje se 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 od všech asociací (izolace) a od ní oddělený afekt se připojuje k jiným představám, které se pak stávají nutkavými.

Zásadní význam i ve vzniku psychoneuróz připisuje psychoanalýza úzkosti. Z počátku ji Freud sice chápe jen jako fyziologicky podmíněný důsledek nevybitého sexuálního napětí, později ji však spojuje s "porodním traumatem" (oddělením se od matky a vržením do světa) a s výskytem dalších ohrožujících situací. K likvidování úzkosti používá člověk obranných mechanismů, jako je potlačení, izolace, projekce, přesun, racionalisace a jiné. Při potlačení jsou zážitky nebo impulsy vyvolávající úzkost zapomenuty. Projekce znamená vyhnutí se úzkosti tím, že se vlastní úmysly přisuzují někomu jinému. Např. méně přitažlivá žena se bojí vycházet z domu, protože by ji venku mohli muži sexuálně atakovat. Ve skutečnosti promítá na muže svá vlastní sexuální přání. Přesun znamená náhradu jednoho cíle jiným. Dítě, které nemůže projevit nenávisť vůči sourozenci, na nějž žárlí projeví své agresivní impulsy vůči panence. Při racionalisaci je jednání, pramenící z motivů, jejichž uznání by vyvolávalo úzkost, nesoulad s okolím nebo ohrožení sebeúcty, vysvětlováno motivy přijatelnými a eticky hodnotnými. Např. otec, odřeagovávající své hostilní impulsy bitím syna, odůvodňuje své jednání nutností syna vychovávat.

Možnost existence nevědomých motivů, schopných ovlivňovat jednání, lze experimentálně dokázat např. metodou posthypnotické sugesce. V našich pokusech prováděných společně s M. Bouchalem bylo řadě pokusných osob v hluboké hypnéze vsugerováno provedení určitého jednání po skončení hypnózy. Pokusné osoby jednání provedly, na vlastní motiv (příkaz hypnotizérů) však měly amnesii a nezřídka své jednání racionalisovaly. Např. medička, která dostala příkaz odnést za dveře z posluchárny svoji aktovku, uvedla na dotaz po příčině tohoto jednání, "že aktovka překážela."

Slabinou psychoanalýzy je ovšem příliš uniformní pojetí obsahu podvědomí (sexuální motivace) i význam tomuto podvědomí připisovaný. Tendenci "znemravnit svět" však Freudovi připisovat nelze. Přes zdůraznění pudovosti nesměřuje Freudova analýza k tomu, aby sexuálnímu pudu uvolnila hráze, nýbrž k tomu, aby jedinec získal takový "náhled", aby svou motivaci mohl pochopit a racionálně ji zvládnout; neboť, jak to vyjadřuje Freud, "kde je Id, tam má být i Ego".

Další pojmy psychoanalýzy, spojené již přímo s psychoanalytickou terapeutickou technikou (odpor, přenos a přenosová neuróza), rozebíráme v kapitole o psychoterapeutických metodách, kam logicky patří. Jelikož však pro porozumění dále uváděným směrům, od psychoanalýzy odštěpe-

ným, je znalost těchto pojmů nutná, doporučujeme seznámit se s kapitolou o psychoanalytické technice již nyní.

Někteří z Freudových žáků pokračovali důsledně v práci svého učitele, jiní jako např. Adler, Jung, Stekel, Rank, Ferenczi a pak četní psychoanalytici pozdější od ortodoxního freudismu odpadli. Z první generace Freudových žáků Adler a Jung odmítli většinu Freudových principů a vytvořili zcela odlišná samostatná učení, která již nemůžeme nazývat psychoanalytickými. Z těch četných přístupů a odchylek, které do širšího rámce psychoanalýzy ještě zařazovat lze, uvedme jako příklad jeden ze starších a jeden z novějších.

a) Stekelova aktivní psychoanalýza

Stekel upouští od výhradní analýzy minulosti a zkoumá neurózu ve třech dimensích: v dimenzi minulosti (infantilní jádro), přítomnosti (aktuální konflikt) a budoucnosti (neurotický životní plán). Nepřijímá Freudovo dělení na aktuální neurózy a psychoneurózy a nesouhlasí s Freudovými názory o onanii jako o faktoru vedoucím k aktuálním neurózám. V desetisvazkovém díle *Störungen des Triebes und Affektlebens* se soustřeďuje zejména na klinický materiál a kazuistické hodnocení. Jednotlivé svazky jsou věnovány úzkostným stavům, chladnosti u ženy, impotenci u muže, impulsivnímu jednání, psychosexuálnímu infantilismu, sadismu a masochismu, fetišismu, nutkavé neuróze.

V terapeutické technice Stekel upouští od volné asociace a užívá více psychagogických metod, aktivně nabádá pacienta, aby se vzdal patologických životních zvyků, které se v průběhu analýzy staly uvědomělymi, chce v něm vypěstovat zdravou životní filosofii a navazuje též terapeutický kontakt s pacientovým okolím.

b) Neopsychoanalýza Haralda Schultz-Henckeho

Spojuje zkušenosti psychoanalýzy s výsledky jiných hlubinně - psychologických škol. Hlavní příčina vzniku neuróz je stejně jako u Freuda viděna v obranných mechanismech jako je potlačení, pro něž Schultz-Hencke používá pojmu útlum (srv. jeho monografii *Der gehemmte Mensch*). Rozhodující vlivy pro vznik neurotických struktur charakteru pocházejí z období prvních šesti let. Neurotické struktury se dělí na schizoidní, depresivní, nutkavě neurotické, neurastenicke a smíšené. Vznik příslušného typu neurotické struktury závisí na tom, ve kterém čase dětského vývoje se vytvoří rozhodující útlumy a kterých pudových zážitků se týkají. Ke vzniku symptomů dává podnět nejen sexuální pud, ale všechny lidské pudy. Schultz-Hencke se staví proti Freudovu širokému pojetí sexuality a odlišuje dětskou touhu po něžnostech a různá dětská přání orálního, análního či agresivního charakteru od sexuality. Technika léčení se od běžného psychoanalytického postupu v podstatě neliší.

Z Freudových spisů byly přeloženy do češtiny *Studie o hystérii* (spoluautor J. Breuer), *Úvod do psychoanalýzy*, *Tři úvahy o sexuální teorii*, *Výklad snů*, *Psychopatologie všedního života* a *Psychoanalytické chorobopisy*. Populárně informovaly o psychoanalýze výklady B. Dosužko-
1111-5361

va (8) a R. Součka (34). V letech 1945 - 48 vyšly dva svazky české Psychoanalytické ročenky. Bojovně zamítavé stanovisko stalinského období reprezentuje kniha C. Michalové Kritické poznámky k psychoanalýze. V nejnovější produkci převládá negativní hodnocení freudismu v překladech "Neurózy a společnost" od Fursta a "Pavlov a Freud" od H.G. Wellse. Střízlivě kritický přístup je v monografii A. Metteho "Sigmund Freud". Nejnověji o Freudovi a freudismu zasvěceně informuje a poctivě se s nimi vyrovnává marxistický filosof J. Cvekl.

212 Individuální psychologie

Individuální psychologie Alfreda Adlera chápe podvědomí shodně s Freudem jako nejsilnějšího činitele v duševním životě, jeho obsah si však představuje zcela jinak. Místo kausálního determinování lidského vývoje sexuálními pudem mluví o cílové orientaci lidského života, přičemž cíl je určován dvěma faktory: potřebou individua začlenit se do společnosti ("společenský cit") a potřebou individua se v této společnosti uplatnit a prosadit (potřeba sebeuplatnění, touha po moci).

Individuální psychologie bere tedy individuum ve vztahu ke společenskému prostředí a jejich vzájemné interakci přikládá zásadní význam ve vývoji. Duševní život je formován nikoliv vnitřní dynamikou vývoje biologických pudů, ale sociálním prostředím. Této sociální determinaci však Adler vymezuje jisté hranice, počítá se schopností člověka dělat vlastní závěry. Člověk nereaguje na prostředí pouze pasivně, ale zaujímá k němu též vlastní postoje. Dítě tedy není pouhým pasivním produktem svých zážitků, nýbrž vlastního výkladu, který jim dává.

Podobně jako u Freuda setkáme se i u Adlera se zdůrazněním významu raného věku. V individuální psychologii je v tomto směru zkoumána zejména rodinná konstelace, t.j. postavení v řadě sourozenců, jež podněcuje vytváření určitých osobnostních rysů.

Jak bylo uvedeno, člověk především touží včlenit se do lidské společnosti. Při této snaze dochází často k obtížím, jedinec se cítí ponížen, odstrčený, "dole". Tak vzniká pocit méněcennosti a ten opět podněcuje úsilí o uplatnění. Vzniká snaha po kompensaci pocitu méněcennosti, snaha, aby člověk zrušil ať už skutečnou nebo domnělou převahu jiných. Adler pak mluví o tom, že "veškeré jednání člověka je určeno cílem, kterým není nic jiného, než převaha, moc, překonání druhého". Záleží na odvaze, zdali se stane pocit méněcennosti hnací silou pokroku osobnosti a povede ke kompensaci nebo až k překompensování ať už v téže oblasti z níž pramení (Demosthenes) nebo v oblasti jiné (tělesně vadný vynikne v duševní činnosti), nebo zda povede - při ztrátě odvahy - k neuróze. Neuróza má zabezpečit člověka před prožíváním vlastní bezcennosti. Je to fiktivní zvýšení hodnoty. Za veškerou neschopností stojí omluva "Jen kdybych nebyl nervózní, já bych ..." Aby byla zachráněna vlastní hodnota, přesouvá se plná výkonnost z nebezpečné přítomnosti do nedosažitelné fikce a selhání se přičte na vrub nemoci. Je tedy v pojetí individuální psychologie neuróza vlastně "útěkem do nemoci".

Pro psychoterapii z uvedené neurozologie vyplývají tyto hlavní směrnice:
1111-5361

a/ poznání a objasnění pacientovi jeho fiktivního životního plánu. Psycho-
terapeut si klade otázku: Co by se změnilo, kdyby byl pacient zdrav? Umožňuje pa-
cientovi jeho stav vyhnout se nějakému rozhodnutí nebo situaci? Psychotherapeut
analyzuje pacientovu motivaci, jeho postoje, osobnostní strukturu, jeho životní
styl. Směřuje do dětství k postižení nejtravnějších vzpomínek, ke zhodnocení ro-
dinné konstelace.

b/ vedení ke změně životního stylu,

c/ dodávání odvahy.

Individuální psychologie je v popularizujících příručkách psychologie
uváděna jako druhý nejvýznamnější směr hlubinné psychologie. Současná odborná
psychoterapeutická literatura však cituje A. Adlera poměrně velmi málo. Indivi-
duální psychologie je považována za směr, který již řekl vše co říci mohl
a má snad ještě jistý význam v pedagogice. Skutečností však je, že s významným
i když málo přiznávaným vlivem adlerovské psychologie se setkáváme i u populár-
ních neofreudistů (zejména Karen Horneyové) i dalších stoupenců moderní psycho-
terapie dynamické. Domníváme se, že Adlerovo učení je opomíjeno neprávem a že
může mít pro současného psychoterapeuta význam daleko větší než jen historický.

Do češtiny byla přeložena velmi čtivá Adlerova kniha "Člověk jaký jest" a rovněž
Dreikursův "Úvod do individuální psychologie". Kriticky se u nás zabýval individuální psycho-
logií Juraj Čechetka v práci "Adlerovská individuálna psychológia a pedagogika". K publikačně
činným stoupencům individuální psychologie na západě patří dnes hlavně R. Dreikurs a Alexan-
dra Adlerová. Vychází časopis Journal of Individual Psychology.

213 Jungova analytická psychologie

Třetím hlavním směrem hlubinné psychologie je analytická psychologie curyš-
ského C.G. Junga (1875-1961). Z Jungova učení nabylo praktického významu a širo-
kého uplatnění zejména typologie, dělící lidi na extroverty a introverty a dále
metoda asociálního experimentu jako vhodného prostředku k odkrývání podvědomých
komplexů.

Ve svém celku je Jungovo učení, počítaje v to i práce o psychoterapii, pře-
devším spekulativní filosofií s iracionálním mystickým zabarvením. Centrem akti-
vity je ústav C.G. Junga v Curychu, který provádí postgraduální výuku. Ústav má
i svou vlastní malou soukromou psychiatrickou kliniku na Zürichbergu, vedenou
H.K. Fierzem, která důsledně uplatňuje jungovský přístup. O praktickém využití
tohoto přístupu v psychoterapii pojednává nejnověji Fierzova monografie "Klinik
und analytische Psychologie".

Analytická psychologie je v prvé řadě stanoviskem, z něž mají být jevy chá-
pány. Úkol psychoterapie je viděn v osvětlení nevědomých souvislostí. Pacient se
nechává sedět v pohodlném křesle proti terapeutovi jako při přátelské rozmluvě,
čeká se na vynořování duševních obsahů, které souvisí s komplexem, zahrnujícím
hlavní problém pacienta. Ten má být uspokojivým způsobem vřazen do celkové psy-
chiky pacienta, asimilován.

Součástí terapie je analýza snů. Sen nemluví logicky. Mluví v obrazech, myšlenky jsou dány v archaické řeči. Proto se pro porozumění snům považuje za důležité studovat projevy primitivů a dětí.

Významnou roli hraje v jungovské analýze pojem archetypu a kolektivního nevědomí. Archetypy jsou nejstarší a typické zkušenosti lidstva. Příkladem archetypu je archetyp otce. Může se projevovat ve fantaziích a snech. Postava otce vystupuje symbolicky v podobě otce trestajícího, otce milujícího, otce tvůrce. K těmto fantaziím a snovým zážitkům se hledají analogie v bibli, kde lze nalézt dobrého otce Nového zákona a cholerického trestajícího otce Starého zákona. Rovněž v ontogenetickém vývoji si malé dítě vytváří obraz otce jako dobrého otce i nebezpečně hrozného otce. Diagnóza archetypu, t.j. vlastně vztáhnutí určitých zkušeností pacienta k obrazům z náboženství a mytologie primitivního člověka, dovoluje terapeutovi, aby pacientovi lépe porozuměl a současně jej osvobodil od ohrožující izolace. Umožňuje nadhled nad individuálními životními jevy.

Od terapeuta se požaduje, aby se vcořoval do tajemství nemocného. Jung se domnívá, že i zdánlivě nepochopitelné chování a bludy schizofreniků jsou reakcemi na lidské citové problémy a mají smysl. Jungova psychologie naráží u psychóz i neuróz množství motivů, které spontánně a univerzálně vystupují v mýtech, pohádkách a fantaziích. Jung věnoval popisu a zkoumání mytologických motivů velkou část své práce. Často mluví o motivu, který nazývá motivem Medusy. Medusa byla v řecké mytologii jedna ze tří dcer Phorkysových, byla nesmrtelná, místo vlasů zdobily její hlavu zmije. Každý kdo ji uviděl se okamžitě měnil v kámen. Motiv Medusy odpovídá velmi silnému afektu, jehož následkem může být podle Junga chronická schizofrenní psychóza. Pacient ve smyslu symptomatologie chronické schizofrenie "zamrzne", "je medusován".

Příklad ukazuje na způsob myšlení jungovských analytiků. Studium jejich prací je obtížné, pracuje se s metaforami, meditacemi, pojmy nejsou přesně a jednoznačně definovány, místo důkazů se uvádí kazuistický příklad s příslušnou interpretací, pro porovnání se chodí do mytologie a kultury primitivních národů. Způsob myšlení a styl má blízko k daseins-analýze.

22. Dynamická psychoterapie

Pod pojem dynamické psychoterapie lze zahrnout řadu směrů, vzniklých převážně ve Spojených státech, které neortodoxním způsobem navazují na psychoanalýzu. Překonávají zejména její instinktivismus a pansexualismus. Jsou zaměřeny na reorganizaci osobnosti, věnují pozornost zejména interpersonálním vztahům a aktuálním konfliktovým situacím, v nichž hledají projevy máladaptivního chování pacienta samého, jež je podmíněno minulými zkušenostmi; akcentují terapeutický vztah a přenos, minimální direktivnost terapeuta, emoční korekci a dosažení úspěšné sociální adaptace. Pacientovi se pomáhá v porozumění dynamickým vztahům mezi jeho minulými zážitky a současnými postoji na straně jedné a symptomy a obtížemi na straně druhé. Kauzální faktor poruchy je hledán v pacientovi samém, zejména pak v začarovaném kruhu v jeho interperzonálních vztazích.

Uvedeme zde několik základních škol a osobností dynamické psychoterapie, při čemž při výběru přihlížíme i k jejich vlivu na psychoterapii u nás. K neofreudistům, či t.zv. škole kulturní psychoanalýzy se řadí trojice K. Horneyová, E. Fromm a H.S. Sullivan, z níž Horneyová zakládá newyorský psychoanalytický ústav, Sullivan washingtonskou interpersonální školu. Zásadní význam při formulaci dynamických principů má škola chicagská (Alexander, French, Masserman, Kubie). Dále je nutno uvést Morenův přínos v oblasti skupinové terapie a nedirektivní psychoterapii Rogersovu. Uvedeme rovněž zajímavou koncepci kalifornské školy z Palo Alto.

221. Kulturní psychoanalýza

2211. Karen Horneyová (1895-1952)

Narodila se v Hamburku jako dcera norského kapitána a poznala v dětství řadu zemí s různými kulturami. Vystudovala medicínu v Berlíně, kde též prodělala psychoanalytický výcvik, patnáct let pracovala v praxi jako ortodoxní analytička. V roce 1932 emigrovala do USA, postupně se odtrhla od psychoanalytické společnosti a založila v New Yorku Americký psychoanalytický institut, jehož úkol viděla v překonání Freudovy příliš úzké teorie instinktu.

Ve svých spisech Horneyová zdůraznila, že neurotické chování pramení z kulturních faktorů, především pak z poruch v lidských vztazích. Odmítla Freudův předpoklad, že chování je determinováno vrozenými instinkty a položila důraz na chování naučené. Neurotické poruchy jsou vzorci interpersonálního chování^{x/}, získaného na základě různých situací v rodině.

Za primární reakce, determinující lidské chování, považuje jednak reakce mající vztah k uspokojení (dosažení a zachování pozitivního emočního stereotypu) jednak reakce, mající vztah k bezpečí (odstranění nebo redukování negativního emočního stereotypu, především strachu nebo úzkosti). Později rozšířila počet reakcí o "snahu po vnitřní jednotě individua".

Neurotické poruchy mají svůj kořen v přísném negativním chování rodičů k dítěti, které vyvolává u dítěte basální úzkost, pocit izolace a bezmoci. Dochází k neurotickým řešením konfliktů, jež jsou jen částečně účinná a vedou ke vzniku dalších těžkostí a symptomů; vytváří se začarovaný kruh.

Je-li většina lidského chování naučená, je i měnitelná. To platí i o neurotickém chování. Pojem toho, co je neurotické, je relativní ve vztahu k různým kulturám, k různé době a k různým třídám. Neurotické reakce jsou v první řadě odchylky od běžných vzorků chování, vlastních určité kultuře v určité době. Neurotické chování je charakterizováno rigiditou a nutkavostí, reakce jsou často nadměrně generalizovány, probíhají nediskriminovaně a jsou aplikovány bez variace, bez zřetele na jejich vhodnost v dané situaci.

^{x/} Anglický termín "behavior patern" bývá u nás překládán jako vzorek, vzorec nebo stereotyp chování. Jedná se o preformující strukturu, podle které se dílčí chování nevědomě a automaticky řídí, tak jako tkaní sleduje osnovu v látce nebo tak jako otisky v tiskárně jsou určovány maticemi. Má blízko k pavlovovskému pojmu dynamického stereotypu.

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, sloh spisů je však živý, obracejí se podobně jako spisy Adlerovy i na vzdělané laiky a staly se v Americe značně populárními.

2212. Erich Fromm

Narodil se roku 1900 ve Frankfurtu n/M. Získal doktorát filosofie, prodělal psychoanalytický výcvik v berlínském psychoanalytickém institutu. V roce 1934 emigroval do USA, od roku 1955 přednáší na universitě v Mexiku.

Nelze podat nějaký systematický výklad jeho díla v souvislosti s problematikou psychoterapie. Jeho práce jsou psány essayistickým způsobem a mají převážně sociálně kritický charakter. Můžeme pouze pro ilustraci jeho způsobu myšlení uvést několik úvah.

Cíl člověka vidí Fromm v plném rozvinutí lidských sil tak, aby dospěl k harmonii s lidmi a přírodou. Apeluje na charakter, na odvahu říci ne, neposlušat příkazů moci a veřejného mínění. Náhled dosahovaný v terapii se nesmí stát náhražkou lidského činu, má vést k rozhodnutí, závazku.

Po zkušenostech s ortodoxní metodou analýzy dochází Fromm k odmítnutí role terapeuta jako nezúčastněného pozorovatele: "Místo toho, abych byl pozorovatelem, musel jsem se stát zúčastněným. Spojit se s pacientem ... současně jsem si ověřil, že je možno být plně objektivní i tehdy, jsem-li plně zúčastněn. Objektivní zde znamená vidět pacienta takového jaký je a nikoliv takového, jak si přejí, aby vypadal. Být objektivní je však možné pouze tehdy, jestliže nechceme nic pro sebe, ani pacientův obdiv, ani jeho pokoru, dokonce ani jeho vyléčení. Při skutečné snaze pomoci nechci nic pro sebe, nejsem ani zraněn ve své ješitnosti, jestliže se pacientův případ nezlepšuje, ani nejsem povznesen "svým" úspěchem, jestliže se uzdraví. ("Mimo pouta ilusí," 1962, volně citováno dle 41).

V sociální kritice Fromm hodně čerpá z Marxe; u Freuda i Marxe oceňuje apelování na smysl pro realitu: Člověk žije s ilusemi, protože tyto iluse činí bídu skutečného života snesitelnou. Může-li poznat iluse jako takové, t.j. může-li se probudit ze stavu polosnu, může opět dostat rozum, uvědomit si své vlastní síly a možnosti a změnit realitu takovým způsobem, že iluse již nebudou nutné.

K nejznámějším Frommovým dílům patří "Útěk před svobodou" (*Escape from freedom*, 1941). Český výbor z Frommových spisů vyšel jako skripta pod redakcí M. Tlusté (41).

2213. H.S. Sullivan (1892-1949)

Narodil se v New Yorku, zabýval se především schizofrenními pacienty, později i neurotiky. Je zakladatelem t.zv. washingtonské psychiatrické školy a časopisu *Psychiatry*. Kniha *Conceptions of modern psychiatry* (1947) shrnula některé jeho přednášky. Po jeho smrti vydala skupina jeho spolupracovníků jeho další přednášky a poznámky, které nebyly ještě připraveny do tisku (*The* 1111-5361

interpersonal theory of psychiatry, 1953). Názory v obou pracích jsou podány rovněž značně nesystematicky, styl je na rozdíl od popularizujícího stylu Horneyové a Fromma tak obtížný, že hrozí odradit i odborníka. Přesto je Sullivanův vliv velmi významný.

Základním rysem jeho 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 dle Sullivana potřeba uspokojení a potřeba bezpečí. První je více 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.

Úzkosti připisuje Sullivan důležitý význam v životě i ve vzniku desorganizovaného chování. Poruchy chování jsou reakce, které byly získány při úsilí o odstranění úzkosti. Hraje zde roli zejména konflikt tendencí, např. vede-li totéž jednání k fyziologické satisfakci a současně ke ztrátě pocitu bezpečí. Jedním ze způsobů, jakým se organismus snaží zbavit úzkosti, je "selektivní nepozornost": zážitky vyvolávající úzkost se vytěsňují z vědomí.

Z vývojových období připisuje Sullivan zásadní význam zkušenostem z raného dětství. Zkušeností rozumí vnitřní komponentu událostí. Zkušenosti probíhají v prototaxické, parataxické a syntaxické formě. Forma prototaxická je nejprimitivnější.

Zkušenost probíhá v serii momentálních stavů, není postihována souvislost mezi minulostí, přítomností a budoucností. Okolí je ztotožněno s různými pocity dítěte. Např. matčin prs je vnímán 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 je podáván osobou, která je ve stavu úzkosti. Dítě, které dosud nedovede diferencovat sebe od jiných a je součástí komplexu matka - dítě, prožívá úzkost spolu s matkou. Ačkoliv mléko teče, tense není přiměřeně redukována, protože do řetězu hlad - kojení - uspokojení zasahuje rušivým vlivem matčina úzkost.

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

Parataxický způsob myšlení má důležitý význam v patologii. Parataxická distorse je pojem do značné míry blízký Freudovu pojmu přenosu. U pacienta dochází ke generalizaci jeho negativních zkušeností v interpersonálních vztazích, zejména z raného dětství, do vztahů k současnému prostředí i do vztahu k terapeutovi. V procesu psychoterapie se regresivní, parataxický způsob koriguje rozborem vztahů pacienta v dětství a současně se v interpersonálním vztahu k terapeutovi učí pacient uspokojení v lidských vztazích, zbavuje se úzkosti a dosahuje pocitu
1111-5361

bezpečí, vytváří si adekvátní vztah k sobě i ostatním lidem. Jde o přestavbu osobnosti vedoucí k tomu, že pacient jasně vidí cestu ze svých dříve neřešitelných situací.

K významným Sullivanovým pokračovatelům lze počítat Claru Thomsponovou a Friedu Fromm-Reichmannovou. Syntetický výklad Sullivanovy koncepce je podán zejména v knize Fromm-Reichmannové *Principles of intensive psychotherapy*. Psychoterapeutická komise zajistila překlad a nacyklostylování prvních osmi kapitol této knihy. U nás se k Sullivanovi dosti hlásil Wolf, kriticky se jeho teorií zabývali Syřišková, Drvota a Horácková (106).

222. Škola chicagská

2221. Franz Alexander (1891-1964)

Rozený Maďar, vystudoval v Německu, pracoval na berlínském psychoanalytickém institutě, roku 1930 emigroval do USA, 1932 založil slavný Chicagský psychoanalytický ústav, (později byl profesorem university v jižní Kalifornii). Dynamický psychoterapeutický přístup tohoto ústavu je nejsystematičtější formulován v monografii F. Alexandera a T.M. Frenche "Psychoanalytic therapy" (1946).

Neuróza je považována za selhání individua v úspěšném zvládnutí dané situace, za nemožnost najít sociálně přijatelné uspokojování subjektivních potřeb za daných okolností.

Ve vývoji psychoanalytické terapie vidí autoři pět období: 1/ období katartické hypnosy, 2/ období sugesce v bdělém stavu (pacientovi je pokládána ruka na čelo s ujištěním, že si může vyvolat minulé zážitky) 3/ období volné asociace, jež se liší od katartické hypnosy tím, že vzpomínání a odreagovávání nemocí se neděje rychle a dramaticky, nýbrž v malém množství a během dlouhého období, 4/ období přenosové neurózy, 5/ období emoční reedukace, kdy je procedura zaměřena na dosažení trvalých změn ve funkci kapacity Ega 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 něj, tak pro svět v němž žije a tak mu umožnit i rozvoj jeho schopností.

Autoři počítají s vlivem infantilních zážitků, s přenosem a vývojem přenosové neurózy. Domnívají se však, že předpoklad traumatizujících infantilních zážitků platí jen v některých případech a že analýza přenosu není nejdůležitější věcí v terapii. 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 k terapeutovi mohl obrátit pro emoční podporu, jak je tomu 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 za účelem nutného osvětlení motivů iracionálních reakcí v přítomnosti. Snaží se též držet jeho pozornost zaostřenu více na problémy vnějšího světa než

ma jeho reakce k terapeutovi. Pacient přišel s určitým problémem přizpůsobení se vnější skutečnosti. Na jeho žádost o pomoc se mu pokoušíme 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 prosbou o pomoc bude pociťovat odpor k pokusu terapeuta, být přiveden k náhledu.

Zaměřujeme-li se na současné pacientovy problémy, zjišťujeme, že neuróza je neúspěšným pokusem řešit současné problémy pomocí vzorků chování, které zklamaly při jejich řešení v minulosti. Proto nás zajímá minulost jako pramen těchto stereotypních vzorků chování. Primárním zájmem je pomoci pacientovi najít řešení současných problémů korigováním těchto neúspěšných vzorků, 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. V situaci přenosu, terapeutického vztahu, musí pacient projít novou emoční zkušeností, vhodnou k překonání chorobných následků emočních zážitků z dřívějšího života. Zde se setkáváme s důležitým pojmem korektivní emoční zkušenosti. Důraz proti psychoanalýze se přesouvá z aspektu kognitivního (získání náhledu) na emoční zážitek a psychoterapie probíhá jako proces emoční reedukace. Pak se pacient pokusí přenést nově získané postoje do praxe.

Alexanderovo učení výrazně ovlivnilo řadu našich psychoterapeutů. U publikovaných monografií najdeme odraz četných myšlenek této školy v práci "Neurosy" Knoblocha, Knoblochové, Wolfa a Švába.

2222. Jules H. Masserman

J. Masserman, současný profesor neurologie a psychiatrie v Chicagu, je autorem širokého rozhledu. Pokouší se integrovat principy psychoanalytické teorie (prodělal psychoanalytický výcvik v ústavu F. Alexandera), v Americe vlivné psychobiologické učení Adolfa Meyera a výsledky četných vlastních výzkumů chování, motivace a frustrace v laboratorních experimentech na zvířatech do široce pojaté koncepce, kterou nazývá biodynamickou.

Základní principy lze vyjádřit takto:

- a/ motivace: všechny organismy jsou puzeeny k jednání svými fyziologickými potřebami,
- b/ interpretace prostředí: organismy nereagují na nějakou absolutní zevní skutečnost, nýbrž na svou vlastní interpretaci tohoto prostředí ve vztahu k vlastním potřebám, speciálním schopnostem a individuálním zkušenostem,
- c/ adaptace: kdykoliv je aktivita, zaměřená k cíli, částečně nebo úplně frustrována zevními překážkami, organismus buď mění při dalších pokusech o dosažení téhož cíle svoji techniku, nebo z části či úplně nahrazuje svůj cíl jiným,
- d/ konflikt a úzkost: jsou-li naléhavé motivace spolu v závažném konfliktu, kdy se adaptivní vzorky chování, příslušející ke každé jednotlivé motivaci, vzájemně vylučují, pociťuje organismus narůstající tensi, která dosahuje různého stupně úzkosti; somatické a svalové chování je buď ambivalentní, nedostatečně adaptivní a neúčinně substitutivní (t.j. neurotické) nebo je stále více dezorganizované, regresivní a bizarně symbolické (t.j. psychotické).

Uveďme biodynamické principy terapie, které umožňují Massermanovi zapojit do hry různé techniky. Psychoterapeut má:

a/ dosáhnout toho, aby se pacientovi jeho neurotické chování přestalo jevit nutným nebo prospěšným,

b/ pomoci mu pak vyplnit vzniklou mezeru v adaptaci podpořením nových vzorků chování, které pacient přijme jako vzorky pro něj a pro společnost lepší.

K dosažení těchto cílů má terapeut :

a/ užít všech dosažitelných a eticky hodnotných prostředků, aby pomohl pacientovi k obnovení jeho zdraví a energie a tak současně zvýšil jeho schopnost vyrovnat se s prostředím,

b/ použít všeho dosažitelného sociálního vlivu, aby pomohl pacientovi odstranit současné překážky a tím omezil jeho zbytečné frustrace a konflikty,

c/ využít pacientovy úzkosti a z ní vyplývající potřeby závislosti a potřeby komunikace k tomu, aby pronikl do světa jeho přání, názorů, hodnot a činnů,

d/ pomoci pacientovi tato přání, názory, hodnoty a činy prozkoumat, zorganizovat a ovládnout tak, aby získal dostatečně uspokojivé hodnoty a vzorky chování a nepotřeboval již profesionální pomoc.

Základní principy Massermanovy koncepce a užitečný přehled vývoje dynamických směrů i dynamická terapeutická strategie a taktika jsou vyloženy v jeho monografiích *Principles of dynamic psychiatry* (1946) a *The practice of dynamic psychiatry* (1955).

223. Morenova škola

J.L. Moreno je v současné psychoterapii postavou značně svéráznou. Lze jej považovat za jednoho z hlavních zakladatelů skupinové terapie a je tvůrcem metody psychodramatu.

V letech 1910 - 1914 shromažďuje ve vídeňském parku skupiny dětí, které nechává improvizovaně hrát na různé náměty, později pokračuje v takových pokusech s prostitutkami a za války s uprchlíky. V roce 1922 otvírá jako mladý lékař ve Vídni divadlo, v němž se hraje spatra; i diváci se zapojují do hry. Zpočátku mu jde o zřetel umělecký, postupně poznává možnosti terapeutické. V roce 1925 emigruje do USA, kde svůj přístup propracovává v terapeutickou metodu psychodramatu, jež se postupně stává populární. Vytváří svůj vlastní ústav v Beaconu v New Yorku, vydává časopis *Group Psychotherapy*. S aktivitou psychodramatickou se prolíná i jeho práce sociálně psychologická, vypracovávání technik sociometrických. Skupinovou terapii považuje za překonání psychoanalýzy: znamená "vzpouru utlačené skupiny proti jedinci a vzpouru herce proti slovu".

V teorii vytváří řadu svérázných pojmů jako "tele", "sociální atom", "setkání", "sociatrie" aj., z nichž rozeberme alespoň pojem tele. Tele je vzhled, vcítění se do druhého člověka. Je kohesivní silou, která stimuluje

stabilní přátelství a trvalé vztahy. Uplatňuje se významně v terapeutickém vztahu. Je-li pacient přitahován k terapeutovi, nemusí to znamenat jen přenos ve smyslu projekce minulých zkušeností, ale i jiný druh vztahu: část pacientova ega se vciťuje do terapeuta, měří si jej, snaží se intuitivně odhadnout co je to za člověka. Je-li psychoterapeut moudrý a laskavý muž, pojme k němu pacient úctu. A tato úcta není jen přenosem, nýbrž reálným vztahem k psychoterapeutově vlastní osobnosti.

Morenovy publikace jsou málo systematické, jsou mnohohlavné a sebeoslavné, řečnická vystoupení i na kongresech (např. Jeseník 1959) teatrální a plány až megalomaničké, aspiruje na to být terapeutem celé lidské společnosti ("sociatrie" = vytvoření terapeutického světového řádu). Jím vypracované metody jsou mocným prostředkem skupinové psychoterapie v rámci dynamických škol; rozebíráme je podrobněji v oddíle o metodách.

224. Nedirektivní, "na klienta centrovaná" psychoterapie Rogersova

C. Rogers je klinický psycholog, v současné době profesor psychologie na universitě ve Winsconsinu. V jeho základních monografiích Counseling and psychotherapy (1942), Client-centered therapy (1952) a Theory of therapy (1959) lze pozorovat vývoj, změny a revize koncepcí.

Rogersův přístup je charakterizován zásadním přesvědčením, že člověk je vrozeně dobrý. Stává se protivným, egoistickým a agresivním vůči okolí v důsledku zkušeností, naučených během vývoje. Kdyby k takovému nevhodnému učení nedocházelo, zůstal by člověk přátelský a laskavý.

Klíčem k poruchám chování jsou hodnotící soudy naučené od jiných, které se dostávají do konfliktu s hodnotícími soudy, vycházejícími z vlastních senzorických, viscerálních a afektivních reakcí. Určité jednání je např. člověku samotnému příjemné, jiným osobám se nelíbí. Naučí se je tedy považovat za špatné. Např. sexuální fantazie a onanie vyvolávají v pacientovi příjemné pocity, pod vlivem soudů okolí je však považuje za špatné a sebe za špatného, pokud se jim oddává. Obě reakce jsou protikladné, výsledkem je vznik úzkosti. K ovládnutí úzkosti se pacient v uvedeném případě buď snaží vyloučit sexuální fantazie a pokud masturbuje, snaží se na to rychle zapomenout nebo vůbec masturbaci popírá, resp. dochází v jeho vědomí k určité distorsi, překroucení: neinterpretuje sexuální pocity jako sexuální pocity, nýbrž jako střevní obtíže apod.

Úkolem terapeuta je vytvořit podmínky, které umožňují, aby se pacient sám změnil, t.j. vytvořil si přiměřenější způsob sebehodnocení. Terapeut má být přátelský, pozorný chápající a sám nehodnotit, neinterpretovat. Klientovi se nabídne možnost jeho vlastního rozvoje prostřednictvím partnerské situace: terapeut zajišťuje chápající atmosféru a snaží se udržet v chodu proces vyjadřování a sebeobjasňování klienta. Rogers považuje za adaptovaného toho jedince, který si volí vlastní způsob jednání na základě vlastního pozorování a hodnocení a ne na základě toho co si myslí jiní lidé. Věřící, že existuje vrozená sebeaktualizační tendence a vrozený regulační mechanismus, t.zv. organismické hodnocení; obojí vede ke zdravým a sociálně přijatelným volbám, je-li jim ponechán vol-

1111-5361

ný průchod. Účelem terapie je tedy uvolnit cestu existujícím schopnostem. Jakmile se tak stane, proces přizpůsobení pokračuje sám i bez psychoterapie. Rogers definuje přizpůsobení spíše jako proces než jako stav. Dobře adaptovaná osobnost se stále mění, reviduje své soudy o sobě na základě nových zkušeností, využívá všech dostupných pozorování a získává uspokojení spíše z řešení nových problémů, než z toho, že by žádné problémy neměla.

V průběhu úspěšné terapie se ztrácí negativní hodnocení sebe sama a přibývá pozitivního hodnocení. Proti negativně zabarvené představě o sobě stojí u klienta obvykle ideální představa o tom, jaký by chtěl být. Nevěří však, že by takovým být skutečně mohl. Rozdíl mezi oběma představami propočítává Rogers kvantitativně pomocí tzv. Q-techniky. Klient třídí sto až stopadesát tvrzení, popisujících osobnost, a to jednak se zřetelem na současné sebehodnocení, jednak podle svého ideálu. Mezi oběma výsledky lze vypočítat korelaci. Na začátku porad bývá korelace obvykle nízká, při úspěšné psychoterapii se zvyšuje. Ztrácí se negativní hodnocení sebe sama a přibývá hodnocení pozitivního. (Hofstätter ve své kritice upozorňuje na příbuznost Rogersova způsobu myšlení s myšlením sofistů: jako u Protagora jde klient domů s vědomím, že se stal lepším, 141).

V Německu rozpracovává principy nedirektivní rogersovské psychoterapie zejména psycholog Reinhard Tausch. Tausch shrnuje základní hypotézy nedirektivní psychoterapie takto:

a/ klient má v sobě schopnost, při nejmenším latentní, pochopit ty stránky vlastní osoby a vlastního života, které způsobují jeho neuspokojení, strach nebo trápení. Klient má dále schopnost a tendenci přetvářet sama sebe i své vztahy k životu ve smyslu sebeuskutečňování a zrání tak, aby u něj vzrostlo vnitřní uspokojení,

b/ tyto schopnosti se uplatní a terapie se velmi usnadní, zajistí-li psychoterapeut psychologickou atmosféru, která je charakterizována: 1/ stálou citlivou snahou chápat city, myšlenky a projevy klienta a to tak, jak existují pro něj, bez tendence je diagnostikovat nebo měnit, 2/ stálou snahou vyjadřovat slovně před klientem něco z toho, co bylo takto intenzivně pochopeno,

c/ v takovéto akceptující, chápatící a neohrožující psychologické atmosféře se klient sám jak ve vědomých, tak v hlubších oblastech své osobnosti reorganizuje tak, že se vyrovnává se situacemi konstruktivnějším a přizpůsobivějším způsobem, což je i pro něj uspokojivější. Percepce vlastní osoby se u klienta mění tak, že si lépe rozumí a v širším měřítku sám sebe akceptuje, stává se tvořivějším, přizpůsobivějším a zralejším.

225. Škola z Palo Alto

Škola kalifornských pracovníků z Palo Alto, k nimž patří zejména J. Haley, G. Bateson, D. Jackson, J. Weakland a J. Fry, aplikovala na psychoterapii svou zajímavou koncepcí o mezilidské komunikaci.

V komunikativním chování mezi lidmi existují tři druhy vztahů, symetrický, komplementární a metakomplementární.

1/ Symetrický vztah: na obou stranách je tentýž 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 apod.

2/ Komplementární vztah: jeden dává, přikazuje, kritizuje, radí, druhý spíše přijímá, poslouchá. Osoby si nejsou rovné. V takovém vztahu je např. otec k dítěti, učitel k žákovi apod.

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

Komunikativní chování, kterým se snaží jeden z partnerů uvést stávající druh vztahů v pochybnost se nazývá "manévrem". V uvedeném příkladě provedl student symetrický manévr, asistent manévr komplementární. Takové manévry se v lidských vztazích provádějí často, zejména v těch, které nejsou plně stabilní a bývá na ně opět příslušným manévrem reagováno. 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 manévrů nebo jí k tomu nutí. 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, mímika, 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 být provázeno metakomunikací, 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 "dvojí vazbou": jedinec je uzavřen do situace, v níž druhá osoba vyjadřuje dva druhy příkazů vzájemně neslučitelných. Např. matka říká svému dítěti "pojď ke mně, drahousku", při čemž v jejím tónu je cítit nepřátelství, nebo v jejím chování lze pozorovat tělesné odtazení se od dítěte, když se dítě přibližuje. Palo altoská škola se domnívá, že takovéto opakované situace ve významných vztazích v dětství (zejména ve vztahu k matce) hrají roli v etiologii schizofrenie. Za dvojí vazbu po-

važuje Haley i situaci při uvádění do hypnózy: subjekt je žádán, aby současně něco nedělal i udělal, např. aby nechal oči otevřeny a současně je zavřel, aby nezvedal ruku a současně ji zvedl ("nechte ruku volně v klíně, vaše ruka se zvedá") apod. Východiskem pro hypnotizovaného je, že příkaz provede a současně popírá, že on jej provedl.

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 Russelovu teorii logických typů.

Pokud jde o praktickou psychoterapii, opakuje palo altoská škola ve vlastní terminologii základní téze dynamických škol. 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 nechová odlišně než 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 a 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, zatím co terapeut jim rozumí. Pacientův manévř je tak akceptován a redefinován. V nedirektivní formě terapie je pacient veden k tomu, aby se dobrovolně choval jinak, než jak se choval dosud. Je v tom opět paradox: pacient je řízen tak, že řízení je popřeno a jeho chování je vymezováno jako dobrovolné. Pacient je nucen dobrovolně se chovat jinak.

Podrobnou zprávu o přínosu školy z Palo Alto podali u nás Grof a Dytrych (57).

23. Antropologická psychoterapie

Antropologická psychoterapie si staví otázku podstaty člověka, vyrovnává se s problematikou lidského bytí a jeho smyslu, s otázkou lidského ducha, svědomí, zodpovědnosti. Jde jí o pochopení lidské existence. Těší se vzrůstajícímu zájmu v posledních letech snad zejména proto, že se zabývá dilemmaty člověka XX. století, kterého se zdají technický rozvoj i války degradovat na bezvýznamnou věc, důležitou pouze jako součást celku.

K antropologické psychoterapii řadíme jako základní směry daseinsanalýzu a existencianalýzu, které mají sice synonymní název, avšak jejichž styl myšlení i pojmová výzbroj jsou odlišné. Používání jediného možného českého překladu "existenciální analýza" by rozdíl setřelo, proto zůstáváme u používání zčeštěných názvů původních.

231. Daseinsanalýza

Daseinsanalýza je filosoficky laděný směr, vycházející z existenciální filosofie Martina Heideggera, od něž přejímá základní terminologii, a kombinující jej s fenomenologickou metodou, navazující na filosofa E. Husserla. K vedoucím osobnostem patří Ludwig Binswanger (dříve asistent Bleulerovy curyšské kliniky, nyní vedoucí sanatoria v Kreuzlingen u Bodamského jezera) a Medard Boss (mimořádný profesor na lékařské fakultě v Curychu), dále Bräutigam, Christian, Minkowski, Strauss, Storch, v USA Rolo May a další. Lze sem počítat i V.E. von Gebattel s jeho "lékařskou antropologií". Daseinsanalýza je směr, který odpovídá spekulativnímu způsobu myšlení, základní práce jsou psány těžkým květnatým slohem v rozvinutých souvětích s vymyšlením nových kombinovaných pojmů a jsou značně vzdáleny pragmatickému operacionalistickému myšlení či statistické exaktnosti moderní psychologie americké. Jde o odklon od exaktnosti a kontrolovaného experimentování k intuitivnímu chápání člověka. Přesto se však směr šíří i do Ameriky, kde se jeho přívrženci sdružují kolem časopisu Journal of Existential Psychiatry.

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 tézí o podstatě člověka: člověk je schopen uvědomovat si sám sebe i to co dělá. Je schopen činit rozhodnutí a nést za svoje jednání zodpovědnost. Je schopen si též uvědomit možnost své úplné izolace ztrátou všech významných vztahů k okolí i možnost své neexistence, smrti. S tím souvisí pocit úzkosti. Význam člověka není v tom, čím byl v minulosti, nýbrž v tom, čím je nyní a zejména ve směru jeho vývoje. Jeho vývoj má směřovat k uskutečňování, k aktualizaci jeho vrozených schopností.

V oblasti poruch chování ustupuje do pozadí úsilí klasifikační. Daseinsanalytici se vyhýbají zařazování pacientů do diagnostických příhrádek a zdůrazňují, že porucha chování může být pochopena 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 též v daseinsanalytické psychopatologické literatuře především řadu pečlivě vypracovaných kazuistických rozborů. Daseinsanalytik chce pacienta důkladně pochopit v kontextu jeho jedinečné osobnostní struktury. Není zaměřen na jeho chování, nýbrž především na jeho subjektivní zkušenost. Pokouší se k ní proniknout vcítěním. Nacházíme zde spojitost s chápající psychologií Diltheyovou. Psychopatologovi se doporučuje vžít se do pacienta, poddat se

1111-5361

dojmům, které v něm vzbuzují jeho výroky. Má hledat význam odchylek od normy jako zvláštní formy lidského bytí. Ve slovním vyjádření se daseinsanalýza ráda uchyluje k vyspekulovaným interpretacím, obrazům a metaforám, jak ukazuje Binswangerova analýza případu schizofreničky 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 podobu 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". (Citováno dle Drvoty, 54) Analýzy často vrcholí v konstatování, že v psychoze jde o zastavení vývoje v nejvlastnějších možnostech lidského bytí, o útěk před sebou samým.

V terapii hledá daseinsanalýza pro pacienta způsob existence, který je nesitelným 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 operace nejsou pečlivě plánovanými akty intelektu, spíše se využívá intuice. Cílem terapie je uvolnění pacientových drímažících 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 životního určení. Jeho povinností je, aby šel k poznanému cíli. Má naplnit své bytí, má je prožívat plně. Je položen důraz na jeho vlastní rozhodnutí, závazek, závazek sebe si uvědomujícího lidského tvora, který bere svou existenci vážně a zodpovědně.

Povšimněme si ještě daseinsanalytického postoje k otázce adaptace, jak jej formuluje Rolo May. Důležitým rysem daseinsanalytické psychoterapie, odlišujícím ji od řady jiných psychoterapeutických postupů, je protest proti obvyklému pojetí vyléčení v naší kultuře. Obvykle 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 pacient dosáhne, přijímá svět bez konfliktů, neboť nyní je svět totožný s kulturou. A ježto úzkost vzniká pouze ze svobody a z možnosti nových forem chování, pacient svou úzkost ztrácí. Může pak být zbaven i symptomů, které jej přivedly k léčbě. To znamená být vyléčen vzdáním se vlastního bytí. Daseinsanalytik je zásadně proti takovému vyléčení jako cíli terapie. Domnívá se, že velkým nebezpečím dneška je, že psychoterapeuti se stanou agenty kultury, jejímž úkolem je přizpůsobovat lidi kultuře a že se tak psychoterapie stane výrazem fragmentace, odcizení a jiných neurotických trendů našich dnů. Daseinsanalýza se domnívá, že úkolem terapie není aby se člověk přizpůsobil, nýbrž aby naplnil své bytí, aby je prožíval jako reálné, aby je prožíval plně, což v sobě zahrnuje předpoklad, aby poznal své možnosti a jednal na jejich základě.

U nás referovali o daseinsanalýze a kriticky se jí zabývali Drvota (54), Dobrý (49), v SSSR Rogovin, Morozov (174) a jiní.

232. Existencianalýza a logoterapie

Existenciální analýza, založená vídeňským neuropsychiatrem V.E. Franklem, má základní zřetel k antropologickým problémům s daseinsanalýzou společný, ale odlišuje se od ní významně celým svým stylem. Způsob podání je přístupný, popularizující a přitažlivý.

Frankl postavil vedle Freudovy "touhy po slasti" a Adlerovy "touhy po moci" jako třetí základní lidskou potřebu "touhu po smyslu". Nenaplnění této touhy po smyslu nazývá existenciální frustrací. Existenciální frustrace vzniká tehdy, když člověk pochybuje o smyslu své existence, když smysl jeho bytí se stal sporným, dosavadní smysl ztratil své odůvodnění a člověk neví co dál, nebo když pochybuje o smyslu svého života vůbec. Existenciální frustrace není sama o sobě patologická a může se za určitých okolností stát patogenní a vést k neuróze nebo k depresi se suicidálními tendencemi. Neurózu takto vzniklou nazývá Frankl neurózou noogenní (Gebattel mluví o neuróze existenciální). U ošetřovaných neurotiků na vídeňské poliklinice nachází Franklova spolupracovnice Niebauerová takovýchto neuróz 14 %, z jiných pracovišť se hlásí 12% - 21% (Langen). Zvláštní formou noogenní neurózy je "nedělní neuróza", deprese, která se objevuje, jakmile skončí běžná zaměstnanost a člověku mohou volně pronikat do vědomí myšlenky o nesmyslnosti jeho života. Frankl zdůrazňuje, že dříve chodili lidé s existenciální frustrací ke knězi, nyní chodí k psychoterapeutovi. Mezi knězem a psychoterapeutem je zásadní rozdíl v tom, že kněz jde především o spásu duše, psychoterapeutovi o duševní zdraví.

Terapeutický přístup, který se snaží o nalezení východiska z existenciální frustrace, nazývá Frankl logoterapií. Logos zde neznamená slovo, nýbrž smysl a "duchovost". Logoterapie nechce pacientovi nějaký životní smysl zvenčí implantovat, nýbrž jej chce udělat schopným jeho konkrétní a osobní smysl najít. Člověk může dát svému životu smysl uskutečňováním hodnot. Rozšiřuje proto logoterapie pacientovi především jeho obzor pro hodnoty.

Otázce hodnot věnuje Frankl značnou pozornost. Rozděluje je na hodnoty tvůrčí (např. práce), hodnoty zážitkové (poznávání, četba, studium, vnímání, umění) a hodnoty postoje. Hodnoty postoje nabývají zvláštního významu u lidí zbavených v důsledku těžkých nevléčitelných chorob možností i naděje na realizaci hodnot tvůrčích i zážitkových, u lidí odsouzených k utrpení. Chce je učinit schopnými trpět. Jde tu o hodnotu pacientova postoje k utrpení, způsob jakým je přijímá. Pacient realizuje tuto hodnotu 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 filosofická koncepce blízký vztah. Ve své dimensionální ontologii pojímá člověka ve třech dimensích, tělesné, duševní a duchové. Za základní atributy lidského bytí považuje vedle duchovosti svobodu a zodpovědnost před svědomím. Svoboda znamená jistý stupeň indeterminismu: člověk není pouze produktem dědič-

1111-5361

nosti a prostředí, je zde ještě třetí faktor, jeho vlastní rozhodování. V konečné instanci rozhoduje člověk o sobě sám. Je bytím, orientovaným k cíli a usilujícím o smysl.

Kromě kauzální terapie "noogenních neuróz" pomocí racionálního hledání konkrétního životního smyslu zahrnuje Frankl do logoterapie ještě dvě nspecifické techniky, doporučované 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 sebepozorování. Je nahrazováno odpoutáváním pozornosti, jejím zaměřováním jiným směrem.

K základním Franklovým pracím patří *Theorie und Therapie der Neurosen*, *Psychotherapie in der Praxis* a *Ärztliche Seelsorge*. U nás se zabýval Franklovou existenciální analýzou a logoterapií Kratochvíl (90).

24. Pavlovovská psychoterapie

Pavlovovská psychoterapie se opírá o základní principy Pavlova učení o fyziologii "vyšší nervové činnosti", jejímž východiskem jsou experimenty Pavlovovy školy na zvířatech, především na psech. Tyto experimentální práce ukázaly, že za určitých podmínek vznikají u pokusných zvířat poruchy chování, obdobné lidským neurózám, a že tyto experimentální neurózy lze podmíněně reflexní metodikou dále zkoumat a interpretovat je v Pavlovovskou školou vytvořených pojmech. Odtud byly poznatky samotným Pavlovem přeneseny do kliniky lidských neuróz. Základní téze pavlovovsky orientované neurózologie jsou stručně tyto:

A/ Neurózy vznikají a/ přepětím procesu excitace, b/ přepětím procesu útlumu, c/ přepětím pohyblivosti obou procesů, jejich srážkou.

Přepětí procesu excitace je vyvoláno neúnosnými zážitky, supramaximálními podněty, jako může být prožití požáru, tragická smrt milovaného člověka apod. Daviděnkov (5) upozorňuje, že se neuróza nemusí nutně rozvinout hned po těžkých zážitcích, ale někdy až teprve tehdy, když se již podmínky zlepšily a traumatizující zážitek pominul. Tak tomu bylo například se vznikem neuróz po ukončení válečné blokády Leningradu. Během vlastní traumatizující situace člověk mobilizoval všechny své vnitřní rezervy a neuróza se neprojevila.

Přepětí útlumového procesu je vyvoláváno např. požadavkem neobyčejně silně tlumit projevy citů a přání, jak tomu bylo u Pavlovem uváděné dívky, která ošetřovala na smrt nemocného otce a musela před ním předstírat, že je vše v pořádku; nebo jak je tomu u zaměstnance s dlouhotrvajícím napětím v zaměstnání při nemožnosti projevení odporu k nenáviděnému nadřízenému apod.

K přepětí pohyblivosti nervových procesů dochází zejména při náhlé změně dynamického stereotypu, t.j. při náhlých a dalekosáhlých změnách celého způsobu života.

Vzniku neurózy napomáhá oslabení odolnosti nervové soustavy somatickým onemocněním, zejména infekční nemocí, otřesem mozku apod.

B/ Neurózy se vyvíjejí v závislosti na typu vyšší nervové činnosti, který je dynamickým souborem základních vlastností nervových procesů vrozených i získaných během individuálního vývoje. Podle kritérií síly, vyrovnanosti a pohyblivosti rozlišují se základní typy cholerik, sanquinik, flegmatik a melancholik, které jsou fyziologicky pojaty temperamenty Hippokratovými. Sklon k neuróze mají krajní typy: typ slabý - melancholik a typ silný nevyrovnaný - cholerik. Při zvláště obtížných situacích mohou ovšem neurózy vznikat i u vyrovnaných typů.

C/ Pro utváření symptomů a forem neurózy má rozhodující význam specifický lidský typ vnč, daný vzájemným vztahem dvou "signálních soustav". 1. signální soustavu má člověk společnou se zvířaty, signalizuje mu skutečnost bezprostředně jako dojmy, pocity a představy. 2. signální soustava je spojena se slovem, "signálem signálů", a s lidským myšlením. Typ s převahou první signální soustavy a s převahou podkorové činnosti, tzv. typ umělecký, který je charakterizován zvýšenou přístupností dojmům, sklonem k obraznému myšlení a zvýšené emotivitě, k umělecké činnosti a k pojmání skutečnosti "bez jakéhokoliv drobení", může onemocnět histerií. Typ s převahou 2. signální soustavy, vědecký či myslitelský typ, jenž má sklon k abstraktnímu myšlení, zvýšené kritičnosti, systematickosti, filosofování, vědecké činnosti a nerozhodnosti, může onemocnět psychastenií. U středního typu s vyrovnanými signálními soustavami se za patologických okolností objeví obraz neurastenie.

D/ Neurózy lze rozdělit podle patofyziologického mechanismu na tři základní skupiny: hysterii, psychastenie a neurastenie.

Patofyziologickou podstatou hysterie je oslabení korové činnosti, zejména funkcí druhé signální soustavy. "Kůra upadá snadno do hypnotických fází pro zápornou indukci z oblasti podkorové. Jednotlivá funkční ohniska se v kůře neobvykle koncentrují, obklopí se rozsáhlou zápornou indukcí. To vše vytváří fyziologický základ jak emotivity, tak sugestibility, vlastní hysterii." (Daviděnkov)

Patofyziologickou podstatou psychastenie je patologické funkční oslabení první signální soustavy a oblastí subkortikálních, což se projevuje odtržením od skutečnosti, bezmocností v praktickém životě, chorobnou hloubavostí a nerozhodností apod.

U neurastenie se rozlišují tři stádia: V prvním stádiu dochází k oslabení vnitřního aktivního útlumu, což se projevuje neadekvátními afektivními reakcemi - neovladatelností, dráždivostí, hněvivostí. Ve druhém stádiu začíná trpět i vzrušivý proces. Mozková kůra je ve zvýšené míře reaktivní, ale rychle vyčerpatelná. Klinicky se to jeví jako stav dráždivé slabosti. Ve třetím stádiu nabývá vrchu projevy nadhraničního útlumu. Ostře snížená reaktivita dává klinický obraz celkové astenie.

E/ Vedle základních typů neuróz vyskytují se obsedantní stavy, často ale ne nutně spojené s psychastenickou neurózou. Jejich podkladem je patologická inertnost nervových procesů, při čemž jde o onemocnění "izolovaných bodů v kůře".

Pavlovovská psychoterapie prakticky využívá poznatků o tvorbě a vyhasínání podmíněných reflexů, o útlumu, irradiaci, indukci, fázových stavech a vlivu druhé signální soustavy. Popisuje praktické postupy v těchto termínech. Svjadošč mluví přímo o "podmíněně-reflexní terapii", dělí ji na neverbální a verbální. Lebedinskij formuluje úkol psychoterapie jako "působení na psychiku nemocného za účelem zregulování porušené dynamiky nervových procesů a dosažení nejvhodnějšího vztahu procesu vzruchu a útlumu; jde především o působení na druhou signální soustavu a jejím prostřednictvím pak na celý organismus pacienta". Charakteristickým je v tomto směru titul jedné ze základních monografií této školy: "Slovo jako fyziologický a léčebný činitel" (Platonov).

K základním všeobecným principům pavlovovské psychoterapie patří:

- a/ obnovení síly nervových procesů, ať už pomocí odpočinku, tréninku nebo medikamentosně podáváním bromu s kofeinem,
- b/ ochranný útlum, zejména ve formě protrahovaného spánku,
- c/ vypracovávání nových podmíněných spojů nebo utlumování starých např. pomocí persuase, cvičení nebo sugesce,
- d/ záporná indukce - zapojení nemocných do práce v kolektivu, zaujetí činností, vytváření pevných zájmů mimo oblast nemoci.

A.M. Svjadošč se hlásí na rozdíl od jiných stoupenců pavlovovské psychoterapie i k užití metod abreaktivních a mluví o nich v pavlovovské terminologii jako o "likvidaci ohniska patologického inertního podráždění pomocí vybití jeho energie" a o "spojení celkového útlumu se speciálním stavem chorého bodu" (např. při narkoanalýze).

S přístupem fyziologickým prolíná se i pedagogicko-ideologický aspekt výchovy nového člověka. V současné době se v pavlovovské psychoterapii rysují čtyři základní metodické přístupy:

1/ Především se pacientovi vysvětlují příčiny vzniku jeho funkčních potíží v pavlovovských pojmech ve shodě s výše uvedeným souhrnem pavlovovské neurologie. Jde tu o racionální klarifikační psychoterapii.

2/ Mezi nejdůležitější postupy pavlovovské psychoterapie patří psychoterapie sugestivní, především intenzivní užití hypnózy, chápáné jako parciální spánek, jako útlum šířící se po mozkových hemisférách, ale vynechávající strážné body, přes něž se může uskutečňovat cílené působení na určité okresy mozkové kůry. Hypnózy je užíváno k podpoře ochranného útlumu, zvýšené vnímavosti v hypnotických fázových stavech vůči slovům psychoterapeuta je využíváno k přímému odstraňování symptomů. V rámci pavlovovské psychoterapie došlo k významnému rozvoji hypnózy jako psychoterapeutické metody. Zejména se o to zasloužili Platonov, Birman, Bul, Lebedinský a jiní.

3/ Významným pojmem v pavlovovské psychoterapii je pojem "trénírovky", tréninku. Chápe se buď přímo fyziologicky jako trénink korových procesů nebo spíše pedagogicky jako nácvik správných reakcí při zdůraznění stimulujícího významu aktivity pacienta.

4/ Konečně jde v psychoterapii o převýchovu osobnosti. V tomto směru mají základní význam práce V.M. Mjašiščeva z Bechtěrevova leningradského neuropatologického ústavu. Mjašiščev chápe osobnost jako systém vztahů. Vztah je aktivně zvolený svazek jedince s jeho zevním prostředím. Zahrnuje spojení se skutečností předmětnou od základních reflexních a pudových reakcí přes sociální vztahy až k vyšší ideologické determinaci lidského chování, jako jsou názory a přesvědčení. (97, 98, 170, srv. Hausner 65). Základním úkolem psychoterapie je rekonstrukce vztahů. V tom spočívá převýchova osobnosti.

Do pojetí převýchovy zasahují vedle fyziologického aspektu i ideologické aspekty a požadavky na charakterové vlastnosti komunistického člověka. Je postulován požadavek převychovat neurotickou osobnost v duchu kolektivismu (Slobodjannik), je položen důraz na cílevědomost, uvědomělost člověka směřujícího k nadosobním cílům budování komunistické společnosti, je akcentováno překonávání obtíží silou vůle. Lebedinským je podtržen význam perspektiv, spojení osobní motivace s povinnostmi vůči společnosti, rodině a sobě. Je doporučováno opřít převýchovný postup o zkušenosti sovětského pedagoga Makarenka, zejména o jeho "systém perspektivních linií".

Sovětská pavlovovská psychoterapie představuje významnou školu s jednotnou teorií, v níž se prolíná terminologie fyziologie vyšší nervové činnosti s koncepcí společensko-historické determinovanosti lidské psychiky. Z metod široce rozvinula zejména užití hypnózy. Byla velmi účinná a uzavřená vůči jiným psychotherapeutickým směrům; zejména po historických "pavlovovských zasedáních" Akademii v SSSR v roce 1950 až do prosazení se kritiky dogmatismu v letech šedesátých (srv. V.V. Parin: Autorita faktů, 1962) byla v socialistických zemích jediným oficiálně povoleným směrem a považovala citaci Pavlova za poslední argument v jakékoliv diskusi. Nyní jsou v pohybu tendence srovnávací i syntetické.

K reprezentativním současným psychotherapeutickým monografiím pavlovovského směru patří práce Platonova, Svjatošče, Daviděnkova, Lebedinského, Mjašiščeva, Konstoruma a Slobodjannika. Z významných publikačně činných stoupenců pavlovovské psychoterapie mimo SSSR lze uvést v NDR D. Müllera-Hegemanna (176), v Maďarsku svérázného F.A. Völgyesiho (195), u nás reprezentovali tuto koncepci I. Horvai, C. Michalová, J. Hrbek, M. Morávek a jiní. Zásvěcený přehled sovětských psychotherapeutických prací podal M. Hausner (65).

25. Behaviorální psychoterapie

Přiměřené české označení tohoto směru činí potíže. Anglický technický termín "behavior therapy" znamená terapii chování, což v češtině zní mnohoznačně. Směr je založen na psychologických teoriích učení, nejpřesněji tedy vystihuje jeho podstatu název "psychoterapie vycházející z teorie učení", nebo zkráceně "psychoterapie učení". Oba názvy jsou však stylisticky neobratné. Vhodné adjektivum vytvořil u nás Kondáš (psychoterapie discentní), rezervoval si je však pro svůj vlastní přístup v rámci této teorie. Budeme proto v textu používat zčeštěného anglického termínu terapie behaviorální.

Behaviorální terapie získala podnět ke svému rozvoji v experimentální psychologii, zabývající se studiem procesů učení a je v podstatě pokusem aplikovat

1111-5361

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. Odmítá striktně spekulaci a filozofování, staví na pozorovatelných a registrovatelných datech a jejich statistickém hodnocení. I když pracuje s jinou terminologií, má mnoho styčných bodů s psychoterapií pavlovovskou.

Hlavní koncepce, která spojuje sem zahrnuté různé přístupy, je 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. Zatím co v antropologické psychoterapii jsme viděli, jak techniky zcela ustupují do pozadí, je zde důraz vysloven na technikách: je nutno najít přiměřenou nacvičovací nebo přecvičovací techniku, která příznak odstraní nebo chybějící reakci doplní. Vyléčení z neurozy nezpůsobuje primárně změna v myšlení, nýbrž přímá změna v jednání. Učení nebo odnaučování probíhá automaticky, uspořádá-li terapeut vhodné podmínky. Pojmy jako náhled, nevědomé procesy, symbolické reakce apod. se zde stávají zcela bezpředmětnými.

K vůdčím osobnostem tohoto směru patří především anglický klinický psycholog H.J. Eysenck, vedoucí psychiatrického ústavu v londýnské nemocnici Maudsley a jeho spolupracovníci, zejména S. Razran. Řada jejich prací je shrnuta v Eysenckem redigované knize Behavior therapy and the neuroses (1960). V Americe je nejvýznamnějším reprezentantem tohoto směru Joseph Wolpe, narozený roku 1915 v Jižní Africe, nyní profesor university ve Virginii, který shrnul svou teorii v monografii Psychotherapy by reciprocal inhibition (1958). Od roku 1963 je mezinárodní platformou tohoto směru časopis Behavior Research and Therapy.

Wolpe definoval neurotické chování jako "přetrvávající návyk neadaptivního chování, získaného učením u fyziologicky normálního organismu". Zásadní význam je připisován 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 vzorky chování, které jsou z nějakého důvodu neadaptivní. Někdy jsou neurotické symptomy výsledkem naučení se neadaptivní reakci, jindy jsou znakem deficitním, t.j. 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 Thorndikeových, Guthrieho, Mowrera, Spence, Dunlapa aj.

Za klasické jsou ve vztahu k terapii učení považovány dva pokusy. Prvním je pokus Watsona a Raynerové (1920) s jedenáctiměsíčním Albertem. Kdykoliv se Albert přiblížil k bílé myšce, která byla do té doby neutrálním objektem, ozval se děsivý hluk. Po pěti pokusech projevoval Albert v přítomnosti bílé myšky známky strachu. Strach se postupně generalizoval i na objekty podobné, jako na bílé králíky, bílou vlnu aj. Druhým je experiment M. Jonesové (1924): pokusila

1111-5361

se léčit tříletého Petra, u kterého vznikla v přirozeném prostředí analogická fobie z bílých myší, králíků a vlněných předmětů, jako byla experimentálně vypracována u Alberta. Do Petrovy blízkosti byla postupně dávana bílá myška v době, kdy si hrál s dětmi, které se nebály, nebo v době, kdy si pochutnával na jídle. Strach byl přítomností kladných reakcí postupně eliminován, fobická reakce na spatření bílé myši byla odpodmiňována.

Wolpe vypracoval na základě studia materiálů z výzkumů školy Pavlovovy, na základě koncepce Hullovoy a vlastních pokusů na kočkách teorii o reciproční inhibici jako výkladovou teorii psychoterapeutických účinků. Neurotické chování je získáno v situacích, vyvolávajících úzkost. Úspěšná terapie závisí na reciproční inhibici neurotických úzkostných reakcí. Jde o potlačení nebo utlumení úzkostných reakcí v důsledku současného vyvolání jiných reakcí, které mají po stránce fyziologické k úzkosti antagonistický poměr. Jsou s ní neslučitelné. Je-li reakce neslučitelná s úzkostí vyvolána současně s podnětem, který dosud vyvolával úzkost, podmíněné spojení mezi tímto podnětem a úzkostí se oslabí.

Za takové vůči úzkosti antagonistické reakce se považuje např. jídlo (viz příklad Jonesové), reakce sebeprosazení, reakce sexuální a stav relaxace. Reakcí sebeprosazení je reakce, kdy člověk plně projeví své emoce. Např. terapeut hraje osobu, z níž má pacient strach, a pacient je opakovaně cvičen, aby se vůči němu prosadil, aby projevil agresivitu. Tím se naučí reagovat sebejistě i ve společnosti. Kritické osoby pro něj přestávají být anxiogenními podněty. Podobně se protívahou úzkosti u sexuálních neurotiků může stát intenzita sexuální potřeby: k pokusům o sexuální sblížení má docházet jen potud, pokud sexuální potřeba převládne nad úzkostí. Nejúčinnějším podnětem v odstraňování úzkosti se ukázala být svalová relaxace: situace původně vyvolávající úzkost resp. představa takové situace je spojována s relaxovaným stavem; tím její úzkostný akcent mizí a pacient se vůči ní desenzibilizuje (viz metoda systematické desenzibilizace).

Významná je dále aplikace Skinnerových výsledků s instrumentálním (operačním) podmiňováním. Na rozdíl od "klasického" podmiňování Pavlovova, kdy podmíněný podnět (např. zvonek) je pasivně spojován s podáním potravy, až sám začne vyvolávat slinění, je při instrumentálním podmiňování posílení potravou vázáno na určitou aktivní manipulaci, operaci s instrumentem: např. potrava vypadne teprve tehdy, když pokusný subjekt aktivně stiskne určitou páčku. Posílení reakce je tedy závislé na uskutečnění reakce samé, posílení nenastane, když k reakci (stisknutí páčky) nedojde. Subjekt hraje v procesu učení při instrumentálním podmiňování aktivní roli. Toho je prakticky využito v behaviorální terapii v technice selektivního posílení: odměňuje se objevení určité žádoucí reakce a neodměňuje se nežádoucí reakce. Zajímavé je experimentální zjištění, že posílení je daleko účinnější, je-li prováděno nepravidelně.

V behaviorální terapii byly rovněž aplikovány poznatky z pokusů, využívajících nepříjemných podnětů, "trestu". Nežádoucí reakce jsou spojovány s nepříjemným podnětem jako je elektrická rána nebo vyvolání zvracení, až vznikne tendence se jím vyhnout. Také nahromadění opakování určité reakce bez posílení může vést

postupně k jejímu vyhasínání; tak např. úmyslného opakování tikového pohybu, kóktání a j. lze využít k léčení (metoda negativního nácviku).

Behaviorální terapeuti zdůrazňují, že jejich teorie i praxe je postavena na tézích, které je možno experimentálně ověřovat. Samotný terapeutický proces i výsledky jsou velmi dobře přístupné měření a kvantifikaci. Řada behaviorálních terapeutů formuluje velmi ostře kritiku psychoanalýzy a směrů z ní čerpajících: psychoanalýza je založena na teorii pouze spekulativně vyvozené z klinických pozorování a domněnku psychoanalytiků, že pomocí svých koncepcí "vysvětlují" určité chování, nelze považovat za důkaz, že tomu tak skutečně je. Psychoanalytici, konfrontováni s námitkami, opakují bez vědeckého důkazu svá tvrzení a chovají se jakoby měli "vyšší pravdu", kterou nemůže nic otřást; jejich postoj má charakter náboženské víry a ne vědeckého přístupu.

Behaviorální terapii je naopak vytýkáno, že se snaží vypořádat se pouze se symptomy nemoci a nechává nedotčeny základní příčiny; úspěchy takové terapie mohou být nanejvýš dočasné a problematické. Při trvání příčiny je jeden odstraněný symptom nahrazován 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 statistická data svědčí pro úspěšnost takového přístupu. Wolpe uvádí v literatuře jedinečnou statistiku: 90 % vyléčených nebo výrazně zlepšených. Výsledky jsou dostatečně trvalé, i když ani pacient, ani terapeut nevědí, co bylo základní příčinou nemoci a někdy přílišný zájem o "příčiny" spíše zdržuje terapeutický proces. V řadě případů dynamickou psychoterapií předpokládané "hluboké vnitřní příčiny" vůbec neexistují a pokud jsou, přestávají být během terapie významné. Symptom vytváří s úzkostí bludný kruh, vyléčením symptomů se bludný kruh přerušuje. Proto je symptomatická léčba specifická, zaměřená na rozhodující moment patogenních mechanismů. (Wolpe).

U nás podali podrobný přehled o teoretických východiscích a technikách behaviorální terapie Haškovec a Drvota (62) a Kondáš (25, 77).

26. Eklecticismus, syntéza a integrace

Po předložení tézí i ukázek způsobů myšlení reprezentativních příslušníků současných psychoterapeutických směrů, který byl podán se snahou o zachování objektivnosti, zůstává otevřenou otázkou volby. Lze ji v zásadě řešit dvojím způsobem:

1/ Prvním řešením je plný příklon k některému ze stávajících směrů, osvojení si jeho terminologie a způsobů myšlení a interpretování konkrétních osobností a poruch v jeho pojmech, praktické používání jeho metod. Přidržování se tézí významného učitele či směru, který má v očích svého žáka či příslušníka velkou autoritu, má významné výhody. Uspokojuje potřebu opory a bezpečí, dává jistotu ve výkladu i polemice, umožňuje pohotově zaujmout stanovisko ke každému novému "ve světle učení", k němuž se člověk hlásí.

Volba může být ve vztahu k subjektu náhodná nebo záměrná. Student může volit příslušný směr pouze proto, že tento směr je nejvlivnějším nebo vládnoucím v prostředí, ve kterém se školí, a záměrná volba zde vůbec nepřipadá v úvahu. Jindy je volba možná, ale student je nucen volit, aniž zná šířeji problematiku: např. ve Švýcarsku se studentům psychologie a medicíny nepřednáší přehled teorií a metod psychoterapie: chtějí-li se zabývat psychoterapií, musejí se soukromě vyškolit u některé z existujících společností (např. freudovské, jungovské, szondiowské, daseinsanalytické) a prodělat u jejího představitele dlouhodobou a drahou cvičnou analýzu. Stávají se pak obvykle na delší dobu exponenty příslušné teorie. Podobně u samouků bývá jejich zaměření nezřídka dáno tím, jaká literatura se jim nejdříve dostala do ruky nebo s jakým materiálem v době vytváření svých odborných názorů nejdříve prakticky pracovali.

Druhou možností je volba záměrná, kdy se student nejprve nezaujatě seznámí se základy učení významných směrů a pak podle vlastního přesvědčení a ve shodě s vlastní osobností volí ten, který je mu nejbližší.

2/ Druhým řešením je odmítnutí příklonu k určité škole a vybírání si z různých systémů podle vlastní chuti nebo též pokus o vlastní syntézu či integraci.

Za eklektický považujeme ten přístup, kdy si autor z jednotlivých systémů vybírá co se mu líbí či hodí a co si vzájemně neodporuje. Syntetický přístup se pokouší o skloubení, spojení určitých různých přístupů v určitý celek. Konečně integrativní přístup se pokouší spojit jednotlivé směry v celek vyššího řádu, dává jim roli jednotlivých elementů v celku, mají své místo pod vedením nadřazené sjednocující koncepce.

Přes existenci a stálý rozvoj čistých škol je vidět jejich silné vzájemné ovlivňování. Eklekticismus byl v praxi vždy běžný. Zejména v posledních desítilétích jsou však patrné výrazné tendence k syntéze a integraci. Předpoklady pro to se vytvářejí jednak tím, že se do sborníků i na konference a sjezdy zařazují vedle sebe autentické výklady různě orientovaných autorů (viz např. M.I. Stein, Contemporary Psychoterapies, Stern, Die Psychotherapie der Gegenwart, ročenka Progress in Psychotherapy, Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, sborníky každoročních psychoterapeutických týdnů v Lindau, materiály mezinárodních psychoterapeutických kongresů apod.), jednak i tím, což je zvláště cenné, že se různé směry porovnávají a hledají se jejich společné i odchylné rysy za použití jednotné terminologie (např. Ford a Urban v Systems of Psychotherapy), čímž vysvítá sémantická povaha některých sporů.

V pokusech o syntézu se nejčastěji setkáme se spojováním dvou významných směrů. Známe řadu pokusů o spojení Pavlova s Freudem, Dollard a Miller (Personality and Psychotherapy) spojují dynamickou koncepci s behaviorální, Wolf se pokouší o integraci obojího s přibráním principů pavlovovsko-bechtěrevských.

Syntetickou nazývá svou psychoterapii Wolfgang Kretschmer (188). Nejde však o syntézu v našem smyslu, nýbrž o duchovědně laděný přístup, kterému jde o syntetizování sil, existujících v pacientovi. Akcentuje jeho tvůrčí schopnosti, doporučuje využívat umění a idealistickou filosofii a pěstovat intenzivní sebepoznání a vůli.

V pokusech o širší syntézu více směrů bývá obvykle zdůrazněna jedna koncepce na úkor ostatních podle osobního zaměření či absolvovaného studia příslušných psychoterapeutů. Je to patrné i v dílech jejichž autoři nebo vydavatelé si sjednocení poznatků v oblasti psychoterapie programově dávají za cíl. Ve Sternově příručce (1958) převládá ladění psychoanalytické, v pětisvazkovém handbuchi neurologie a psychoterapie (1958 - 1960), vydaném pod redakcí V.E. Frankla, V.E. Gebssattela a J.H. Schultze, duchovědně orientovaný přístup německý, v pěti vyšších svazcích amerických psychoterapeutických progresů (1950 - 1958) pod redakcí Fromm-Reichmannové a Morena s Massermanem přístup dynamický.

Uspokojivá integrace je zatím otázkou dalšího vývoje.

Na závěr kapitoly o psychoterapeutických směrech nutno znovu opakovat, že situace v teorii psychoterapie je dosud neuspokojivá. Pro začínajícího psychoterapeuta je v této situaci jednou z možností aktivní připojení se k některému z významných směrů. Radili bychom však v takovém případě přijímat jej spíše jako pracovní hypotézu než jako dogmatickou víru a být maximálně tolerantní k pracovním hypotézám jiných. Poměrně snadno se lze postavit na stanovisko eklektické a nezávisle si vybírat co se zdá souhlasit s přibývajícimi vlastními praktickými zkušenostmi. Syntetizovat nebo integrovat všechny významné základní směry, které, jak se zatím zdá, mají oprávnění i ke své samostatné existenci, lze zatím velmi těžko. Dosud nedozrálá situace k vytvoření jednotného obecně použitelného a závazného systému, který by integroval vše pozitivní, co jednotlivé vyhraněné směry přinesly. Vždy musí být něco opomenuto, ignorováno pro existující logickou neslučitelnost. Jistě pozoruhodná je v této souvislosti myšlenka Ehrenwaldova, že zdánlivě neslučitelné a přesto se osvědčující prvky některých teorií bude možno časem integrovat pomocí nějaké psychologické "teorie komplementarity", podobně jako to ve fyzice umožnil Niels - Bohrův princip komplementarity pro vlnovou a korpuskulární teorii světla, současně se vzájemně vylučující a současně pravdivé.

V pokusech o syntézu se nejčastěji setkáváme se spojováním dvou významných směrů. Známé jsou pokusy o spojení Pavlova s Freudem, Dollard a Miller (Personality and Psychotherapy) spojují dynamickou koncepci s behaviorální, Wolf se pokouší o integraci obou s přírodním principem pavlovovsko-behavioristických.

Syntetickou nazývá svou psychoterapii Wolfgang Kretschmer (1958). Každé však o syntézu v našem smyslu, tj. o duchovní integraci, kterému jde o syntetizování, existující v psychoterapii, kladou jako první podmínku, doporučuje vyvíjet vlastní a ideologickou filosofii a přetvořit intuitivní sebepoznání a vůli.

3. METODY PSYCHOTERAPIE

Metody psychoterapie rozdělujeme podle principů, ze kterých vycházejí, a podle účinných faktorů, na kterých stavějí, na metody racionální, sugestivní, abreaktivní, tréninkové, psychoanalytické a interpersonálně korektivní.

31. Psychoterapie racionální

Racionální psychoterapie se obrací k logickému 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, souvislostí psychosomatických a výklad zásad duševní hygieny,
- 2/ persuade: k výkladu je připojen faktor 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 ve všech případech důkladný rozbor anamnézy, který sice bývá řazen k postupům diagnostickým, je však současně již významným činitelem psychoterapeutickým. Pacient především snáze akceptuje výklad terapeutův, 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 spočívat spíše ve způsobu a sledu kladení otázek. Pacient si již při vlastním vyprávění inventarizuje svoje myšlenky a životní zkušenosti. Jisté souvislosti vyplývají samy sebou a lze někdy očekávat, že k logickým závěrům a plánům dojde sám.

Přímá explikace staví před pacienta souvislosti buď v obecné formě nebo na jeho konkrétním případě a nechává jej, aby si věci promyslel. Persuase, historicky spojená se jménem P. Duboise, který proti tehdejší nadvládě hypnosugestivní terapie razil požadavek apelu na rozum, znamená postup výrazně direktivní. Se strany terapeuta je vyvíjena plánovitá aktivita v tom směru, aby pacient jeho závěry akceptoval. Další formy zapojují k logickému myšlení více i emotivitu, psychagogika, ražená zejména A. Kronfeldem, i některé prvky učení, společné psychoterapii a výchově.

Metody racionální psychoterapie používají v adjuvantní psychoterapii prakticky všichni psychoterapeuti a většina též alespoň v iniciálním stádiu psychoterapie systematické. Je vhodnou přípravou k některým speciálním technikám (autogenní trénink, hypnóza, abreakce), někteří na ní staví i celou systematickou psychoterapii. Základem jsou metodické rozhovory v bdělém stavu, výhodnou pomocí jsou všechny prostředky, kterých používá výuka a osvěta a které vedou k lepšímu pochopení

pení, akceptování a zapamatování informací, tedy: příklady, názorné pomůcky, obrazy, schemata, diapositivy, filmy, 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, jedná-li se např. o alkoholismus, psychózu nebo neurózu.

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 i, že se mu nevěří, že je podezříván ze simulace, při čemž své potíže reálně pociťuje. Bývá odkazován k tomu, 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 dokonce iatrogenisován podezřeními na vážné choroby, infarkt, rakovinu apod., které před ním bylo vysloveno, a dožaduje se nezřídka spíše medikamentosní nebo jiné somatické terapie, šetření a odpočinku, event. po delším trvání 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 (zapiše 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. Stavby jsou pro něj 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 nespraví, pacient není schopen o své chorobě uvažovat a nelze ho obvykle logickým výkladem přivést k náhledu chorobnosti. Výklad a persuaše se zde musí omezit na vyložení požadavků léčebného režimu oddělení. Ve fázi odeznívání onemocnění po aktivní léčbě se však skutečnost prodělané duševní choroby stává významným psychickým faktorem v životě člověka a nabývá zde zvláštní váhy potřeba vhodně zaměřeným vysvětlením utvářet jeho postoj k nim.

U psychopatů, alkoholiků a sexuálních aberací má znalost vlastní poruchy a jejích příčin a důsledků závažný význam. U alkoholiků se současně očekává, že vědomosti o škodách, které alkohol v organismu i v psychice způsobuje, budou součástí odstrašujícího účinku celé terapie.

Uvedeme nyní podrobněji relevantní tematiku, která může tvořit náplň racionální psychoterapie v individuální i kolektivní nebo kombinované formě.

311. Výklad podstaty a příčin onemocnění

Neurotika, který přichází do léčení, především zajímá, co mu vlastně je. Má nezřídka 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 v sobě obsahuje pozitivní ujištění, že není poškozen orgán a že tedy porucha je reversibilní a současně ujištění, že funkční symptom je reálnou a skutečnou obtíží, 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 "nezbláznili",

3/ charakteristické příznaky některých neuróz; lze popsat např. projevy dráždivé slabosti, přecitlivělost 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. Plastické líčení neurotické symptomatologie se v kolektivu neurotiků vždy setká se značným ohlasem. Pacient pociťuje vždy 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, která prožívala své úzkostné záchvaty s přesvědčením o nadcházející vlastní smrti, vidí, že takovýto komplex příznaků se vyskytuje u řady lidí a nepředstavuje vůbec život ohrožující záležitost. 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 na sebe vztahovat a obohacovat jimi svoji symptomatologii a pro některé se takový výklad může stávat návodem jak přesvědčivě prezentovat příznaky, chtějí-li dosáhnout prodloužení léčby či jiných výhod. Výhodné ovšem může být vylíčit některé hysterické rysy chování, které se budou zmírňovat, zjistí-li pacient, že po přednášce by mohl být posuzován kolektivem jako hysterik.

4/ Princip psychogenese, vliv emocí na psychické a somatické procesy. Lze uvádět příklady fyziologických změn při prožívání strachu v době reálného ohrožení (změny pulsu, TK, dechu, pocení, funkce trávicího traktu), vlivu citů kladných a záporných, vlivu citů záporných, opakujících se chronicky, lze poukázat na možnost fixace fyziologických změn, na vystižení psychogenezy v lidové moudrosti (rčení: "co máš na srdci", "leží mi v žaludku", "bolí mě z něho hlava", "spadl mi kámen se srdce"). Je výhodné probrat s inteligentními pacienty i některé neurofyziologické mechanismy, základní problematiku podmíněných spojů a otázky patologické fixace některých reakcí.

5/ Příčiny uplatňující se ve vzniku neuróz: a/ oslabení CNS - vliv exhausce, prodělaných organických onemocnění a 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 sa-

mé - jednak neurosomatická konstituce, mající za následek větší nebo menší odolnost vůči negativním vlivům, jednak osobnostní rysy, uplatňující se v psychologické adaptaci nebo jako zdroj konfliktů s okolím (např. hysterické rysy, explosivita a podezíravost 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 medikamentosní terapie, poukázat na význam rozboru životní historie a osobnosti, aby byly nalezeny neurotizující faktory v prostředí i rysy v osobě samé, které neurózu udržují. Je možno pohovořit o významu abreakce, autogenního tréninku, hypnózy, psychodramatu apod., pokud bude těchto metod u jednotlivých pacientů použito.

312. Výklad zásad 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, c/ jednání s lidmi.

3121. 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 všechny současné okolnosti jsou příznivé, ale kdy před člověkem je nejistá nebo ohrožující budoucnost (např. vedoucí prodejny s dosud neodhaleným mankem). Lze využít Marenkova "systému perspektivních linií": podnětem života dneška je zítřejší radost. 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, ztráta ideálů apod.). Je výhodná skupinová diskuse s hledáním hodnot: předložit případ několika lidí, kteří se pokusili o sebevraždu pro ztrátu svého životního smyslu (žena v domácnosti, již se utopily dvě děti v rozvodněné Dyji, muž, který byl pro určitý přestupek zbaven svého vedoucího postavení a přerazen na bezvýznamné místo) a žádat skupinu o hledání hodnot, které by takovým lidem mohly ztracené hodnoty nahradit. Jako řešení se obecně více osvědčuje eticky hodnotnější hledání toho "jak být dále užitečný" než toho "jak se mít dobře" (srv. Kratochvíl 90).

Do této oblasti patří dále 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 adaptace 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 od tchyně v době bytové krise). Pro lidi opakovaně ohrožované neurózou může být výhodná výcho-

va ke stoickému postoji, jak je podán např. v Epiktetově Rukověti mravních naučení: rozlišování věcí "vlastních", na které může mít člověk vliv a věcí "cizích", na které za daných okolností vliv mít nemůže (např. zda mu bude o závodní dovolené přšet). Člověk pak se má naučit naprosté lhostejnosti a nevzrušenosti "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, hodnoty, kterým stojí za to sloužit i za tu cenu, že bude člověk neurotizován, musíme pojem adaptace jako konečného cíle podrobit revisi. Kdybychom vedli člověka k tomu, aby se společensky adaptoval i za cenu vzdání se svého přesvědčení, zpovrchnění vlastní umělecké tvorby nebo resignování 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 dojistě míry oboustranný. Vede-li vnitřní veselost k úsměvu a smíchu, může naopak vědomě vůlí navozený úsměv a sthenický 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 ji vidí jako černou s nějakými bílými flíčky. Jiný ji vidí v zásadě jako bílou; místy se pochopitelně vyskytnou i části začerněné.

3122. Zásady životosprávy

Zde jenom v heslech vyjmenujeme každému psychologovi i 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 sthenizující vliv, organizace práce. Problém kouření, pití alkoholu, černé kávy, dopingu, návyku na léky.

3123. Zásady jednání s lidmi

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

Probíráme otázky motivace lidského jednání. Učíme základnímu praktickému lidoznalství, 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. Probíráme situace, v nichž dochází k závažným konfliktům: jednání s rodiči, dětmi, s vedoucími, s podřízenými, s erotickými a manželskými partnery.

Manželství je žádoucí věnovat samostatnou pozornost a to zejména problémům manželského zevšednění, rozporu snu a skutečnosti, generačním problémům, žárlivosti, nevěře i sexuologickým tématům, týkajícím se frigidity, chybění 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 nezdědka potíže a je už i z hlediska prevence neuróz u dětí, v neurotickém prostředí zvlášť neurotizací ohrožených, žádoucí rodiče důkladně o mentálně hygienických zásadách jednání s dětmi informovat.

Jako názorných pomůcek lze použít k problematice životasprávy filmu "Aktivní odpočinek po práci" a publikace F. Engelsmanna: "Hygiena a organizace duševní práce". K problematice jednání s lidmi lze využít filmů "O lidech a tramvajích", "Kdo je tím vinen", k problémům prevence neuróz u dětí filmů "Děti strachu", "Co si o nás myslí", "Děti bez lásky", "Ulička zlých dětí", "Pod červenými střechami" a "Hrdinové, na které nezbyl čas". K manželským problémům můžeme doporučit literaturu: I. Hirschler "Na cestu za šťastným manželstvím", R. Neubert: "Nová kniha o manželství", J. Knoblochová "Manželství a ty", Nedoma, Konečný, Dráč "Tři úvahy o manželství a rodičovství", pro dospívající pak zejména Hofmann - Klemm "Upřímné slovo" a Bartákov "Čtení před manželstvím". Výchovy neurotických dětí se týká práce L. Mička "Nervózní děti a mládež ve škole". Příručku, která by obsahovala populární zásady mentální hygieny v oblasti jednání s lidmi dosud nemáme. Vůči starším pracím typu D. Carnegieho Umění jednat s lidmi a B. Dobrovolného Jak jednat s lidmi a získávat přátele jsou příliš závažné výhrady (srv. Irena Dubská Objevování Ameriky).

K souhrnným pracím, z nichž lze čerpat podněty pro výklady o duševní hygieně, patří kolektivní práce "Duševní hygiena" pod redakcí J. Doležala (pro samotné pacienty málo čtivá), nověji slovenská "Duševná hygiena" od Bartka a zejména populární "Životy vypravují" od manželů Škodových.

313. Výklad postupu vůči symptomům

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, pacient, u kterého se v kritické chvíli, kdy má dojít k imisi penisu dostaví ochabnutí erekce, bude v takových situacích vždy znovu nutkavě pozorovat, zda je vše v pořádku, zda se příznak nezačíná již objevovat. Tato obava i sebezpozorování pochopitelně porušuje přirozený průběh normálních reakcí a chorobný příznak se pak objevuje jako výsledek obav.

1111-5361

Dereflexe podle V. Frankla znamená požadavek odstranit nežádoucí reflexi, t.j. odstranit uvažování o příslušném symptomu nebo o patologické situaci a jejich ignorování. 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 taková myšlenka ani nenapadla. Sebezpozorování či pozorování příznaku je nutno nahradit jiným zaměřením, v případě alchymistově 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 na nějakou práci nebo ideu nebo osobu.

Podobně při nespavosti narušuje často usnutí obava, že člověk neusne, strach z následků nevyspaní nebo zlost, že se usnutí nedaří. Úsilí usnout bývá málo platné a doporučuje se spíše vyvolávat si poměr lhostejnosti vůči usnutí, paralyzovat obavy myšlenkou, že k účinnému odpočinku stačí i prostě 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 existencinální frustrace, ale i prostě proto, že se na práci musí soustředit a tím se její pozornost přesune od bolavého místa. Jde tedy při dereflexi o obrácení pozornosti jiným směrem. Z pavlovovského hlediska jde prostě o vytvoření nové dominanty, která negativní indukci tlumí podráždění oblastí jiných.

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 změní jeho postoj k příznaku a umožní mu to, aby se od vlastní neurózy distancoval; uplatní se zde humor, ironizace, možnost "vysmát se strachu do obličeje". Kromě Frankla a jeho žáků Polaka a Niebauerové referuje o pozitivních účincích této techniky u fobických a nutkavých neuróz O. Gerz z Connecticutu. 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 "ukázat jedenkrát lidem pořádně, jaký jsem vynikající třesač", u pacienta, který měl podivnou obavu, že by mohl na veřejnosti podlehnout nutkání dotknout se genitálií nějakého muže "využít každé příležitosti na ulici, v restauraci a v dopravních prostředcích k chytání přítomných mužů za penis".

Velmi častá je u neurotiků, zejména neurasteniků stížnost na zhoršování paměti. Je na místě ujištění, že se v podstatě nejedná o skutečnou poruchu paměti, nýbrž spíše o neurotické poruchy koncentrace pozornosti, kdy člověk snadno zapomíná kam co dal, co chtěl právě udělat, nemůže pohotově vybavit odkud nějakého člověka zná, ale vědomosti do paměti vstřípené podržuje správně. Úsilí

1111-5361

o vybavení určité věci obvykle vybavení blokuje, ale později se věc vybaví sama. Doporučuje se zavedení příručního kalendářku, do kterého 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 nedošlo místo k terapeutickému působení ke škodlivé iatrogenizaci. Je výhodnější, když explikace zůstává na obecnější úrovni a aplikaci na vlastní případ provádí pacient sám. Konkrétní interpretace vlastního pacientova případu je možná až po důkladné znalosti souvislostí a je nutno se vyhnout předčasným a nesprávným výkladům ("to máte z přepracování!") nebo komentáře (mladý lékař se při vyšetřování depresivního pacienta zeptal na věk jeho manželky a když pacient neochotně uvedl, že manželka je o 15 roků starší, nezdržel se lékař podivu: "Človče, co jste to udělal!"; později se však ukázalo, že pacient je v manželství zcela spokojen a kořen obtíží leží jinde). Rovněž dávání přímých autoritativních rad typu "ožeňte se", "rozveďte se", "adoptujte dítě" atd. není zásadně žádoucí, i když mohou existovat z tohoto pravidla výjimky.

Müller - Hegemann (NDR) hovoří v souvislosti s racionální psychoterapií o "metodických rozhovorech", které rozděluje na úvodní, pokračovací a psychagogické. Zdůrazňuje v nich především aspekty převzaté z Pavlova učení, používá barevných tabulí s nákresem vzniku podmíněných patologických reflexů. V psychagogických rozhovorech se vedle explikace podílí i přímé autoritativní vedení (cituje Kronfeldův případ odstranění potíží u chlapce, přesvědčeného, že trpí následky onanie, autoritativním vysvětlením).

Klapman (USA) podává pro racionální kolektivní výklad nárys 4 přednášek psychoanalyticky orientovaných, v nichž jsou zahrnuta témata o podstatě duševních chorob, poměru společnosti k duševním chorobám, o rozumu a impulsích, o vývoji osobnosti, náladě, konfliktech, podstatě myšlení aj. Považuje za vhodné rozdělení na vyšší a nižší třídu, ke zvýšení efektivnosti výuky dává pacientům cyklostylovanou ilustrovanou učebnici, obsahující hlavní látku.

Začepickij (SSSR) zdůrazňuje potřebu docílit toho, aby pacienti chápali původ svého neurotického stavu nejen jako následek vlivu vnější situace, ale i jako důsledek zvláštností své osobnosti. Základem systému explikace a persuase je pět témat: 1/ vysvětlení podstaty neurózy a jejich příčin na podkladě učení I.P. Pavlova, 2/ výklad úlohy vlastní osobnosti pacienta v rozvoji neurózy, 3/ výklad významu porušených vztahů osobnosti k ostatním lidem, 4/ výklad možností a cest k překonání neurózy, 5/ výklad uzdravujícího vlivu práce, režimu dne, odpočinku a osobní hygieny.

Ivanov (SSSR) mluví o čtyřech etapách: 1/ překonání nesprávného postoje pacienta k nemoci a jeho změna v trpělivý postoj s vírou v uzdravení, 2/ rozbor anamnestických dat s osvětlením

etiopatogeneze, 3/ instruktáž, jak se potíží zbavit, 4/ propagace návratu do pracovního procesu.

A. Kogerer považuje za vůdčí myšlenku racionální psychoterapie s psychagogickým zaměřením "výchovu pacienta ke schopnosti být šťastnější". Je třeba vrátit pacientovi sebedůvěru a ukázat mu cestu jak s nejlepším využitím všech jeho vnějších a vnitřních možností utvářet vlastní život co nejhodnotněji.

A. Ellis chápe racionální psychoterapii jako útok na iracionální myšlení pacienta ve dvou směrech. Psychoterapeut slouží jako protipropagandista, který uvádí argumenty proti klamající propagandě a pověrám, kterým se klient původně naučil a které nyní opakuje. Psychoterapeut povzbuzováním, přesvědčováním, lichocením a někdy i nařizováním vede klienta k tomu, aby se účastnil určité činnosti, která sama o sobě bude působit proti nesmyslům, jimž pacient věřil. Vše je nesené hlavním cílem: dosáhnout, aby si klient osvojil racionální životní filosofii, stejně jako si původně osvojil pověry svých rodičů a své kultury. Racionální psychoterapeut je propagandista, který věří v přísnou aplikaci přesných zákonů logiky, přímého myšlení a vědecké metody na každodenní život a který neúnavně odhaluje každou stopu iracionálního myšlení v klientových zkušenostech a energicky jej usměrňuje do racionálnějších mezí.

Z dalších autorů staví na racionální psychoterapii Völgyesi (Maďarsko), který ji kombinuje s hypnózou, Bilikiewicz (Polsko), u nás o ní psal Košč (81).

32. Psychoterapie sugestivní

Psychoterapie sugestivní se nesnaží působit na rozum, nýbrž jej spíše obchází a využívá buď autority terapeuta nebo záměrně navozeného stavu u pacienta, ve kterém jsou slova terapeutova přijímána více méně bez kritiky.

Sugestivní faktor se uplatňuje při podávání různých léků a aplikování různých procedur. U nás mívají nezřídka značný sugestivní náboj léky zahraniční, i když mají stejné složení jako léky domácí. Sugestivní působení léků je tím větší, čím je lék vzácnější, méně dosažitelný a méně běžný.

Vhodně to dokumentuje např. studie Bojanovského a Chloupkové o podávání známého Meprobaru Spofa neurotikům jednak pod běžným názvem a jednak pod nově vytvořeným názvem "Depresin". U "Meprobaru" byly efekty výrazně nižší. Příznačná je i žádost jedné naší farmakofilní pacientky, které její spolupacientky navyprávěly smyšlenky o nových zahraničních lécích: žádala při vizitě lék "Kop-do-ricin", že ten jí jediné pomůže.

K sugestivnímu účinku léků přispívá dále jakákoliv nápadná změna, kterou lék vyvolává v organismu. Je pro pacienta známkou, že lék působí, že se něco děje (např. pocit tepla u injekcí kalciových, zrudnutí po Pevitonu). Oblíbená je dodnes v některých psychiatrických zařízeních opakovaně intradermálně aplikovaná aqua redestilata, která způsobuje bolest, jež je pacientovi presentována buď jako projev "zabírání" metody, nebo nějaké "vykoupení" za zlepšování stavu. Bývá druhem terapie ut aliquid fieri videatur, může být též prostředkem pomsty lékaře na nesympatickém pacientovi nebo "protivné hysterce" a má pak velmi problematickou etickou hodnotu.

Dramatický jednorázový zákrok např. s použitím bolestivé faradisace, při němž je pacientovi zdůrazňováno, že mohutný účinek procedury promptně zdolá symptom, bývá někdy účinný u monosymptomatických hysterických neuróz, zejména paréz, mutismů apod. Na masivní nepřímé sugesci je založena metoda thymolové masky, používaná v leningradském psychoneurologickém ústavě (sdělení Grofovo). Pacientovi je zdůrazňována zvláštní účinnost a vzácnost léku, o provedení zákroku se vícekrát a s velkým očekáváním mluví, provedení je odkládáno tu proto, že lék ještě nedošel a musí se o něj žádat ministerstvo, tu proto, že je ho málo. Pacient je stále v napětí a očekávání. Konečně je stanoveno datum provedení, lékaři se oblékají jako k operaci, pacient je položen na stůl, vyslechne ještě jakoby mimochodem rozhovor dvou lékařů o tom, jak procedura "zabrala u těžkého případu" a pak je mu na narkotizační masku nakapána aromatická indiferentní látka.

Využívá-li se někdy sugestivní složky terapeutického zásahu k podpoře terapie nebo přímo jako hlavního terapeutického mechanismu, uplatňuje se naopak tato složka nezdědky v hodnocení účinku různých druhů terapie jako rušivý faktor. Mluvíme o placebo-reakci. Má často podíl na velkých úspěších nových léků či metod, u nichž pak pozdější přezkušování výsledků nutně vyžaduje přehodnocení původně nadšených zpráv. Moderní farmakologický výzkum tomu již systematicky čelí přezkušováním nových léků metodou "double blind", kdy jedna skupina pacientů dostává účinnou substanci a druhá skupina stejně vypadající substanci neúčinnou za stejných podmínek, přičemž ani sám pracovník posuzující výsledky neví, kdo dostal kterou látku, aby nebylo hodnocení ovlivněno ani jeho vlastním očekáváním. Samotnému placebo-efektu byla věnována řada výzkumů a bylo zjištěno, že někteří lidé jsou "placebo-reaktoři" a někteří "placebo-non-reaktoři".

Placebo efekt se uplatňuje i při užití metod psychoterapeutických, kde ovšem lze k oddiferencování dosti těžko nalézt analogii double-blind metody, používané ve farmakoterapii: nelze podávat shodně vypadající, ale "účinnou substanci neobsahující" psychoterapii. Nechybí proto ani hlasů, že účinek psychoterapeutických metod jakéhokoli druhu spočívá v podstatě na sugesci a že sám druh procedury je bezvýznamný: budeme-li skupině neurotiků s nadšením, s pevným přesvědčením o úspěchu a s určitým rytmem dávat denně ráno do klína na pět a půl minuty hlávku zelí, zabere to stejně, jako když je budeme rozebírat, analyzovat, odreagovávat či emocionálně korigovat. Ve prospěch těchto názorů zdají se mluvit i srovnávací statistiky, ukazující stejné efekty při použití různých metod a různých teoretických přístupů. I když se s těmito názory neztotožníme, zůstává skutečností, že se sugestivním faktorem je nutno v jakémkoliv terapii vždy počítat.

Hypnóza

Hypnóza je jednak psychoterapeutická metoda, jednak svérázný a velmi zajímavý psychologický jev. Vedle užití hypnózy jako prostředku můžeme hypnózu samu učinit objektem výzkumu a teoretických úvah. I když nás v souvislosti s problematikou psychoterapie zajímá především klinické užití hypnózy, považujeme orientaci

taci v teoriích hypnózy a znalost základních výsledků experimentálních výzkumů hypnózy za předpoklad hypnoterapeutické praxe a proto jim budeme věnovat rovněž určitou pozornost.

321. Teorie hypnózy

Vynecháme teorie, které jsou již překonané a mají význam pouze historický, jako je např. teorie živočišného magnetismu, teorie Charcotova, jež vykládá hypnózu jako arteficiální hysterii apod. a pokusíme se orientovat v teoriích moderních a živých. Nelze je už schematicky rozdělit, protože i v nauce o hypnóze je překonáno stádium izolovanosti jednotlivých škol. Většina dnešních autorů má přehled o široké literatuře o hypnóze a nezastává nějaké jednostranné stanovisko, takže bychom již jednotlivé autority stěží mohli zařadit do úzkého rámce jediného směru. Můžeme se však pokusit rozložit stávající teorie na základní výkladové prvky, jichž v různých kombinacích užívají.

1/ hypnóza je stav zvýšené sugestibility

Tuto formulaci začali razit Bernheim a Liebault již v druhé polovině minulého století a přiklonilo se k ní mnoho badatelů. Sugescie v nejširším smyslu je podnět nebo myšlenka, která na jedince působí, aniž byla podrobena logickému zpracování a kritice. Je to podnět ve formě významového tvrzení nebo gesta, jenž v individuu vyvolá určitou změnu psychických procesů a chování za nepřítomnosti vědomé volní účasti. Sugestibilita je pak schopností individua reagovat na sugescie. Sugescie jsou základní metodou uvádění do hypnózy. Navodí se jimi stav, kdy se další sugescie uskutečňují snáze a mají vliv i na procesy, jež jsou vůlí neovladatelné. Na základě této koncepce lze ovšem hypnózu těžko odlišit od bdělého stavu, ježto uvedení do stavu zvýšené sugestibility určitou základní sugestibilitu již předpokládá a tato základní sugestibilita je u různých lidí různá, takže někteří mohou být hypersugestibilní i bez speciálního uvádění do hypnózy. Hranice mezi bdělou a hypnotickou hypersugestibilitou jsou neostře.

2/ hypnóza je stavem dissociace vědomí

V hluboké hypnóze se charakteristickým způsobem pozměňuje vědomí hypnotizovaného. Provede určité výkony, vědomí o nich se však do bdělého vědomí nepřenáší. Je tu porušena kontinuita. Při tom v další hypnóze lze vzpomínku na události z minulé hypnózy snadno vyvolat. Vypadá to tak, jako by řízení motorické i ideální činnosti pokusné osoby přešlo na nějakou jinou instanci. Jedná se tu děje na nevědomé či pouvědomé úrovni. Dissociační hypotéza má dodnes jistou plausibilitu, jelikož převádí na společného jevovatele jevy známé z psychopatologie jako mráкотné stavy, alternace osobnosti či multiple personality, kdy postižená osoba byla určitou dobu sama sebou a určitou dobu jakoby osobou jinou, při čemž některých schopností užívá v obou dvou stavech, jiné se z jednoho do druhého nepřenášely a byly od sebe odděleny závorou amnesie. Teorie vyrůstá z názorů P. Janeta, M. Prince a Mc. Dougalla. Změněný stav vědomí,

"trans" je považován mnoha současnými autory za podstatný znak hluboké hypnózy (Weitzenhoffer).

3/ hypnóza je stavem zvýšené motivace nebo přijetí role hypnotizované osoby

Motivační teorie hypnózy pochází z roku 1941 od R. Whitea, který se snažil vysvětlit hypnotické chování jako "smysluplné k cíli zaměřené snažení, jehož hlavním cílem je chovat se jako hypnotizovaná osoba, jak je to určováno operátorem a chápáno subjektem". Pokusná osoba je prostě zvýšeně motivována chovat se tak, jak si to hypnotizér přeje a jak to sama chápe. Někteří dovádějí Whiteovu teorii dál a hovoří o hypnóze jako o přijetí role hypnotizované osoby (Sarbin, Arnold), srovnávající hypnózu s dramatem: herec musí přijmout roli, přijme-li ji dokonale, sám se v ní ztratí a prožívá ji. Subjekt se tedy snaží situaci si živě představit a zaměřit se na ni tak, jak ji hypnotizér popisuje.

Tato teorie vysvětluje zejména skutečnost, že chování pokusných osob se v hypnotickém stavu často liší podle toho, jaké mají o hypnóze představy, co o ní četly, slyšely, co viděly. Blízko k této teorii má i Stokvis, když charakterizuje hypnózu jako "polovědomé divadlo, k jehož přerušení hypnotizovanému chybí impuls". Vysoký stupeň motivace však nevysvětlí řadu důležitých věcí. Jdeme-li k zubaři a pokoušíme-li se sebevíc ignorovat bolest, nedaří se nám to. Hypnotizovaná osoba však po sugestci bolest neprojevuje.

4/ podstatou hypnózy je subjektivní zážitek, dramatická alterace subjektivní zkušenosti

Tato koncepce vychází z poznatku o obtížnosti v určování objektivních kritérií hypnotického stavu: považuje to prostě za nemožné. Zda je nějaká osoba v tomto stavu nemůže být ve skutečnosti zjištěno o nic lépe, než může být zjištěno, co si nějaká osoba myslí a zda si vůbec něco myslí. O subjektivním zážitku se můžeme pouze dohadovat.

Orne na základě svých pokusů s double-blind kontrolou dvou skupin subjektů, z nichž jedna byla ve skutečné hypnóze a druhá měla hypnózu předstírat, došel k závěru, že ohnisko hypnózy je spíše v subjektivních zážitcích individua než v objektivně patrném chování. Barber jde dále a snaží se určit v čem tato změna subjektivní zkušenosti spočívá. Určuje ji jako "kognitivně-percepční restrukturalaci" - změnu, přestavbu vnímání a úsudku. Vnější chování hypnotizovaného je v souladu s touto změnou. I Stokvis a jiní se domnívají, že podstatě hypnózy se lze přiblížit pouze analyzováním sebepozorování osoby do hypnózy uvedené. Mnoho experimentů podnikli v tomto směru Shor, Weitzenhoffer, Hilgard, v Norsku Aas, v NDR Stelterová. Aas uvádí jako nejdůležitější subjektivní zážitek zejména "zážitek transu". Proti těmto pojetím lze namítnout, že ač hypnóza nepochybně je subjektivním zážitkem, přece jen subjektivní stránka znamená pouze jeden aspekt a nelze se na něj omezit.

5/ hypnóza je zvláštním druhem interpersonálního vztahu

Podstatou hypnózy je vztah mezi hypnotizérem a hypnotizovaným, interakce mezi nimi. Jevy pozorované v hypnóze z tohoto vztahu rezultují. Tímto interpersonálním vztahem je raport, rourovité spojení mezi hypnotizérem a hypnotizovaným, jež má často ráz selektivní: hypnotizovaný reaguje poslušností jen na slova hypnotizérova a nikoliv na slova ostatních lidí z okolí.

Zajímavou teorií této kategorie je teorie J. Haleye, jež vysvětluje navození hypnózy tím, že hypnotizér dává dvě kontradiktorní úrovně příkazů: aby subjekt něco udělal a současně, aby to nedělal (např. "zvedá se vám ruka" a "nezvedejte ruku"). Je tu dvojí vazba, z níž pokusná osoba, pokud nechce experiment přerušit, nemá jiné východisko, než požadovaný výkon udělat a přitom popírat, že jej dělá. Proti názoru, že podstatnou součástí při hypnóze je interpersonální vztah, uvádějí se pokusy s navozením hypnózy bez hypnotizéra např. pomocí magnetofonového záznamu. Proti tomu lze ovšem postavit pozorování Klumbiesovo, že se takovéto navození nikdy nepodaří při první hypnotizaci a že při dalších experimentech s hypnózou je možnost hypnózy bez hypnotizéra podmíněna vlastně posthypnotickým přenesením usínání na příslušný signál (hlas hypnotizéra z magnetofonu).

6/ hypnóza je regrese na infantilní vývojový stupeň, do dětské závislosti a důvěřivosti

Psychoanalytické teorie hypnózy vysvětlují ve shodě s obecnou teorií psychoanalýzy hypnózu jako záležitost erotického vztahu mezi hypnotizérem a hypnotizovaným. Jde o uplatnění regresivního mechanismu, pacient přenáší na hypnotizéra infantilní erotické city k otci a matce. Libido se nevědomě fixuje na osobu hypnotizéra pomocí masochistické komponenty v sexuální instinktu. Vyvolávají se archaická infantilní přání a fantazie, týkající se hypnotizérovy magické všemohoucnosti, podobné infantilním představám o neomezené moci všemohoucího rodiče. Takto koncipují ze známých pracovníků v oboru hypnózy její podstatu na př. G. Solovayová a A. Milechnin, Meares, včleňuje ji do své koncepce Stokvis a j. Cenné je tu rozlišení tzv. "otcovské hypnózy", která je autoritativní a diktátorská, a laskavé uspávací "mateřské hypnózy".

7/ podstatou hypnotického stavu je určitá změna v mozku

O tom, v čem tato změna spočívá, byly vysloveny různé názory. Někteří spojovali hypnotický stav s různými změnami prokrvení mozku, buď s hyperemií nebo s anemií. Z novějších autorů např. Völgyesi hovoří o vazomotorické decerebraci, zahrnující anemii frontálních laloků.

Jiní spojují hypnotický stav se změnami na synapsích. Např. Eysenck se domnívá, že při hypnóze se nervová energie usměrňuje do menšího počtu nervových spojů, čímž se snižuje rezistence na synapsích a průchod nervové energie se usnadňuje. Kretschmerova škola přikládá zásadní význam mezimozku, hovoří o přepnutí na trofotropní úsporné spalování a zdůrazňuje vliv určitých poloh očních svalů při navozování hypnózy.

Značné naděje jsou skládány do bádání o retikulární formaci. Předpoklad, že sídlem vědomí je centrencefalický systém, vede např. Robertse k formulování elektrofyziologické teorie hypnózy: hypnóza je vyvolána elektrickou bloádou mezi RF mozkového kmene a specifickými senzorickými, parasenzorickými a koordináčními neuronálními drahami.

8/ hypnóza je děj reflexní povahy, je formou podmiňování

Při uvádění do hypnózy hrají roli podněty, které jsou spojeny s usínáním, s navozením atmosféry, která vede k usnutí. Vyvolává se spánek jako podmíněný reflex. Při sugesci slovo jako podmíněný podnět zastupuje realitu. Podle Pavlova je u člověka slovo stejně reálným podnětem jako ostatní podněty, takže na sugesci "lze pohlížet jako na nejjednodušší typický podmíněný reflex člověka". K teorii hypnózy jako formě podmiňování se staví kladně Young, Welch, Furneau, za jednu složku hypnózy ji považují Kleinsorge a Klumbies, propaguje ji zejména Angličan Das, který provedl experiment ke zjišťování korelace mezi podmiňováním a hypnózou. Podmiňování zjišťoval pomocí mrkacího reflexu a zjistil korelaci významně pozitivní.

Velmi zajímavý aspekt přinesl experiment Corn-Beckera a Welche s tzv. abstraktním podmiňováním. Subjektu je v tomto experimentu dávana řada podnětů - slov, jež jsou vždy posíleny fyzikální skutečností. Pak je dán podnět, který není posílen. Reakce je zjišťována pomocí kožně galvanického reflexu. Například slovo červené světlo je doprovázeno červeným světlem, slovo vítr je doprovázeno ofukováním ventilátorem. Slovo elektrická rána není provázeno ničím. Přesto kožně galvanická reakce odpovídá za těchto podmínek reakci, která by nastala při skutečné elektrické ráně. U kontrolní skupiny, kde ostatní podněty nejsou posilovány, taková reakce nenastane. Autoři nazývají tento druh podmiňování abstraktním a domnívají se, že hypnóza spočívá na tomtéž principu. Při uvádění do hypnózy je užíváno sugerování skutečností, které se objevují jako přirozené následky situace (např. sugerovaná únava víček je přirozeným důsledkem ztrnulé fixace), až se hypnotizér stane pro hypnotizovaného "osobou s prestiží". Hypnotizovaný pak začne reagovat i na sugesci již ničím neposílené.

Tento vynikající experiment může vysvětlit některé jevy, např. že zdar jedné sugesce usnadňuje sugesci další, nezdár zhoršuje naděje na úspěch. Lze jej prakticky aplikovat v technice: vyslovujeme jen takové sugesci, jejichž splněním jsme si na daném stupni hypnózy již jisti. Zdaleka však neplatí tato zásada všeobecně. Subjekt při zkoušce spojených rukou např. rozdělá ruce poprvé, rozdělá je i podruhé, ale nerozdělá je potřetí - princip podmiňování v tomto případě účinným faktorem být nemůže.

9/ hypnóza je formou spánku

Spojování hypnotických jevů a hypnózy se spánkem je starého data. Srovnává jí ji s ním Forel, Kronfeld, Trömmner, ke sbližování hypnózy a spánku tenduje i většina současných evropských autorit, které se i technice snaží postup co nej-

více zcivilnit, využít uspávacích podnětů a spolupráce hypnotizované osoby v navozování výchozího pasivního relaxovaného stavu.

Tak Kretschmerova škola odmítá spojovat hypnózu se sugescí a snaží se dokazovat, že hypnóza se skládá z několika základních mechanismů, které ji vyvolávají téměř automaticky: z relaxace vůlí ovládaného svalstva, relaxace vegetativního aparátu, z určitého stavu očních svalů a vyprázdnění vědomí. Pro sugesci tu nezůstává víc místa, než je ho v kterémkoliv jiném interpersonálním vztahu. Na tomto přístupu je též založen Kretschmerův vlastní postup, tzv. aktivně hypnotický trénink, při němž pacient postupně sám nacvičuje jednotlivé uvedené mechanismy.

Velmi významně zasáhla ve prospěch jednoty hypnózy a spánku Pavlovova škola. Pavlov pozoroval u zvířat ospalost a spánek v situacích, kdy byly aplikovány podněty, vyvolávající různé druhy aktivního útlumu (vyhasínání, diferenciace, zpoždování) a mohl stanovit i určité fáze v šíření podle toho, jakým způsobem šířící se útlum ovlivňoval u pokusných zvířat jejich reakce. Hovoří tu o hypnotických fázích, stavech vmezeřených mezi bdění a spánek, z nichž popsal zejména fázi nivelisační, paradoxní a ultraparadoxní, jež byly srovnatelné s fázemi, které pozoroval Vvedenskij na izolovaném nervovém vlákne. Pavlov pak vyslovil řadu předpokladů týkajících se hypnózy lidské. Hypnóza je vlastně spánek. Neliší se od spánku svou podstatou, nýbrž jen jednotlivými zvláštnostmi, např. tím že je to velmi pomalu nastupující spánek, který se nejprve omezuje na malou úzkou oblast a pak se šíří až nakonec dospěje k podkorové oblasti.

V pracích pavlovovské školy byl položen důraz na to, že hypnotický spánek vzniká nejnázem při vyloučení rušivých podnětů a za působení podnětů, které jsou obvykle spojeny se situací usínání. V hypnotickém spánku těmito metodami vyvolaném byly měřeny různé fyziologické charakteristiky, které se ukázaly být podobnými změnám spánkovým (Platonov aj.). Bylo poukazováno na to, že vnější obraz hypnotického a přirozeného spánku je totožný, včetně různých reakcí při probouzení, jako je protahování, protírání si očí apod.

Hypnotizovaný se ovšem liší od normálně spícího raporem. Tuto skutečnost vysvětlila Pavlovova škola přítomností bdělých okrásků, bdících strážných bodů na pozadí utlumené mozkové kůry, jejichž analogii lze najít v některých situacích normálního spánku, jako je např. reakce unavené spící matky na slabé zavrnutí dítěte při poměrně značné odolnosti vůči i silným zvukům jiného charakteru. Zvýšení sugestibility je podmíněno tím, že se při izolovaném bdění jednotlivých bodů mozkové kůry vylučuje jakýkoliv konkurující vliv všech ostatních ať současných nebo starých stop podráždění. (Platonov)

Vedle obecné charakteristiky hypnozy jako parciálního spánku byly na výklad hypnotických jevů přeneseny též poznatky o fázových stavech. Spánkový útlum, jenž při normálním usínání těmito fázemi pouze rychle proběhne, se při hypnóze na některé fázi zastaví (Platonov) nebo fáze jedna druhou střídají (Strelčuk). Tak např. stavem paradoxní fáze by se dalo vysvětlit, proč se slovo, které je za normálních okolností slabším podnětem než skutečnost, stane v hypnóze podnětem silnějším.

1111-5361

Pavlovovská koncepce je schopna vysvětlit jevy "hypnotického spánku", "spánkovou hypnózu", nedostačuje však pro vysvětlení hypnózy bdělé, aktivní, při níž proces útlumu ve fyziologickém smyslu nemusí hrát větší roli, než jakou hraje při jakýchkoliv psychických procesech v bdělém stavu (při koncentraci pozornosti apod.).

Jak je patrné z předestření teorií a ze stručných poznámek k nim, platí, že pro každou najdeme řadu faktů, které vysvětluje a které ji podporují, současně však zjistíme, že některým skutečnostem odporuje nebo alespoň na jejich vysvětlení nestačí.

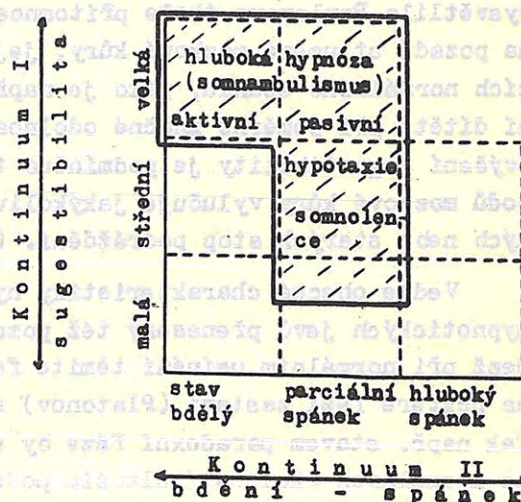
322. Pojem hypnózy

Jelikož vlastní podstata hypnózy je stále ještě hypotetická, jsou v literatuře se vyskytující definice nejednotné a rozporné. Jejich výčet by byl do jisté míry shodný s nadpisy předchozích kapitol o teoriích. Za současné situace se zdá proto účelným formulovat všeobecně přijatelnou výchozí definici hypnózy jako definici deskriptivní. Nejnázřejší lze dosáhnouti shody ve výčtu typických hypnotických jevů, k nimž patří zejména vnucení určitého jednání nebo jeho znemožnění, vyvolání smyslových ilusí a halucinací, ovlivnění vegetativních funkcí, trvání kontaktu mezi hypnotizérem a hypnotizovaným a amnesie na události v hypnóze. Uvedené hypnotické jevy jsou obecně považovány za typické pro hypnózu hlubokou, zatím co pro méně hlubokou hypnózu se považují za typické především projevy ospalosti a relaxace a jim odpovídající pocity.

Bylo by výhodné přidržet se buď pojetí hypnózy jako "stavu zvýšené sugestibility", nebo pojetí hypnózy jako "parciálního spánku", protože kritéria toho, co hypnózou je a co hypnózou není, by byla vymezena jednoznačně v jediné dimenzi. Bohužel nejrozšířenější úsudek pojmu hypnóza tuto jednoznačnost postrádá. Lehčí hypnózu ohraničuje vůči ostatním stavům spíše kritérium přítomnosti útlumu a ospalosti a použití uspávací procedury, zatím co hypnózu hlubokou kritérium vyvolatelnosti složitých jevů, zejména halucinací a amnesie, bez ohledu na přítomnost projevů spánkových a na způsob navození.

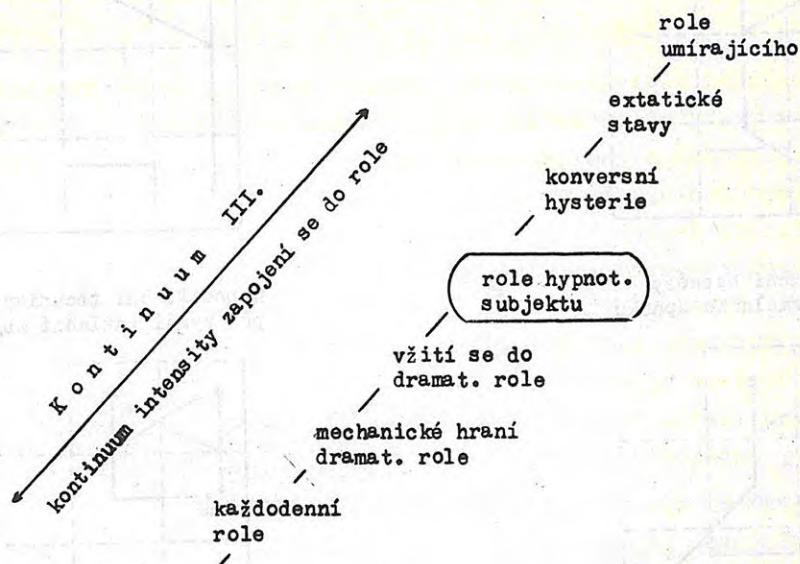
Vezmeme-li tedy v úvahu oba výše uvedené rozměry, kontinuum bdění - parciální spánek - hluboký spánek a kontinuum sugestibility (malá - střední - velká), lze si rozsah běžného pojmu hypnóza graficky znázornit takto:

1111-5361



Pojem hypnóza tedy zahrnuje vysokou sugestibilitu a to i tehdy, jde-li o stav postrádající znaky spánku, tedy o stav bdělý. Na druhé straně zahrnuje pojem hypnóza stavy sugestivně navozené ospalosti (jako je somnolence) a to i tehdy, když sugestibilita je zvýšena jen mírně. Pojem hluboká hypnóza by se týkal vysoké sugestibility, pojem hlubokého spánku však znamená zrušení sugestibility ztrátou raportu. I hluboký spánek lze ovšem vhodnou hypnotizační technikou převést v hypnózu.

K dvojrozměrnému modelu můžeme připojit ještě třetí rozměr, týkající se hrani role. Je to kontinuum intenzity zapojení se do role, jak je znázorňuje např. Sarbin. (Kreslíme je zvlášť, protože by nám první náčrt učinil nepřehledným).



Na prvním schématu lze dobře znázornit, jak účinkují jednotlivé hypnotizační techniky.

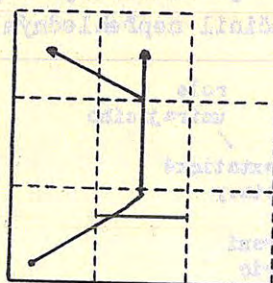
a/ Nejrozšířenější způsob hypnotizace, "uspávání", znamená určitou okliku: dosahování stavu zvýšené sugestibility přes sugestivní navození stavu lehkého či parciálního spánku. Aby to bylo možné, musí zde ovšem být určitá základní výchozí sugestibilita. Je-li pacient "hypnabilní", t.j. pokračuje-li zvyšování sugestibility hypnotizační technikou dál až do somnambulního stádia, lze pak obvykle spánkové, útlumové projevy opět odstranit a vyvolat vedle pasivního somnambulismu také somnambulismus aktivní s živým dynamickým jednáním při otevřených očích a se schopností normální konverzace.

Hypnabilitou rozumíme schopnost pacienta, aby jeho sugestibilita byla vystupňována. Hypnabilita není totožná se základní sugestibilitou. U někoho může být základní bdělá sugestibilita velmi malá a vhodnou technikou jej lze uvést do hluboké hypnózy, tedy do přechodného stavu sugestibility vysoké, u jiného je základní sugestibilita značná (např. snadno podléhá mínění jiných lidí i vlastním představám), avšak hypnotizačními procedurami se jí již zvýšit nepodaří a hlubokou hypnózu navodit nelze. To vysvětluje možnost neúspěchu v případech, kdy nám zkušený klinik pošle pacienta k hypnóze s přesvědčením, že pacient je vhodný k hypnoterapii pro svou značnou sugestibilitu, pacient však přes opakované pokusy zůstane vůči hypnóze refrakterní.

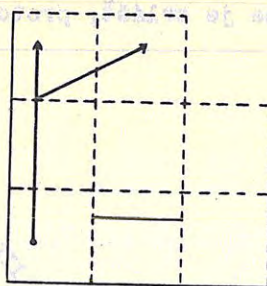
b/ Způsob hypnotizace stupňováním náročnosti bdělých sugescí při autoritativním chování terapeuta může při dobré hypnabilitě vést i ke splnění těch sugescí, jejichž splnění je považováno za konstitutivní znak somnambulního hypnotického stavu (negativní a pozitivní halucinace, věková regrese a amnezie). Navození hypnózy zde neprochází útlumovými stádii.

c/ Konečně lze hypnózu navodit vhodnou technikou i z normálního, přirozeného, hlubokého spánku.

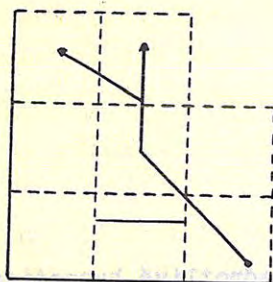
a) uspávací technika



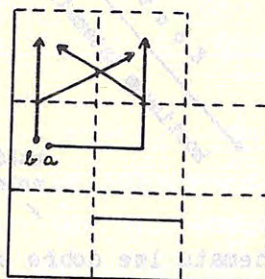
b) technika stupňování náročnosti bdělých sugescí



c) navození hypnózy z normálního spánku



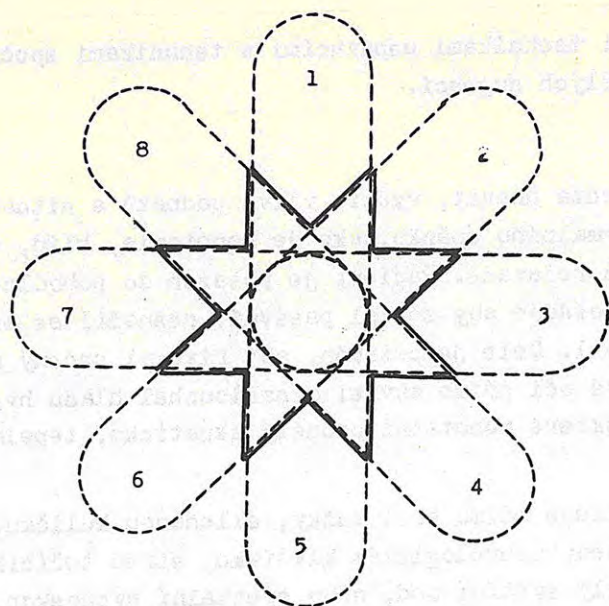
hypnotizační techniky při vyšší základní sugestibilitě



Běžné pojetí rozsahu pojmu hypnóza, které jsme nastínili a graficky znázornili, nepovažujeme za ideální, ale přidržujeme se jej proto, že je vžit. Je nutno však mít nastíněnou víceznačnost na zřeteli a při podávání vlastních nebo při porovnávání literárních dat si vždy předem uvědomit o jakou hypnózu vlastně jde. Hypnóza v běžném širokém pojetí nemůže též být nějakým přesně ohraničitelným a jednoznačně definovatelným procesem, nýbrž je spíše komplexem jevů, nebo slovy Barberovými "abstraktním pojmem, který má vztah k řadě vzájemně se křížících a ovlivňujících se procesů", z části též protikladných. Přitom nelze pojem hypnóza vymezit ani výčtem těchto jednotlivých procesů, protože procesy, které jsou zde ve hře se účastní ve větší nebo menší míře i v jiných, nehypnotických jevech a funkcích. (Např. hraní role se účastní i ve vědomé simulaci, disociace vědomí i v patologických mráкотných stavech, parciální útlum i v normálním spánku se sny apod.)

S uvedením základních účastnících se procesů a jevů představujeme si graficky hypnózu asi takto:

1111-5361



1. zvýšení sugestibility
2. parciální útlum
3. dissociace vědomí
4. alterace subjektivní zkušenosti
5. interpersonální proces
6. regrese na infantilní úroveň vztahů
7. změna struktury vnímání a poznání
8. hraní role

Hypnózu označuje silně vytažený obrys osmicípé hvězdy

Uvedené procesy ovšem nejsou děleny podle jednotného kritéria, nevylučují se vzájemně, nýbrž rovněž se zčásti překrývají a model by musel být sestaven ne v ploše, ale v mnoha rovinách, aby odpovídal skutečnosti.

Vymezíme závěrem na základě toho, co bylo řečeno, zvlášť hypnózu lehkou a střední a zvlášť hypnózu hlubokou.

Lehkou a střední hypnózou rozumíme stav, charakterizovaný sníženou až vymizelou spontaneitou, změnami svalového tonu (obvykle ve směru prohlubující se relaxace, po příslušných sugescích však eventuálně ve směru katalepsie), dále zavřením očí s nesnadností až nemožností jejich otevření a zvláštním vztahem mezi hypnotizérem a hypnotizovaným, v němž podněty vycházející od hypnotizéra nabývají základního významu a reakce na ostatní okolí se snižují; po ukončení není přítomna amnézie vůbec nebo je pouze částečná.

Hluboká hypnóza je stav lidského organismu, charakterizovaný raporem a změnou vědomí, v němž lze příslušnými sugescemi dosáhnout výrazného ovlivnění změny chování, vnitřního prožívání i fyziologických procesů, mimo jiné vyvolat pozitivní a negativní halucinace a věkovou regresi a dát účinné posthypnotické sugesce, při čemž je na tento stav možná plná amnézie.

V lehké a střední hypnóze jsou hypnotické jevy přítomny v mírnější, méně výrazné formě, často nedostatečně přesvědčivé nebo nekonstantně, mezi ní a bděním a normálním lehkým spánkem je plynulý přechod. Pro klinické účely většinou se středním nebo i lehkým stupněm vystačíme, pro experimentální práci, zejména pak v experimentech, směřujících přímo k hledání vlastní podstaty hypnotického stavu, je nejvýhodnější omezit se na hypnózu hlubokou.

323. Technika hypnózy

3231. Navození hypnózy

Hypnóza se navozuje nejčastěji technikami uspávacími a technikami spočívajícími na stupňování náročnosti bdělých sugescí.

1/ uspávací metoda

Uspávací metoda se snaží pacienta unavit, využít vlivu podnětů a situací, uplatňujících se při navozování normálního spánku, jako je monotonie, klid, odstranění rušivých podnětů a svalová relaxace. Pacient je posazen do pohodlného křesla nebo položen na pohovku, je požádán aby zůstal pasivní, nesnažil se ani hypnóze napomáhat, ani se jí nebránil. Dále je požádán, aby fixoval určený bod nebo hypnotizérovy oči, nebo aby své oči přímo zavřel a naslouchal hlasu hypnotizéra; případně jsou aplikovány některé monotonní podněty akustické, tepelné aj.

a/ fixace předmětů: subjekt fixuje očima hrot tužky, skleněnou kuličku, krystal, odlesk světla na prstenu nebo neurologickém kladívku, střed točícího se ventilátoru, značku na stěně, malý svítící bod, nebo speciální hypnoskop, např. předlohu s nakreslenými soustřednými kruhy, v jejichž středu je umístěn krystal, odrážející světlo ze světelného zdroje za pacientem apod. Fixovaný předmět je buď postaven na stolku, pokud pacient sedí, nebo zavěšen na niti či připevněn na zdi pokud leží, nebo jej drží v ruce hypnotizér, nebo jej může držet pacient a ruka se mu nechá klesnout, jakmile zavře oči. Metoda Levy-Suhlova, kterou propracoval Stokvis, spočívá ve fixaci dvojbarevného geometrického obrazce na kartonu, při níž dochází ke vzniku simuntálních paobrazů; toho je využito k zesílení sugestivního účinku.

b/ fixace hypnotizéra, nejčastěji kořene jeho nosu nebo zorničky jednoho oka. Od hypnotizéra se v takovém případě vyžaduje, aby rovněž fixoval určitý bod v pacientově obličeji, nejlépe rovněž oči, dále aby dokázal pohled udržet déle než pacient a příliš nemrkal. Fixování různých předmětů má výhodu, že si hypnotizér neunavuje vlastní zrak, lze je snadno provádět delší doby až do úplné únavy pacienta. Fixace z očí do očí nese s sebou silnější sugestivní náboj. Lze též pacienta nechat fixovat hypnotizérův prst, případně dva prsty, ukazovák a prostředník, držené ve tvaru písmene V. Prsty může hypnotizér postupně přibližovat k očím pacienta (metoda tlačících prstů popisovaná Horvailem).

c/ sluchové podněty: používá se monotonních zvuků, např. šumění ventilátoru, tlumených úderů metronomu, magnetofonové nahrávky, šumění deště, nebo tlumeného hukotu jakéhokoliv přístroje, např. diktafonu či slabého zvuku tónového generátoru.

d/ pasy: byly oblíbenou metodou hypnotizace v předvědeckém magnetizérském období. Hypnotizér pomalu přejíždí rukama nad obličejem a hrudí pacienta (malé pasy) nebo nad celým jeho tělem (velké pasy) shora dolů a vrací se velkým obloukem k hlavě. Při jemném dotýkání se těla hypnotizovaného by se mohly v hypnotizačním procesu uplatňovat jemné taktilní podněty, prakticky se však skuteč-

ných doteků hledí hypnotizér vyvarovat proto, že je nebezpečí vyvolávání pocitů a představ eroticko-sexuálního charakteru. Při přejíždění nad tělem se předpokládá možnost uspávacího účinku tepla, vyzařujícího z hypnotizérových prstů. V podstatě však působí celá procedura spíše svým sugestivním nábojem ve spojení s představou o magické magnetické hypnotizérově moci.

e/ verbální sugescie: hypnotizovanému se monotonním ale současně jistým a rozhodným hlasem líčí opakovaně příznaky, které se u něj mají objevit, t.j. postup usínání, zvyšování relaxace, pocity tíhy ospalosti únavy atd. Pacient má oči zavřeny a naslouchá hypnotizérovým slovům. •

Nejčastěji bývá používáno kombinace zrakové fixace se slovní sugescí pod názvem verbálně-fixační technika. Uvádíme pro názornost příklad obsahu a formy slovních sugescí:

"Pohodlně se položte, 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 víc 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 a 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, zavírají se. Budu počítat do desíti a při tomto počítání se všechny příznaky neobvykle 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 zdůrazňuje a navazují se na něj další sugescie. Jakmile je dosaženo trvalého zavření očí, lze začít zkoušet realizaci dalších sugescí. Obvykle se začíná příkazy nemožnosti zvednout ruku, pak automatickým zvedáním ruky, zkouší se schopnost odporovat sugescím (příkaz ruka nyní nejde dolů - zkuste ji dát dolů), nemožnost otevřít oči atd.

Aktivně hypnotický trénink Kretschmerův, rozvíjený v současné době Langem, spočívá v nacvičování relaxace a fixace, při čemž role sugestivních faktorů je omezována. Pacient nacvičuje prakticky první dvě cvičení z autogenního tréninku Schultzova (viz tréninkové metody) t.j. pocit tíhy a pocit tepla v těle, a pak provádí fixaci, sleduje např. ciferník slabě tikajících hodin. Únava očních svalů, rytmická motomie akustického podnětu a jednostrannou koncentrací pozornosti dosažené vyprázdnění pole vědomí mají vyvolávat již samy o sobě hypnoidní stav, který se opakovaným cvičením prohlubuje, aniž by hypnotizér musel

nástup hypnózy nějak přímo sugerovat. Celý trénink trvá asi měsíc při každodenním cvičení. Dosaženého hypnotického stavu lze dle Kretschmera využít ke zintenzivnění verbálního ovlivnění s psychagogickým zaměřením nebo ke změně činnosti vegetativního systému.

2/ metoda stupňování náročnosti bdělých sugescí

Při této metodě se nepoužívá sugescí spánku, nenavozuje se relaxace, pohodlí a monotonie a hypnotizér vystupuje ve více 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 realizaci 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, sugescie musejí 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, pohlédne mu do očí a energicky pronáší sugescie: "Pociťujete 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 říct svoje jméno. Vidíte nejde to! Nyní můžete promluvit, ale dokážete vyslovit jen první slabiku. Ano, vidíte, jen první slabiku. A ta se vám pořád dokola opakuje. Musíte ji pořád říkat, nemůžete přestat!" (V dalším lze již upustit od fixace očí pacienta a nechat pacienta, ať se dívá kam chce.) "Nyní můžete mluvit docela normálně. Jak se cítíte? Posaďte se. Nemůžete vstát! Snažte se! Nyní vás to na židli pálí, vidíte, pálí celá židle, je horká, můžete vstát. Posaďte 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, plno much ... Podívejte se veverka, chce si s vámi hrát..."

Lze pokračovat buď trvale s otevřenými očima a v případě terapeutického využití přejít pak k různým sugescím terapeutickým a hypnózu ukončit desugescí, nebo v kterékoliv fázi přikázat pacientovi, aby si lehnul a spal.

3/ Ericksonova technika se zvedáním ruky

Je výhodná zejména proto, že kombinuje zavírání očí a nástup hypnotického stavu s ideomotorickým pohybem, zvedáním ruky, jehož tempo se stává indikátorem nástupu hypnózy.

Pacient se posadí pohodlně v křesle, položí si ruce do klína a je požádán, aby sledoval svou pravou ruku, uvědomoval si všechny pocity, které se dostaví a pohyby, ke kterým dojde. Je nejprve upozorňován na pocity, které jsou důsledkem relaxace; dojde-li k určitému mimovolnému pohybu v některém z prstů, je tento pohyb zdůrazněn a přechází se k přímé sugesci, nejprve, že se prsty poněkud

1111-5361

roztáhnou a pak, že se jeden prst a postupně celá ruka začne zvedat. Jakmile k tomu dojde, sugeruje hypnotizér: "Pozorujete nyní, jak se ruka zvedá a současně si uvědomíte, jak jsou velmi ospalé a unavené vaše oči. Jakmile bude ruka pokračovat v pohybu vzhůru, budete stále unavenější a ospalejší, vaše víčka se budou chtít zavřít. Ruka se bude ohýbat v lokti a směřovat k vašemu obličejí, až se dotkne obličejí a vy budete při tom stále ospalejší a když se ruka dotkne obličejí, budete již hluboce spát."

4/ metoda fascinační

Byla používána zejména varietními hypnotizéry k rychlému a magicky působícímu navození hypnózy pomocí náhlého silného podnětu jako vzplanutí bleskového světla, úderu na gong, výkřiku "spěte" apod. U hypnabilních jedinců, zejména pokud sami očekávají, že za takovýchto okolností se upadá do hypnózy, a v určité atmosféře s náznaky tajemnosti a s velkou prestiží hypnotizéra, o jehož moci a síle kolují pověsti, a zejména pak, byl-li subjekt sám svědkem takové hypnotizace u jiných osob, může dojít k okamžitému upadnutí do hluboké hypnózy. Subjekt zůstane jako přimrazen a pak plní promptně nejbabsurdnější příkazy nebo padá ztuhlý a spící k zemi. Nehledě na špatnou sloučitelnost šarlatánského vystupování s rolí vědce nebo odborného psychoterapeuta je užití takových metod nevhodné i vzhledem k možnosti neurotizace hypnotizovaného.

5/ Ericksonova metoda, vyvolávající v hypnotizovaném zmatek

Tuto techniku doporučuje Erickson u jedinců, kteří jsou jinak málo hypnabilní. Spočívá v tom, že pacientovi jsou v rychlém sledu dávány sugescie, které si vzájemně odporují a které 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. Jde v podstatě o hru se slovy, která má vyvolat v pacientovi rostoucí zmatek, během nějž pak konečně akceptuje a provede nějakou rozumnější sugesci a tím se dostává pod hypnotizérův vliv.

3232. Opakované navozování hypnózy

Při dalších hypnózách bývá obvykle sled reakcí rychlejší a někdy i hloubka hypnózy větší; při snaze o prohloubení hypnózy se využívá i posthypnotických sugescí: pacient je ve stavu dosaženém při první hypnotizaci sugestivně ujišťován, že příští hypnóza bude hlubší a její navození rychlejší. Na tom spočívá 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 jej hned znovu. Vztah opakování a hloubky hypnózy však není zcela jednoznačný. I když lze někdy tréninkem hloubku a účinnost hypnózy zvětšit, nebývá tato změna zvlášť dramatická. Obvykle již první sezení ukáže, jak moc je pacient hypnabilní. Někdy dochází dokonce opakováním hypnóz ke snižování efektivity sugescí.

V hluboké hypnoze je možné dát pacientovi příkaz, že napříště upadne do hypnózy hned na daný signál. Pak je možno celou hypnotizační proceduru vynechat a pacient upadá do hypnózy na vyslovení hesla, na trojí ťuknutí, na dotek čela

nebo ruky apod. V běžné praxi je výhodné napodmiňování uvádění do hypnózy na počítání od 1 do 10 a dehypnotizace na počítání opačné, od 10 do 0. Příslušné podněty mohou nabýt významu hypnotizačního signálu i bez přímého posthypnotického příkazu, jestliže opakovaně hypnotizaci provázejí. Tak pacient, opakovaně hypnotizovaný fixací krystalu, upadá do hypnózy již při pouhém spatření tohoto krystalu.

Na možnost vzniku takového podmíněného spojení je nutno dát pozor, jelikož by při spatření podobného předmětu, nebo zaslechnutí podobného hesla či zvuku, mohlo v některých případech dojít k upadnutí do hypnózy i nekontrolovaně mimo terapeutickou nebo experimentální situaci a pacient by se mohl dostat do nesnází nebo být ohrožen. Takováto nechtěná spojení odbouráváme posthypnotickou sugescí v tom smyslu, že subjekt bude upadat do hypnózy při jejich spatření pouze v naší přítomnosti nebo pouze na náš pokyn. Snažíme se však současně, abychom takovou sugescí neznepokojovali možnost, aby byl pacient v případě potřeby hypnotizován jiným odborným hypnotizérem. Nesugerujeme tedy pacientovi "nemůže vás uvést do hypnózy nikdo jiný než já", nýbrž přidáváme dovětek "nebo jiný odborník, psycholog nebo lékař".

Možnost podmíněněreflexního nacvičení vyvolání hypnózy na určitý signál i bez přítomnosti hypnotizéra je prakticky rozpracována v Klumbiesově metodě "ablační hypnózy": lze použít buď magnetofonové nahrávky, na níž je uspávací procedura hypnotizérem namluvena, nebo speciálního předmětu (prakticky nejčastěji tabulky se složitější barevnou geometrickou figurou), s níž bylo hypnotizování v počátečních sezeních s hypnotizérem spojováno. Nacvik ablační hypnózy může být výhodný u obtíží, které jsou hypnózou sice dobře, ale přechodně odstranitelné (např. u různých organicky podmíněných bolestí, jako je neuralgie trigeminu apod.). Pacient si v případě potřeby hypnózu navodí sám a potíže pomocí ní odstraní. Ukončení hypnózy při použití gramodesky nebo magnetofonové nahrávky je snadné: nahrávka pokračuje od navození přes terapeutické sugesce až k dehypnotizaci. Při použití jiných signálů je nutno předem nacvičit pacienta na určitý druh probouzení, nejlépe na probuzení po určitém časovém intervalu.

3233. Hloubka hypnózy

Hloubka hypnózy je tím větší, čím větší počet hypnotických jevů lze vyvolat. Posouzení hloubky hypnózy lze provádět dvojím způsobem. Buď jsou stanoveny určité stupně hypnózy s určitou charakteristikou a hypnotický stav je s nimi porovnán, nebo se používá škál, obsahujících soupis sugescí s odstupňovanou nesnadností, které se v dané hypnóze přezkoušejí a hloubka hypnózy je pak určena dosaženým skórem.

a/ stupně hypnózy

Schematické zásadní rozdělení na hypnózu lehkou, střední a hlubokou bylo uvedeno již v souvislosti s definicí hypnózy. K propracovanějším, klasickým a často používaným dělením hloubky hypnózy patří analogická třístupňová klasifikace Forelova; užívaná zejména sovětskými i německými autory.

1. stupeň - somnolence: je charakterizován ospalostí, zavřením víček, pocitem tíhy a únavy, zpomalením duševních pochodů; pacient je ve stavu příjemného svalového klidu, je však schopen si vše jasně uvědomovat, zůstává zachována schopnost volných pohybů, může se s použitím jisté energie hypnotizérovým příkazům bránit, ev. otevřít oči a hypnotický stav ukončit.

2. stupeň - hypotaxie: je charakterizován dalším růstem ospalosti, neschopností otevřít oči, ztrátou volných pohybů, pacient je nucen vyhovět z části nebo úplně sugescím s výjimkou amnézie, amnézie je nanejvýš částečná.

3. stupeň - somnambulismus: je charakterizován vysokou sugestibilitou s produkcí všech hypnotických jevů a s amnézií; amnézie může být ovšem sugestivně zrušena.

Starší německá literatura uvádí, že do 3. stupně lze uvést 25 % osob, do 2. stupně 58 %, do 1. stupně 12 %, zcela refrakterních je 5 % (Trömer). Naším zkušenostem více odpovídá statistika sestavená na základě jiných evropských pramenů, uvádějící dosažení somnambulismu asi u 15 %, hypotaxie asi 50 %, somnolenci u 30 %, refrakterních 5 % (zakrouhleno, cit. dle Horvaie).

Nevýhodou klasifikací tohoto druhu je, že příznaky se ve skutečnosti nemusejí vždy seskupovat tak, aby vytvořily typická stadia. První dvě stadia Forelovsky klasifikace se týkají pouze spánkové hypnózy a neplatí pro hypnózu bdělou.

b/ měření hloubky hypnózy pomocí škál

Testování hloubky spočívá v tom, že se hypnotizovanému dávají sugesce podle seznamu; reaguje-li uspokojivě, pokračuje se dál tak dlouho, až selže. Ve škále Davis-Husbandově, která má třicet položek, je hloubka hypnózy dána pořadovým číslem poslední sugesce, která se ještě realizovala. Obtíž je v tom, že jevům za sebou v praxi nenásledují nutně v určitém pořádku. Vezměme jen bod 21 Davis-Husbandovy stupnice, který zní: schopnost otevřít oči, aniž se poruší trans. Autoři stupnice tuto schopnost stavějí až za dosažení kompletní amnézie, která je označena jako bod 20. Jiní autoři (Schneck) dokazují, že má patřit před ně.

Jednou z nejpopulárnějších škál, často používaných ve vědeckém výzkumu, je škála stanfordská (Weitzenhoffer, Hilgard 1959).

Uvádíme jednu z jejích úprav z r. 1961, používanou k měření hypnability jak bdělé tak hypnotické (Weitzenhoffer, Sjöberg):

- 1) klesání rukou: sugesce, že ruka, uvedená do horizontální polohy klesne,
- 2) pohyb rukou: sugesce, že ruce natažené dopředu dlaněmi proti sobě se vzájemně přiblíží,
- 3) halucinace mouchy: sugesce, že kolem hlavy létá nepříjemná moucha,
- 4) sepnutí rukou: sugesce, že ruce nejdou od sebe,
- 5) ztuhlost paže: sugesce, že napjatou ruku nelze ohnout,
- 6) nemožnost otevřít oči,
- 7) neschopnost mluvit: sugesce, že subjekt nemůže vyslovit své jméno,

- 8) znehybnění ruky: sugesce, že paže nemůže být zvednuta,
- 9) automatické psaní: sugesce, že kdy subjekt bude na otázky odpovídat ano, bude jeho ruka současně psát ne,
- 10) chuťové halucinace: sugeruje se chuť sladkého a hořkého,
- 11) halucinovaný hlas: subjekt má odpovídat halucinovanému hlasu,
- 12) zrakově-sluchové halucinace: subjekt slyší a vidí halucinovanou situaci s otevřenými očima,
- 13) třídění karet: sugerováno, že třídí halucinované karty do několika balíčků, má spočítat počet karet v balíčcích,
- 14) anosmie: sugerováno, že subjekt nic necítí a přezkoušeno silným čpavkem,
- 15) věková regrese: sugerováno, že chodí do 5. třídy a pak do 2. třídy, má napsat jméno a datum,
- 16) tři krabičky: sugerováno, že má před sebou tři krabičky a je požádán, aby dal minci doprostřed; krabičky jsou ve skutečnosti jen dvě,
- 17) negativní halucinace: podá se papír se vzorkem a se sugescí, že je zcela čistý, položí se na něj geometrická figura, která se na vzorku jeví deformovaně; má být vidět bez deformace,
- 18) posthypnotická amnesie.

3234. Typy hypnózy

Tvoří-li hloubka hypnózy, tedy prakticky zvyšování hypersugestibility jedno kontinuum, lze rozlišovat druhé kontinuum se zřetelem k projevům útlumu, ospalosti, spánku a pasivity. Na jednom konci stojí tu hypnóza spánková, pasivní, na druhém konci hypnóza bdělá, aktivní. Klademe zde pojmy bdělosti a aktivity ve vztahu k hypnóze pro jednoduchost vedle sebe i když jsou zde určité nuance.

Ve spánkové resp. pasivní hypnóze je subjekt ospalý nebo vypadá zcela jako spící, je omezeně mobilní. Chybí mu spontaneita, na příkazy reaguje jako automat, při otevřených očích v hlubších stádiích (v méně hlubokém stádiu by se při otevření očí probudil) je jeho pohled ztrnulý, při chůzi působí dojmem náměsíčníka. Příkazy i v hluboké hypnóze se uskutečňují s charakteristickou pomalostí, po latencích. Není-li sugescemi stimulován, zůstává nehybný, spí.

V bdělé, resp. aktivní hypnóze je subjekt mobilní, živě a rychle reaguje na sugesce, často je individuálním způsobem dále zpracovává a rozvíjí, zvláště pokud jde o sugerování prožívání situací, které nezřídka slovně i pohybově dramatizuje. Způsob řeči, chůze i chování, pokud nejsou pozměněny sugescemi, jsou normální, pohled při otevřených očích se příliš neliší od pohledu člověka bdělého. Je-li k tomu subjekt veden, je schopen v této hypnóze projevovat spontaneitu i mimo oblast hypnotizérových sugescí.

Typ hypnózy závisí jednak 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 samotné osobnosti hypnotizovaného. Někteří lidé mají tendenci upadat spíše do jednoho, jiní do druhého typu

hypnózy. Pokud se na to přímo zaměříme, můžeme u většiny somnambulů nacvičit oba typy; poněvadž při populárně vědeckých výkladech o hypnóze se u nás vesměs používá přirovnávání hypnózy ke spánku a poněvadž rovněž standardní hypnotizační techniky používají uspávacích formulek, vyskytuje se v praxi nejčastěji typ hypnózy spánkové. Zcivilněná uspávací technika, vyhýbající se posilování představ o magickém vlivu hypnotizéra, zůstává ostatně též nejvhodnější technikou v běžné psychoterapeutické praxi.

3235. Ukončení hypnózy

Trvání hypnózy je závislé na účelu sezení. Při terapeutických hypnózách nepřesahuje obvykle půl hodiny, při opakovaných sezeních postačí mnohdy i čtvrt-hodina. Sovětští autoři doporučují ukončit hypnózu po zadání terapeutických sugescí tak, že se pacient ponechá jednu až několik hodin v nerušeném hypnotickém spánku (Platonov: "Hypnóza - oddech").

Při experimentální hypnóze je dáno trvání hypnózy požadavky experimentu. Někteří autoři se domnívají, že k realizaci obtížných hypnotických výkonů je žádoucí prohlubovat hypnózu alespoň čtvrt až půl hodiny, aby se umožnil vývoj potřebných neurofyzilogických změn a vytvoření dostatečně hluboké disociace (Erickson), většina se však přidržuje názoru, že u somnambulů při opakovaných hypnózách nastoupí hluboký hypnotický stav okamžitě na daný signál.

Je-li ponechán subjekt ve spánkové hypnóze delší dobu v klidném prostředí bez kontaktu s hypnotizérem a bez dalšího využívání a obnovování raportu, dochází často k přechodu hypnózy ve fyziologický spánek, z něž pak lze pacienta probudit libovolnými podněty, nebo se po určité době probudí sám. Ani za uvedených okolností nemusí hypnóza přejít v normální spánek nutně, zejména tehdy ne, je-li hypnotizovanému spontánní probuzení hypnotizérem výslovně zakázáno. Trvá pak do té doby, dokud není subjekt řádně dehypnotizován. Prologovaná hypnóza, trvající bez přerušení i více dní, byla používána koncem minulého století Wetterstradem a řadou dalších autorů. Pacient stále ležel a spal, pouze na sugestivní příkaz přijímal bez přerušení hypnózy jídlo a vykonával i jiné fyziologické potřeby. Dosud neřešená zajímavá otázka dalšího vývoje aktivní hypnózy při prologovaném užití je v současné době předmětem našeho vlastního výzkumu.

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

Příklad dehypnotizace: "Stále hluboce spíte. Všechny příznaky, vyvolané v hypnóze zcela mizí. Po probuzení se budete cítit velmi příjemně, v dobré spokojené náladě (event. sugerujeme amnézii: na to co se odehrávalo v hypnóze, si nebudete pamatovat). Budu počítat od desíti do nuly, při tom se úplně probudíte. Deset, devět, únava a ospalost nyní začíná postupně mizet, 1111-5361

začínáte se cítit svěží, čtyři, tři, víčka se uvolňují, dvě, jedna, 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 mizejí. Nedojde-li během tohoto postupu k probuzení, opakujeme jej s naprostým klidem a jistotou znovu. Výjimečně se vyskytující obtíže při probouzení spícího pacienta mohou být ve spojitosti s jeho autosugestivní představou o podobné možné nehodě, dále mohou být ve hře dynamické faktory nevědomého přání zůstat v hypnóze, hysterická potřeba udělat se zajímavým, nebo nešikovnost a nedostatek jistoty nezkušeného hypnotizéra, jeho vlastní obavy, že by mohl pacienta neprobudit, projevující se v hlase a v chování. V kritickém případě je možno dát pacientovi sugesci, že hypnóza přejde v normální spánek, z něž se sám probudí, až se dostatečně vyspí. Probouzet pacienta násilím se nedoporučuje. Rovněž dojde-li k neočekávanému spontánnímu probuzení v průběhu hypnózy, doporučuje se hypnózu sugescemi znovu prohloubit a teprve pak pacienta regulérně 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 hrčení budíku, který si před ablační hypnózou pacient sám natáhne, dbáme, aby se probouzení nedělo s úlekem. Spojujeme pomocí sugescí probouzení nikoliv s nástupem hlučného podnětu, nýbrž s jeho ukončením: "probudíte se jakmile hrčící budík přestane hrčet".

U aktivních forem hypnózy lze volit rychlejší formu dehypnotizace např. vyslovení určitého slova, ťuknutí apod.: "jakmile ťuknu tužkou na stůl, vrátíte se do normálního bdělého stavu".

323. Kolektivní hypnóza a výběr hypnabilních osob

Kolektivní hypnózu lze provádět buď v nevybraném kolektivu nebo ve skupině vybraných hypnabilních pacientů. V prvním případě jde spíše o volbu vhodných subjektů, v druhém případě může jít o ekonomickou zaměřenou terapii při společných problémech nebo potížích.

Připravenost k hypnóze se značně zvyšuje, můžeme-li nejprve demonstrovat úspěšnou hlubokou hypnózu a to nejlépe na někom, koho jsme již dříve s úspěchem hypnotizovali. Přesto počítat s uvedením do hypnózy celého netříděného kolektivu by bylo absurdní. Lze počítat s výše uváděnými 15% somnambulů. Pro některé subjekty nejsou pro hypnotizaci při kolektivním sezení dány vhodné podmínky. Naproti tomu pozitivně působí skutečnost, vidí-li přítomní jak někteří lidé v jejich blízkosti začínají pozitivně reagovat na sugesci a jevit známky nastupující hypnózy. Při vlastní hypnóze situace v kolektivu podporuje dramatizační tendence, takže prožívání a zejména přehrávání situací bývá nezřídka intenzivnější, než při individuálním sezení.

A/ Při výběru hypnabilních osob z kolektivu k účelům demonstračním, experimentálním nebo terapeutickým je možno postupovat v zásadě dvojím způsobem:

1/ zkouška sevření rukou

Hypnotizér, stojící tak, aby mu všichni viděli do obličeje, nejprve vysvětlí, že přítomné sugestivně ovlivní. Požádá je, aby sepnuli ruce a zaklesli prsty do sebe, zaměřili svůj pohled na jeho oči nebo zdvižený prst a pozorně mu naslouchali. Sugesci, podávané velmi energickým a naprosto jistým hlasem, mohou být formulovány asi takto: "Budu na vás působit tak, že se vaše ruce začnou k sobě stále silněji a silněji přitahovat. Budu počítat do tří. Přitom pocítíte, jak se ruce samočinně stále pevněji svírají a až vyslovím číslici tři, nebudete je moci vůbec od sebe odtrhnout. Nyní prosím o naprostý klid a soustředění. Ruce začínají být k sobě stále více přitahovány! Jedna! Prsty se pevně svírají! Dvě! Dlaně jsou pevně přitisknuty k sobě! Tři! Ruce jsou nyní tak sevřeny, že je vůbec nelze od sebe rozdělat! Pokuste se o to!" Osoby, které ruce nemohou odtrhnout, nebo je ze sebe sevření uvolňují s obtížemi, volíme k vlastní hypnotizaci.

2/ metoda relaxačně - koncentrační

Uskutečnění sugescí je v tomto případě podáváno účastníkům jako záležitost jejich vlastní schopnosti uvolnit svalstvo a soustředit se na určenou myšlenku. Jsou požádáni, aby se pohodlně usadili na židlích, uvolnili svalstvo, zavřeli oči, položili ruce volně do klína a soustředili se na myšlenku, že pravá ruka těžkne. Hypnotizér monotonním klidným a současně přesvědčivým hlasem opakuje, že pravá ruka začíná těžknout, tíhu líčí zvolna a plasticky a pak připojuje, že se ruka bude v klíně posunovat pomalu doprava tak, až přepadne na pravou stranu podél těla. Sleduje reakce zúčastněných a dle jejich výskytu upravuje další obsah svých sugescí. Objevila-li se u některých osob pohybová reakce v pravé ruce, lze s dalším postupem přestat, vyzvat všechny k ukončení soustředění a k otevření očí. Osoby, u nichž se reakce realizovala, můžeme shromáždit a uspávací tech-

nikou za přihlížení ostatních uvést současně do hypnózy. Nebo lze při pokuse pokračovat přímo bez přerušení v dalších sugescích ("levá ruka se bude zvedat, přitáhne se k rameni, nepůjde dolů, víčka nemůžete otevřít, jste v hypnóze!"). až hypnabilní jedinci upadnou do hypnózy a teprve pak vyzvat ostatní, kteří v hypnóze nejsou, aby experiment ukončili ("kdo nemá ruku přitaženu, může otevřít oči"). Další průběh kolektivní hypnózy závisí na účelu sezení.

Pro druhý postup je charakteristické, že se aktivuje pozitivní motivace a snaha spolupracovat. Považují na základě hypnotizérova výkladu realizaci sugescí za projev vlastních schopností koncentrace a relaxace. V prvním případě, je úspěch záležitostí prestiže hypnotizéra, přítomní jsou v defenzivním postoji, protože podlehnutí sugesci považují za projev vlastní slabosti.

B/ Při hypnotizaci vybrané skupiny hypnabilních osob můžeme použít na př. těchto postupů:

1/ hypnotizace vsedě v libovolném prostředí

Pacienty posadíme do půlkruhu a necháme fixovat nejlépe nějaký malý lesklý předmět, vhodně umístěný uprostřed. Sugescie podáváme analogicky jako při hypnotizaci jednotlivce. Metody lze s výhodou použít zejména u alkoholiků, po navození hypnózy jim pak vsugerovat odpor k alkoholu, resp. organizovat i společné pitky v hypnotickém stavu s průvodní nauseou až zvracením.

2/ hypnotizace vleže v klidné ložnici

Pacienti se v klidné, tiché místnosti položí na lůžka. Je výhodné, je-li v místnosti pološero, na zemi koberce tlumící zvuk kroků. Je zapnut přístroj, vytvářející jednotvárný šum (např. ventilátor). Pacienti zavrou oči, hypnotizér zvolna monotonně opakuje uspávací sugescie. Chce-li si překontrolovat nástup hypnózy, dává příkaz ke zvedání ruky a sleduje, jak se příkaz u jednotlivých pacientů uskutečňuje. Při častějším opakování takových sezení lze za nepřítomnosti hypnotizéra použít jeho hlasu, nahraného na magnetofon.

Provádění kolektivních hypnóz tohoto druhu může být výhodné u pacientů s podobnými neurotickými potížemi nebo psychosomatickými poruchami, kde lze po navození hypnózy formulovat terapeutické sugescie pro všechny stejně. Současně lze sezení využít ve smyslu Platonovovy "hypnózy-oddechu", nebo vůbec provádět u indikovaných případů hypnotickou spánkovou terapii bez speciálních sugescí, jak ji u nás propracoval Horvai.

324. Hypnotické jevy

V dalším podáváme stručný přehled funkcí, které lze v hypnóze ovlivnit, a jevů, které lze vyvolat. Někteří autoři popisují spontánní změny, které mají být charakteristické pro hypnotický stav sám, aniž by bylo k jejich vyvolání potřeba zvláštní sugescie. Platonov, Horvai a jiní popisují jako charakteristický pro hypnózu pokles krevního tlaku, zpomalení frekvence tepové i dechové, vasodilataci na pletysmogramu, snížení tonu žaludeční svaloviny a celkový posun ve vegetativním systému na stranu vagotonie, v oblasti motoriky pak zpoma-

1111-5361

lení a v oblasti sensoria jisté otupení vnímání. Mluví se o nich jako o objektivních příznacích hypnózy. Domníváme se, že tyto jevy jsou závislé na způsobu navozování hypnózy nebo na prekonceptci hypnotizovaného a že je nelze považovat za znak pro hypnózu konstitutivní. Za typický znak považují hypersugestibilitu, ostatní projevy pak vyplývají z využití této hypersugestibility.

3241. Motorika

Lze sugerovat jednak uskutečnění určitého pohybu nebo složitého chování, jednak paralýzu, která může napodobovat obrnu chabou nebo spastickou. Paralýza se neřídí průběhem motorických nervů a vychází ze subjektivní představy o tom, jak má obrna vypadat, podobně jako je tomu u funkcionálních obrn hysterických. Někteří hypnotizovaní přijímají sugesci tohoto druhu pasivně, jiní se pokoušejí o pohyb paralyzovanou končetinou; dochází však k současnému inervování antagonistů, takže pohyb je nemožný.

Sugestivně lze vyvolat ztrnulost, katalepsii určitých částí těla nebo katalepsii celého těla. Tělo pak vydrží delší dobu v nastavených nepohodlných bizarních posicích; někdy lze demonstrovat tzv. kataleptický most: hypnotizovanému se podepřou v horizontální poloze pouze paty a hlava a celé tělo zůstane ztuhlé rovně napjaté.

3242. Sensorium

Snadno lze vyvolat různé druhy parestezií, pocity tepla a chladu, dále lze sugerovat hyperstezii, bolest nebo naopak hypestezii, hypalgezii až analgezii. U somnabulních osob s nacvičenou analgezií je možno provádět v hypnotické analgezii i menší operativní zákroky, využít hypnózy k bezbolestnému porodu a pod. Vegetativní průvodní projevy bolesti mohou být přes chybění subjektivního pocitu bolesti zachovány, jindy se výrazně snižují. Sugerování analgezie dostatečně hluboké může trvat delší dobu. Je výhodné zkusit dosáhnout nejprve určitého rozdílu ve vnímání bolesti např. v pravé a v levé ruce, sugerovat, že jedna je méně citlivá a druhá zvýšeně citlivá a opakovaně zkoušet rozdíl v pociťování bodáním pacienta jehlou. Pak se pokračuje v sugerování, že "ruka vnímá stále méně, až přestane vůbec cokoliv cítit".

Lze vyvolávat iluze a halucinace zrakové jednak při zavřených očích, jednak při otevřených očích: např. vidění určitých barev, předmětů, zvířat, lidí a scén. Halucinace sluchové se mohou týkat jednoduchých zvuků, řeči, hudby, souvislého hovoru. V oblasti čichové lze sugerovat různé pachy, nebo naopak odsugerovat pachy přítomné, či vsugerovat jejich záměnu: např. hypnotizovanému je podána voda se sugescí, že jde o ocet, čpavek, že jde o voňavku - chová se adekvátně chuti sugerované. S chutí jí syrový brambor, předložený jako jablko.

Za nejnáročnější fenomény se považuje vyvolání negativních halucinací v oblasti sluchové a zejména zrakové. Při sugerování úplného ohluchnutí vzniká jistý protimluv v zachovávání raportu a reagování ohluchlého pacienta na slovní sugesci hypnotizérovy. Pro hypnózu však bývá charakteristické, že pacient je schopen do-

bře tolerovat logické rozpory. Postup však lze učinit logičtější, dáme-li s příkazem absolutní hluchoty současně příkaz, že nás pacient začne opět slyšet, jakmile pocítí dotek naší ruky na svém zápěstí.

Při negativních halucinacích zrakových je možno sugerovat jednak úplnou slepotu při otevřených očích, jednak též nevidění jednotlivých předmětů nebo osob. Např. příkaz "mimo mne není v této místnosti nikdo přítomen", vede k tomu, že pacient nevidí dalšího přítomného člověka, při střetnutí se s ním do něj narazí a může se leknout. Uspořádáme-li pokus tak, že požádáme hypnotizovaného, aby četl nějaký text a neviditelná osoba mu na něj položí ruku, není sice subjekt schopen číst, ale vysvětluje si to "zamlžením vidění" a pod. Předmětem stálých diskusí je genuinita těchto fenomenů. Někteří autoři dokazují, že se jedná o skutečnou dočasnou selektivní slepotu, jiní tvrdí, že jde o hraní role, o jednání podle prekoncepce o tom, jak by se člověk měl chovat. Ve prospěch první hypotézy uváděl např. Erickson udávání adekvátních negativních poobrazů po halucinování barevného obrazce, jiní tyto výsledky nepotvrdili a zjistili, že hypnotizovaní postupují podle vlastních vědomostí v příslušném směru. U nás se např. Hoskovec a Horvai na základě vlastních pokusů kloní k názoru o rozhodující roli prekoncepce (např. odsugerování vidění úseček, vyvolávajících zrakový klam u Müller-Lyerovy figury, nevedlo u neinformovaných osob k odstranění klamu).

3243 Vegetativní reakce

V této oblasti lze hypnózou vyvolat řadu tělesných změn, které jsou nezávislé na vůli. Lze ovlivnit metabolické procesy (např. sugescí jezení medu se vyvolá zvýšení hladiny krevního cukru), ovlivnit žaludeční sekreci, změnit puls a krevní tlak, ovlivnit sekreci moči. Zřetelně je možno ovlivnit sexuální orgány sugescí sexuálního prožitku. Internisté-psychoterapeuti Kleinsorge a Klumbies probírají ve své knize Psychotherapie in Klinik und Praxis jeden systém a orgán za druhým a podávají příklady jejich hypnosuggestivního ovlivnění. Obvykle je snazší a účinnější vyvolávání změn prostřednictvím příslušných emocí a situací, než prostřednictvím přímé fyziologické sugescie, která by v některých případech byla zcela absurdní (např. "vaše leukocyty se zmožní"). Kuriozní možnost vyvolání puchýřů sugerováním popálení je dána pouze u některých hysterických pacientů s extrémní labilitou vasomotorického systému.

3244. Ideální procesy a emoce

Zatím co méně hluboká stadia spánkové hypnózy vedou ke snížení psychické aktivity, je možno v somnambulní hypnóze provádět duševní práci nejprůzračnějšího druhu, lze s hypnotizovaným živě diskutovat, žádat jeho úsudek i sebezpozorování; může číst, psát i provádět psychologické testy. J. Schneck uvádí zkušenosti s prováděním psychologických testů při otevřených očích i v méně hlubokých stadiích hypnózy, při nichž nebyla amnézie. Lze snížit nebo naopak zvýšit představivost, vyvolat nutkavé myšlenky a strachy.

Pokud jde o pamět, je možno sugerovat hypermnézií, při níž si hypnotizovaný vybaví některé věci již zapomenuté, nebo dřívější dovednosti, které již neovládá. Metodicky zajímavé by bylo zkoumat mateřskou řeč u lidí, kteří žili v ranném dětství v odlišném jazykovém prostředí, než ve kterém žijí v dospělosti a kteří původní řeč již zapomněli. Podobně lze sugerovat na určité události z dřívější anamnézy, nebo vytvořit vzpomínkové klamy: prezentovat určitou historii, o které pak bude subjekt přesvědčeně hovořit jako o události skutečně prožité.

Poměrně snadno lze v hypnóze ovlivnit emoce, ať už sugerováním představy s určitým emočním zabarvením, nebo přímým sugerováním afektu nebo nálady ("jste rozloben", "je vám veselo"), kterou hypnotizovaný buď prožívá jako nemotivovanou, nebo si ji spojí s určitým obsahem sám.

3245 Prožívání situací a věková regrese

Při konfrontování hypnotizované osoby s určitou sugerovanou situací hypnotizovaný nezřídka halucinuje všemi smysly. Příkazy "jedete ve vlaku", "obědváte", "dojíte kozu", "jste doma se svým mužem a dětmi" a pod. mohou být prožívány jen vnitřně, avšak v hypnóze aktivního typu se subjekt dostává do pohybové interakce s halucinovaným nebo ilusivně přetvářeným okolím, dramatizuje, mluví s pomyslným manželem a slyší jeho odpovědi, nebo přenáší roli manžela na hypnotizéra a obrací se s výtkami k němu. Tímto způsobem lze u aktivních subjektů přehrávat libovolné situace, vytvářené fantazií, nebo reprodukovat situace skutečné, které se v životě hypnotizovaného odehrály. Může to mít praktický diagnostický význam. Pacient nám přehraje klíčový traumatický zážitek a svůj způsob reakce na něj. Odreagování může současně působit katarticky.

Zvláštní formou reprodukování složitých situací je věková regrese. Subjekt je vhodnou technikou (popis techniky viz v kapitole o hypnotické abreakci) vrácen do dřívějších období svého života, případně až do ranného dětství. Místo pouhého mechanického určení věku je výhodné připomenout nějakou významnější životní událost, která požadovaný věk přiblíží (např. "přenesu vás do doby, kdy jste začal chodit do školy"). V úspěšném případě se hypnotizovaný chová tak, jak to odpovídá určenému věku, mluví, píše a kreslí dětským způsobem, hraje si s hračkami; hypnotizér může převzít roli rodiče nebo učitele, který dítě zkouší.

Po psychologické stránce velmi zajímavý jev věkové regrese je opět předmětem diskusí, týkajících se jeho genuinity, pravosti. Některí autoři předpokládají úplné odbourání všech pozdějších zážitků a zkušeností a chování do důsledků takové, jak odpovídá regredovanému věku. Např. Gidro - Frank a další popisovali při regresi do věku nižšího než 6 měsíců výskyt pozitivního reflexu Babinského, který, jak známo, je v této době fyziologický a později mizí. Jiní, u nás např. Hoskovec a Horvai experimentálně prokazují, že při regresi jde o jednání na základě prekoncepce dospělé osoby o tom, jak se chová dítě sugerovaného věku. Uvažuje se i o tom, že by mohly existovat obě možnosti (Erickson, Kubie, Wolberg) event. že je věková regrese dynamickou směsí dramatizace a skutečného prožití.

3246 Posthypnotická sugesce a posthypnotická amnézie

Posthypnotická sugesce se může týkat všech jevů popsanych v oddíle o hypnotických fenomenech. Je to sugesce zadaná v hypnóze, její účinek zasahuje do období po ukončení hypnózy. Není-li na průběh hypnózy amnézie a subjekt si příkaz pamatuje, pocituje jej nezřídka jako kompulsi, jíž může v menší nebo větší míře vzdorovat. Je-li na příkaz amnézie, provádí subjekt přikázaný čin nezřídka s pocitem jednání z vlastní vůle a při dotazování po jeho motivech se jej snaží racionalizovat. Naše vlastní pokusy ukazují, že racionalizační úvaha nese nezřídka rysy paralogického myšlení. Při zadání obtížných nebo absurdních příkazů může dojít v průběhu jejich provádění ke vzniku krátkodobé spontánní hypnózy (L. Mayer mluví o "posthypnóze"), spojené s amnezií.

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 úplná amnézie na celý průběh hypnózy nastupuje v somnambulní hypnóze i bez sugesce, zatím co v méně hluboké hypnóze se úplnou amnezií 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 při řeči vaše křestní jméno, vzpomenete si na vše).

Jakýkoliv 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. Její nástup může být rovněž vymezen určitým časem (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).

Na posthypnotické sugesci spočívá využití hypnózy v psychoterapii.

325. Hypnóza jako psychoterapeutická metoda

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 interpersonálně-korektivní (hypnodrama) a v rámci racionálních postupů psychagogických (užívá se formulek, zaměřených na přetváření pacientovy osobnosti).

Při přímém sugestivním odstranění příznaků lze rozlišit dva základní postupy:

1/ náhlé dramatické odstranění příznaků

Je použitelné 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 zákrokem se vyčká. V hluboké hypnóze se pak přímo a autoritativně příznak odsugeruje, na-

př. ležící pacient s hysterickou paralýzou dolních končetin dostane příkaz "vstaňte a choďte". Podobně lze přikázat mutistickému pacientovi, aby mluvil, afonickému, aby křičel, pacienta s grafospasmem žádat, aby v hypnóze psal. K provokaci použití blokové funkce lze 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 ovládnutí funkce přeneslo i do bdělého stavu.

U nepříjemných sensitivních fenomenů jako parestezií, bolestí a dále při iritačních příznacích motorických je výhodné navázat se symptomem nejprve určitý kontakt tím, že ho zintenzivňujeme, dříve než se jej pokusíme odstranit. Např. u pacientky trpící psychosomatickými bolestmi v pravém hypochondriu jsme vsugerovali nejprve značné zvýšení bolesti, na které živě reagovala; pak bolest rovněž reagovala i na sugesci zmenšování a mizení. U pacientky, která trpěla bolestmi v krku a polykacími obtížemi v souvislosti s neopodstatněnou kancerofobií, jsme nejprve vystupňovali obtíže až k neschopnosti polykání a na další sugesci příznak promptně vymizel. U tremorů lze podobně zkusit třes nejprve zvýšit a pak snížit.

2/ Postupné odstraňování obtíží v serii hypnotických sezení

Není-li hypnóza dostatečně hluboká, nejsou-li předpoklady k rychlému odstranění příznaku, nebo jsou-li potíže celkově více difusního rázu, je vhodnější nepokoušet se je odstraňovat najednou, nýbrž spíše v serii sezení, prováděných asi 2 krát týdně, používat 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 podle možností takto podávané sugesce též racionálně motivovat, spojit zlepšení s nějakým logickým důvodem k němu: "současné s řešením vaší životní situace stávají se vaše potíže zbytečnými, nepotřebnými, ztrácejí se, cítíte se stále lépe" (metoda Bernheim-Bechtěrevova, doporučovaná Platonovem).

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

Zajímavý je vztah hloubky hypnózy a terapeutického účinku. Obvykle platí, že čím je větší hloubka, tím rychlejší a dramatičtější může být účinek. Jsou však případy, kdy poměrně velmi lehká hypnóza, svým průběhem zcela neuspokojící hypnotizéra, je pacientem považována za velmi účinnou. Tyto zkušenosti vysvětlují, že např. Stokvis, Platonov a řada dalších hypnotizérů s bohatou rutinní praxí si příliš neláme hlavu s tím, v jakém stupni hypnózy pacient je a zda se u něj vůbec jedná o hypnotický stav, nýbrž spokojí se s tím, že pacient leží a má zavřené oči a "hustí" do něj opakovaně a v opakovaných sezeních sugesce o jeho zlepšujícím se stavu - často s úspěchem.

Problematika hypnózy je u nás důkladně zpracována v monografii J. Horvaie *Hypnóza v lékařství* (1959). K dalšímu pochopení některých hypnotických fenomenů se snaží přispět systematické experimenty Horvaie s Hoskovcem (69, 74). V tisku je Hoskovcova monografie z oblasti experimentální hypnózy. Z dalších běžně dostupných prací upozorňujeme na stručnou příručku východoněmeckých autorů Kleinsorga a Klumbiese *Technik der Hypnose für Ärzte*, obsahující gramofonovou nahrávku s ukázkami verbálních hypnotických sugescí a dále na práce sovětských autorů, zejména na obsáhlé dílo K.I. Platonova *Slovo kak fiziologičeskij i lečebnyj faktor*, obsahující popis četných experimentů i praktických kazuistik. Řadu pokynů pro hypnoterapeutickou praxi lze najít též v monografiích Slobodjannika (186), Lebedinského (162), přehled různých sovětských prací je ve sborníku *Voprosy psichoterapii*, redigovaném Lebedinským. V Americe existuje řada obsáhlých příruček a monografií, z nichž nejvýznamnější jsou uvedeny v seznamu literatury. Vycházejí i samostatné časopisy věnované hypnóze; k nejvýznamnějším patří "International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis" a "The American Journal of Clinical Hypnosis".

33. Psychoterapie abreaktivní a farmakologická

Pojem "abreaktivní metody" a pojem "farmakologické psychoterapeutické metody" jsou pojmy, které se částečně kříží. K navození stavu vhodného k abreakci se nyní využívá nejčastěji farmak. Abreakce lze však dosáhnout i jinak a podobně adjuvantní užití psychofarmak v psychoterapii může spočívat i na jiném mechanismu, než je abreakce, což platí zejména o užití halucinogenů. V této kapitole probereme jak problematiku abreakce, tak komplexní problematiku psychoterapeutického využití halucinogenů.

Abreaktivní psychoterapie se snaží zneškodnit předpokládané patogenní působení negativních emocí tím, že je nechává znovuproběhnout za terapeutických okolností. Nechává pacientovi reprodukovat nebo znovuprožívat patogenní emoční zážitky (psychická traumata nebo konflikty) s odpovídajícím citovým doprovodem za účelem uvolnění emoční tenze (počítá se s katartickým (očistným) působením takového prožitku).

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

Jednotlivé hysterické příznaky okamžitě a nenávratně mizely, 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 vyličil a onen afekt projevil slovy: vzpomínka bez afektu je skoro vždy neúčinná. Psychický pochod, který původně probíhal, musí být tak živý, jak jen možno, opakován, musí být uveden in statum nascendi a pak vysloven. Účinnost katartické či abreaktivní metody spočívá 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 amnezií".

Podobné metody použil před Breuerem a Freudem již P. Janet v roce 1889 k odstranění hysterických symptomů u 19 leté dívky, u níž se odstranění symptomatickými sugescemi v hypnóze nedařilo. Převědł ji v hypnóze do jejích 13ti let, 1111-5361

kdy zažila silné duševní trauma; došlo k jeho znovuprožití s odpovídajícím afektem a s odstraněním symptomů.

Freud přešel později od metody odreagování k metodě volné asociace a k vypracování metody psychoanalytické. Otázka abreakce však byla dále rozvíjena jinými psychoterapeuty, přičemž se pojem abreakce rozšířil. Původně byla chápána jako znovuprožití potlačeného materiálu nevědomého a předpokládala tedy přijetí hlubinně psychologické koncepce nevědomí. Později se začalo pod pojem abreakce zahrnovat i emoční znovuprožití tenzního materiálu vědomého. V tomto uvedeném širším pojetí chápeme abreakci i zde. Lze ji definovat jako reprodukci či znovuprožití patogenních emočních zážitků s odpovídajícím citovým doprovodem za účelem uvolnění emoční tenze.

Princip odreagování se v běžné formě "ventilace" uplatňuje v řadě běžných pohovorů pacienta s lékařem. V důvěrné atmosféře vyšetřovny za přítomnosti člověka, který s porozuměním naslouchá, se řada pacientů spontánně "vyhovoří" a "vypláče" ze svých minulých i současných těžkostí a pocítí na tomto podkladě úlevu, aniž jim bylo cokoliv terapeutem interpretováno, doporučeno nebo předepsáno. 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. Použitelné techniky lze rozdělit na hypnotické, fantazijní, situační a farmakologické.

331 Hypnotická abreakce

Pacient je uveden do hypnózy a pak je sugescí přiveden k prožívání situace, která se má odreagovat. Dříve než se k odreagování přistoupí, je třeba přezkoušet pacientovu schopnost v hypnóze prožívat situace a to nejprve sugerováním situací indifferenčních. Případně lze tuto schopnost nacvičit - nácvik si někdy vyžádá i několika sezení. Sugerujeme pacientovi např., že hovoří s přítelem, hraje si s dětmi, potkává zlého psa, sedí v kruhu své rodiny a pod.

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

a/ pacient dovede situaci slovně i pohybově přehrát při otevřených očích. Dáváme příkaz např. takto: "Jakmile se dotknu vašeho čela, přenesete se zcela do toho dne, kdy jste prožil Otevřete oči, můžete se pohybovat, budete vše jasně slyšet, vše vidět, prožívat. Je (uvedeme den, případně hodinu a počátek příslušné situace), vedle vás stojí (příslušné osoby, které byly ve hře)." Dáme příslušný signál a vyčkáme rozvoje pacientovy aktivity.

b/ pacient je v hypnóze pasivnější. Posadíme jej proti stěně nebo mu dáme do ruky zrcadlo tak natočené, aby odráželo bílý strop, nebo list papíru či krystal se sugescí: "Budete jasně vidět a prožívat vše, co se tehdy odehrálo". Pacient s otevřenýma očima hledí na stěnu, do zrcadla nebo na papír a halucinuje události.

c/ 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, 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 nejspíše. Při nácviku u pacientů s malou fantazií pomáháme někdy sugestivním počítáním s tím, že události se budou stále jasněji vynořovat z mlhy.

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

Příklady: dvadvacetiletá pacientka prožila požár na pracovišti, při němž byla již v bezvědomí vynesena z šatny, odříznuté ohněm od východu; prožila tedy stav neodreagovaného akutního strachu při ohrožení života. Od tohoto zážitku trvá fobie z místa požáru, neschopnost vejít do šatny, nechutenství s úbytkem na váze a další symptomy. Po navození somnambulní hypnózy byla převedena při zavřených očích do doby požáru. Dochází k výraznému neklidu, volání o pomoc přátel, manžela, maminky, pláč nad tím, že dítě, které čeká (byla v době požáru gravidní) musí zemřít s ní, hází sebou na posteli. Po skončení prožitku se objevuje únava a uvolnění. V další hypnóze byla přivedena k prožívání návštěvy v šatně v budoucnu, kdy se již nebude bát. Na to byla navázána skutečná návštěva kritického místa v průvodu terapeuta; strach byl odstraněn.

Analogicky byla provedena hypnotická abreakce u pacientky, která od dob autohavarie odmítala vsednout do auta a u pacientky, u níž se vyvinula neurastenická symptomatologie po zjištění nevěry manžela (přehrávala hovor s manželem, verbalisovala 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.

U pacientky s kombinovanými hysterickými a epileptickými záchvaty ukázala reprodukce vzniku prvního záchvatu, že muselo jít o záchvat Jacksonské epilepsie po prodělané meningitidě. Přehrávání dalších etap života pak odhaluje, že k připojení hysterických záchvatů, které při svém nasazení využívají již zaběhnuté formy záchvatů epileptických, došlo po znásilnění dvěma muži a že k zmnožení záchvatů dochází za okolností, které situaci nějak připomínají, aniž je si toho pacientka vědoma (např. pocitu).

Takový postup s opakovanými hypnotickými sezeními, v nichž je pacient postupně regredován do různých relevantních životních období a situací, a kdy je materiál přiváděn do vědomí, interpretován a odreagován, lze označit jako hypno-analýzu. Někteří američtí autoři však název hypnoanalýza rezervují pro postup psychoanalytický, který využívá hypnózy k překonání odporu a urychlování náhledu.

332. Fantazijní prožitky

U osob s živou fantazií lze navodit odreagování využitím relaxovaného stavu s podnícením představ (obrazového myšlení). Při navozování se obvykle užívá polohy vleže se zavřenýma očima a relaxace, event. lze využít počátečních cvičení autogenního tréninku. Existuje řada variant této techniky.

E. Kretschmer a K. Betz mluví o Bildstreifendenken, obrazovém myšlenkovém pásmu: jde o filmu podobný průběh skupin obrazů, v nichž každá skupina je scénicky uspořádána. Toto obrazové myšlení se odehrává při zúženém vědomí, při zachovaném pocitu vlastní aktivity a za silné afektivní účasti. Ke katartickému odreagování dochází někdy zcela neřízeně, jindy se produkce stimuluje zadáváním řídicích témat, vycházejících z pacientovy problematiky. Autoři doporučují využít metody i k účelům dalšího formování osobnosti prohlubováním prožitků až v meditace, při nichž dochází k prožití a poznání skutečností, které nejsou poznatelně racionálně, nýbrž jen zažitelně vnitřně.

Desoille v "le reve eveille", bdělém snění, podobně Happich ve svém meditativním cvičení doporučují symbolické představy stoupání vzhůru. Brachfeld bere východisko na vysoké hoře, z níž osoba stoupá po žebříku k nebi a je pak dotazována na to, co prožila. Prožitky nabývají často mystického charakteru a lze je konfrontovat se "sestupem do hlubin", s pudy a instinkty.

H. Leuner nazývá svůj postup experimentálním katatymním obrazovým prožíváním (experimentelles katathymes Bilderleben). Analogicky žádá pacienta, aby si představoval určité obrazové motivy, které slouží jako krystalizační jádro pro subjektivní vytváření obrazů, které mají symbolický význam. K základním motivům patří louka, výstup na horu, pohled do pekla, sledování potůčku až k moři, pohled do bažinaté díry, prohlédání domu, setkání se s otcem a matkou a pozorování sopky. Pacient se pohybuje v metaforické krajině svého vnitřního života a referuje o svých zážitcích. Během několika sezení se tak vytvoří katatymní panorama, které umožňuje vhled do pacientovy podvědomé problematiky. Nejintenzivnější postup nazývá Leuner symboldramatem: symbolické postavy, objevující se na louce nebo vystupující z bažin či pekla, jsou vedeny v představách k interakci. Výklad je propracováván na analytickém podkladě.

333. Abreakce provokovaná situačně

Abreakci lze provokovat situačně tím, že pacienta postavíme do takových podmínek, které jeho tenzi aktualizují, ať už vůči přítomnému reálnému viníkovi, nebo vůči osobě, která jej zastupuje.

Je možno nechat odreagovat např. tenzi pacientky vůči manželovi při konfrontaci obou manželských partnerů. Za katalytického vlivu přítomnosti terapeuta je pacientka povzbuzena, aby svému partnerovi řekla vše, co si o sporném problému myslí. K témuž účelu lze - mnohem vhodněji - využít psychodramatického sezení, kdy osoby, vůči nimž cítí pacient tenzi, jsou zastupovány spolupacientem nebo členem terapeutického týmu a kdy jsou přehrávány situace, ke kterým se neodreagované napětí vztahuje. Významná je u těchto metod možnost reagovat ve

1111-5361

skutečné sociální interakci i možnost využití širokého rejstříku pohybového doprovodu.

K provokování abreakce lze užít i přidělení rolí po promítnutí filmu, který se dotýká aktuální problematiky. Např. po promítání filmu "Kdo je tím viněn", zachycujícího různé drobné manželské konflikty, byli účastníci vyzváni, aby se identifikovali s určitou postavou filmu a v diskusi zastupovali její postoje. (89) V diskusi při konfrontaci dochází k projekci vlastních emočních problémů do situace a k odreagování tenze a hostility. To vytvářelo dobré podmínky pro následující korekci vlastního postoje. Tím ovšem metoda hraní role, stejně jako metoda psychodramatu vůbec, přesahuje rámec psychoterapie abreaktivní a zasahuje do metod interpersonálně - korektivních, kterým je věnována další kapitola.

334. Farmakologické metody

Stav příznivý pro abreakci se zde navozuje podáním farmak a to jednak farmak, snižujících sebekontrolu snížením lucidity vědomí (narkoanalýza a inhalační anestetika), jednak stimulačních mluvení a emotivitu (psychomimetika), jednak vyvolávajících psychickou alteraci ve smyslu modelové psychózy (zejm. LSD). Uvedených farmakologických metod bývá užíváno nejen k abreakci, ale i k účelům diagnostickým (k prohloubení explorační, k provokaci příznaků) a k podpoře psychoterapie jiného druhu, než je abreakce, zejm. k intenzifikaci terapeutického vztahu a ke stimulování produkce dynamicky interpretovatelného materiálu. To platí zejm. o psychoterapii s užitím halucinogenů, o níž budeme proto řeč zvlášť.

3341. Narkoanalýza

Ultrakrátkoúčinných barbiturátů, intravenózně podaných, začali používat mezi dvěma válkami k získání dat od málomluvných pacientů Bleckwenn, Lindemann, Wagner a jiní, Horsleyem (1936) pak bylo jejich užití vypracováno v metodu, nazvanou narkoanalýza, k účelům analýzy, uvolnění vzpomínek a potlačených emocí. Jejich užití se rozšířilo zejm. za II. světové války. Sargant, Slater, Debenham a Hill doporučovali, aby byl pacient přiveden k znovuprožití prudkých emocí, které byly vyvolány bojovými scénami, jež měly za následek vznik traumatické neurozy. Grinker a Spiegel použili metody při bojích v Severní Africe a pojali ji komplexněji jako "narkosyntézu", doplněnou o psychoterapii v bdělém stavu, na analýzu navazující. Po válce se rozšířila i do terapie civilních neuroz.

Provedení: Ležícímu pacientovi se pomalu intravenózně vstříkuje roztok krátkoúčinného nebo ultrakrátkoúčinného barbiturátu (Sodium amytal, Pentotal sodium, Thiopenton, z našich preparátů Thiopental Spofa) jeden gram ředěný ve 20 ccm destilované vody. Pacient se nechá buď počítat pozpátku od sta, nebo se s ním udržuje rozhovor až do doby, kdy se objeví mírná dysarthrie (obvykle po 3 - 5 ccm roztoku). Na této hranici mezi bděním a spánkem, kdy pacient ztrácí sebekontrolu, se trvale udržuje občasným pomalým dostřikováním. Celková dávka 1111-5361

ka potřebná k narkoanalýze závisí na trvání, kolísá dle váhy obvykle mezi 8 - 15 ccm roztoku. Lze též pacienta nejprve uspat (k čemuž nezřídka dojde i nechtěně při rychlejším vstříknutí roztoku) a pak jej k rozhovoru silnějšími podněty probouzet.

V subnarkotickém stavu se s pacientem udržuje kontakt a zavádí se 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 je nutno se pacienta stále ptát. Narkoanalýza odstraňuje obranné bariéry a zábrany, umožňuje pacientovi verbalizovat jeho emoční konflikty. Výrazně se zintenzivňuje vztah k terapeutovi, někteří autoři mluví přímo o regresi do stavu dětské důvěřivosti a závislosti (Horsley). Předpokládá se, že narkoanalýza ovlivňuje pacienta též ve smyslu reemnézie: je schopen vyslovit i to, nač byla dosud amnézie.

Ukončení narkoanalýzy se provádí buď tak, že se látka přestane dostříkovat a pacient ve stálém kontaktu s terapeutem postupně přejde do bdělého stavu (když se pacient postupně probírá, lze zde dobře navázat syntézu, výklad, ujištění), nebo se rychlejším dostříknutím hypnotika úplně uspí. V takovém případě pak mívá na proběhlý hovor amnézii.

Narkoanalýza byla nezřídka používána i v praxi kriminalistické jako "sérum pravdy", které mělo donutit podezřelého k přiznání, nebo ke sdělení zapíraných okolností. Účinnost tam, kde vyšetřovaný je silně motivován zapírat, je malá - a rovněž i spolehlivost sdělení je problematická; přiznání v takovém stavu nemá hodnotu důkazu a užití postupu je i z etického hlediska zavrženíhodné. V psychoterapii je účel i motivace jistě jiná, ale ani zde nelze považovat za žádoucí vynucování si sdělení, které pacient neřekl dobrovolně, pomocí thiopentalu. Je jistě vhodnější získat od něj potřebné informace dobrovolně po navázání vztahu důvěry. Užití metody k účelům explorační je na místě tam, kde pacient sám pro svou utlumenost, úzkost, nebo stud nedokáže o věcech hovořit, nebo je nedovede projevit s jejich emočním nábojem, ač je jinak motivován kladně.

3342. Inhalační anestetika

Z inhalačních anestetik se rozšířilo k účelům abreakce užití zejm. etéru a u nás trichloretylénu (Narcogenu).

a/ etér

Zmínku o použití etéru k psychoterapeutické abreakci nacházíme u J.H. Schultze již v r. 1927, o jeho rozšíření pak můžeme mluvit za II. světové války, kdy začal být používán jak anglickými a americkými, tak sovětskými psychiatry.

Sovětsští autoři (Popov, Těmkin, Girjarovskij, Kulik a j.) vesměs užívali lehké etérové narkózy (nakapáno na masku 15-20 ccm) a to u hysterických mutismů a surdomutismů. Během narkózy začal pacient mluvit a tato konverzace byla prodlužována až do bdělého stavu. Svjadošč na rozdíl od ostatních při své me-
llll-5361

todě "náhlého působení" pacienta etérem de facto radikálně dusil, až pacient dostal strach a začal křičet. Mimo mutismy bylo metody při dávce 20 - 40 ccm užito Giljarovským u hysterických paréz.

Na Západě použil etéru s úspěchem zejm. Palmer u různých válečných traumatických neuróz v severní Africe. Jeho metody užívali od r. 1944 Shorvon a Sargant, kteří v práci z roku 1947 podrobně shrnuli své zkušenosti a vytvořili vlastní teorii na pavlovovském základě. Z mírového období přináší úspěšný materiál např. norský autor F. Askevold (1958).

Provedení dle Sarganta a Shorvona: Pacientovi se vysvětlí, že léčení se provádí k uvolnění emoce nebo napětí, které je v něm a dává vznik příznakům. Na Schimmelbuschovu masku, přiloženou na obličej, se nakape dostatečné množství etéru. Během prvních vdechů se maska drží v těsné blízkosti obličeje, pak se přiloží a dále se přikapává. Množství etéru autoři neuvádějí, zdůrazňují jen, že se nesmí kapat příliš pomalu a v příliš malých dávkách, což by vedlo k postupné anestezizaci. Pacientovi je v rauši připomenuta scéna, která vedla k jeho zneurotizování. (Askevold uvádí, že stačí "klíčové slovo"). Je-li lehká etérisace uskutečněna úspěšně, dochází během 1 - 10 min. ke značné excitaci a pacient začíná odraťovat. Hlas je silnější, v obličeji pacient zrudne. Často se chová tak, jako by se události právě odehrávaly. Někdy je třeba i více osob, aby pacienta hlídaly, u tělesně silných jedinců je výhodné pro jistotu použít nějakého mechanického omezení, např. pacienta přivázat. Excitace se liší intenzitou i trváním. U některých pacientů trvá určitá úroveň excitace delší dobu, jiní rychle přestanou, jsou chvíli utlumeni, ale brzy začnou znovu. U dalších se projevuje stoupající křivka excitace, na jejímž vrcholu náhle upadnou do inertního stavu a zůstávají několik minut jako v bezvědomí. Sargant a Slater nazývají tento stav vrcholným emočním kolapsem a považují jej za známku nejspokojivějšího průběhu. Dle jejich zkušeností lze metodou dosáhnout snadno emočního uvolnění u jedinců s čerstvou akutní traumatickou neurózou. Obtížnější je to u dlouhotrvajících onemocnění, kde se někdy abreakce podaří, jindy ne. Askevold ji považuje za indikovanou zejm. tam, kde bylo u traumatického materiálu nějak blokováno uvolnění afektu.

Svjadoščova metoda etérové masky.

Popíšeme v této souvislosti i Svjadoščovu metodu, která používá etéru, u které však nejde v pravém slova smyslu o abreakci, nýbrž o jiný mechanismus terapeutického působení. Může však prokázat u indikovaných případů rovněž cenné služby.

Pacientovi se vysvětlí, že podkladem jeho poruch je útlum, částečný spánek určité části mozkové kůry a že mu bude podán lék, který okamžitě odstraní tento stav útlumu. Pacient se uvádí v horizontální poloze. U hysterické parézy zůstane paralytická část těla volná, důležité však je, aby pacient měl dojem, že se vůbec nemůže pohnout. Použije se masky dostatečně velké, aby přikryla nos i ústa a nakape se na ni 40 - 80 ml etéru. Masku se otřepe a rychle se přiloží pacientovi na 5 - 90 vteřin. Sejmě se, jakmile se pozoruje, že došlo k odstranění hysterických příznaků, např. dojde-li ke křiku při hysterickém mutismu, k pohybu paralytickou končetinami.

nou a pod. Svjadosšč považuje metodu za velmi účinnou u hysterií s příznaky výpadu funkcí. Terapeutický mechanismus spočívá v tom, že při rychlém přiložení masky dojde reflexně k zástavě dechu, při čemž vzniká silný stav strachu, doprovázený psychomotorickým neklidem; při tom dochází k odstranění hysterického příznaku cestou "smývání útlumových bodů v kůře vlnou excitace".

b/ Trichlorethylen

U nás vypracoval původní metodu s použitím trichlorethylenu (Narcogenu) Robert Konečný (1951). Pavlovovsky se ji pokusila vyložit O. Konečná v dizertaci "Pokus o teorii narcogenu" (1952). V Anglii pracoval s trichlorethylenem Rees.

Popis techniky:

Před aplikací se provádí rekapitulační rozhovor o pacientově případě. Na oči se mu přikládá papírová vata, přiloží se Schimmelbuschova maska, přes ni gázová rouška s otvorem pro kapání a pacient si zvyká na vůni narkogenu po předběžném nakapání několika kapek. Vlastní počáteční dávka je 50 kapek. Již po ní nastává u řady pacientů excitace. Nenastane-li, přikapává se v 5-ti minutových intervalech 2x po 20 kapkách dle potřeby. Po těchto celkem 90ti kapkách nastává excitace u většiny pacientů. Excitace se nechá proběhnout bez jakéhokoliv zásahu jako ryze fyziologický proces. Nenastane-li excitace automaticky, zasahuje terapeut vhodným podnětovým slovem, jež je symbolem neurotizující situace. Po této první fázi - excitaci, následuje druhá fáze, fáze narkotického spánku, během něž se provádí racionálně sugestivní psychoterapie. Pacientovi je vyložena etiologie jeho onemocnění a je sugestivně ujištěn, že potíže, které měl, zmizí. Sezení trvá průměrně 20 - 60 min. Provedení je indikováno u všech neuróz s psychogenní etiologií. Konečná uvádí z materiálu 148 případů vyléčení nebo zlepšení u 76 %.

Metoda narkogenu se jistou dobu se značně pozitivními zkušenostmi užívala na řadě pracovišť zejm. moravských (Černovice, Kroměříž, Jeseník), její užití. a další rozvoj byl však blokován varováním před kapáním na volně přiloženou gázovou Schimmelbuschovu masku, i když varování vyšlo spíše z některých negativních zkušeností s užitím trichlorethylenu k celkové anestézii chirurgické (nebezpečí primárních synkop), než z rizika postupu při daleko nižším dávkování k účelům psychoterapeutickým. Vzhledem ke stávajícím předpisům je nutno používat polootevřeného způsobu inhalace. Žalman doporučil narkogenní odpařovač vlastní konstrukce (123), který umožňuje nastavení koncentrace narkogenních par od 0 do 8ml %. Z přístrojů n.p. Chirana lze použít odpařovače Démant - Keszlerova. Hermetické přiložení masky na ústa ovšem znesnadňuje porozumění pacientovým výkřikům a sdělením, takže je nutno masku střídavě přikládat a snímat.

Ze Žalmanova příspěvku k psychoterapeutické technice s užitím narkogenu uveďme ještě jeho návrh na nahrávání pacientových produkcí během abreakce na magnetofon a jejich následné přehrávání během dalších sezení po farmakologické navození analgezie a euforie injekcí dinarconu se scopolaminem (dinarcon 0,008 - 0,015, scopolam. hydrobrom. 0,0002 s.c., 20 min před sezením). Očekává se desenzibilizace pacienta vůči patogennímu materiálu.

1111-5361

3343. Psychomimetika

Při užití psychomimetik nedochází k navození celkového útlumového stavu, nýbrž naopak ke korové excitaci. Zvyšuje se agilita a sdílnost až k logorrhei, zvyšuje se pohotovost k emočním reakcím, odstraňují se zábrany. K odreagování zde dochází za plného vědomí pacienta.

Metodu propočítal Delay se spolupracovníky pod názvem amfetaminový šok, k nám ji pod vhodnějším názvem psychotonový interview uvedl v r. 1951 Žalman. V kroměřížské léčebně jsme podrobili rozboru průběh psychotonového interview u 50 ti neurotiček.

Technika psychotonového interview.

Pacient je uložen ve zvukově izolované vyšetřovně, je navázán rozhovor a současně se během 1 - 2 min. intravenózně vstříkne 30 - 40 mg psychotonu. Rozhovor je pak na základě znalostí psychoanályzy veden ke vzpomínkám, u nichž se předpokládá souvislost s neurotickými symptomy. V řadě případů se pacient dává do pláče a spontánně se rozhovoří o svých nejtěživějších problémech. Přítomnost více osob není žádoucí. Je výhodné přikrýt pacientovi oči rouškou, čímž se snižuje jeho ostych a umožňuje se mu situaci intenzivněji prožít. V rozhovoru se pokračuje, dokud trvají změny emotivity a dokud vyprávění přináší nový materiál. Obvykle se trvání interview pohybuje mezi 1 a 3mi hodinami.

Typickou ukázkou průběhu může být průběh u 41 leté prodavačky, hospitalizované pro depresivní neurózu. Neuróza byla důsledkem matematické konfliktové situace, která vyústila v rozvod. Po několika minutách od aplikace psychotonu dochází k intenzivní excitaci s voláním manžela, oslovováním jej něžnými slovy, vyjadřováním touhy po něm: "Jožinku, broučku, vrať se ke mně! Vrať se! Nevydržím to bez tebe, nevydržím! Já chci tebe, já tě mám ráda, vrať se!" Intenzivní excitace trvala kolem 15ti min. Po této fázi dochází k mnohmluvnému vyprávění, během něž se objevují již mírnější plačtivé afekty, adekvátní obsahu vzpomínek. Po odreagování a racionálním rozboru situace v dalších dnech dochází k uklidnění, odeznívání deprese a zapojení pacientky do činnosti terapie.

U uváděných padesáti případů se vyskytla motorická excitace u 50 %, zvýšená sdílnost u 76 %, plačtivé reakce u 70 %. O proběhnutí abreakce bylo možno mluvit celkem u 70 % případů, z toho u 20 % byla abreakce bouřlivá, u 50 % mírnější. Někdy ovšem vyvolá psychoton pouhé vegetativní projevy a nepříjemné pocity (bolesti hlavy, parestázie, tlak na prsou, tachypnoe, závratě, zvracení a j.). Někteří autoři je vysvětlují mechanismem hysterické konverze jako sekundární obrannou reakci na nebezpečí, hroící osobnosti z uvědomění si nebo sdělení potlačeného materiálu; půjde však pravděpodobně spíše o individuálně podmíněné reakce farmakospecifické, dané výrazným sympatikomimetickým účinkem psychotonu. Variabilita bude souviset nejspíše s individuálně různou vyvážeností vegetativního nervového systému. V několika případech došlo k paradoxní reakci během psychotonového interview: vznikla ospalost až spánek. V den, kdy byl proveden psychotonový interview, přetrvává obvykle nechut k jídlu a nespavost, kterou je vhodné překonat podáním silného hypnotika na noc.

Kromě čs. preparátu Psychotonu Spofa (benzedrin, amfetamin), lze použít dalších psychomimetik, zejm. injekčního Pervitinu (methyldamfetaminu), Ritalinu, Fenmetrazinu a Dexfenmetrazinu; dávkování analogické.

Diskuse

Užití abreakce vychází z předpokladu, že neodreagované emoční napětí je schopno vyvolávat symptomy, nebo podmiňovat jejich přetrvávání. Tuto tenzi by bylo možno v podstatě odstranit dvojím způsobem. Jednak jejím rozpuštěním v relaxaci, nastolením klidu místo tenze hypnózou, či odpoutáním pozornosti, jednak masivním vypuštěním koncentrovaného afektu, vybitím zkratem, t.j. abreakcí. Léčivý účinek lze analogizovat s otevřením ventilu přetopeného kotle, nebo s chirurgickým vyprázdněním hnisavé afekce dle známé zásady "ubi pus, ibi evacua". Nezdá se, že by odreagování mělo zvláštní účinek tam, kde pacient svoje traumata a tenzní zážitky každému opakovaně s emotivním doprovodem vypráví, tedy kde je, dle příměru, rána otevřená a hnis má volný odtok. Spíše tam, kde je opouzdřen a ven samostatně nemůže, vyžaduje se radikální zákrok, aby se hlíza vyprázdnila. I Sargant a Shorvon poukazují na to, že excitační abreakce je neúčinnější u jedinců, kteří projevují převážně inhibiční typ reakcí po abnormálních stresech. Zůstává ovšem problémem, zda takto pojatá abreakce je skutečně účinným terapeutickým faktorem a postoj k abreaktivním technikám není v literatuře jednotný.

Z psychoanalytických pozic odmítá abreaktivní metody např. Masserman, který je hodnotí jako ustrnutí na překonané první fázi ve vývoji psychoanalýzy. Domnívá se, že vedou ke zvýšení závislosti na terapeutovi, že mohou vyvolat úlevu pouze dočasnou a že jejich konečný efekt je negativní. Z pavlovovských pozic odmítá abreakci většina starších prací sovětských. Značně ostře formuluje své odmítnutí východoněmecký Müller - Hegemann, přiřazující narkoanalýzu k psychoanalýze. Novější sovětské práce o psychoterapii, zejména monografie Svjadoščova, Konstorumova a Slobodjannikova se staví k odreagování psychických traumat daleko pozitivněji. Považují za nesporné, že existují neurozy, u nichž neodreagovaná psychická traumata mohou mít patogenetický význam a že odreagování těchto traumat může být terapeuticky účinné. Pozitivně hodnotí abreakci i řada německých psychoterapeutů, např. J.H. Schultz, Kleinsorge, Klumbies a jiní. Zvláště pozitivní vztah mají k abreakci autoři psychoterapeutické učebnice bulharské (Šarankov, Lozanov, Petrov, Atanasov), jak o tom svědčí již jejich rozdělení látky do kapitol: 1/ sugesce, 2/ hypnóza, 3/ odreagování. Odvolávají se zejména na přínosy bulharských autorů: techniku "reprodukce" od Nikoly Krstnikova a "kortikodynamické dekapsulace" od Kirila Čolakova.

Existuje řada pokusů o převedení výkladu abreakce do úrovně fyziologické a to vesměs s pavlovovskou orientací. Guensberger formuloval v r. 1950 terapeutický mechanismus pro narko-analýzu jako vytvoření nového podmíněného reflexu, který ruší chorobnou fixaci afektu tím, že spojí afektivní tenze s efekty a ty zprostředkují potřebný výraz. Podobně Svjadošč vysvětluje v roce 1955 terapeutickou účinnost odreagování jako "likvidaci ohniska patologického inertního podráždění pomocí vybití jeho energie". Pokud je odreagování prováděno ve stavu

1111-5361

hypnotického nebo narkotického spánku, podílí se na jeho účinnosti též mechanismus "spojení celkového útlumu se speciálním stavem chorého bodu".

Shorvon a Sargant vidí v abreakci analogii se sryvem, jímž se uskuteční zrušení získaných patologických podmíněných spojů. Domnívají se, že "vrcholný emoční kolaps", který pozorovali v průběhu etérové abreakce, odpovídá Pavlovovu pozorování na psech při povodni v Leningradě: vyvolání akutní excitace vede k fázi nadlimitního útlumu, v níž je kora neschopna další činnosti a v níž se, podobně jako při leningradské povodni, může objevit zrušení dříve získaných podmíněných vzorků chování. Po takové změně může dojít k účinnému znovupodmiňování, pacienti jsou schopni akceptovat nová hodnocení a postoje.

Na rozdíl od teorie Shorvona a Sarganta mluví Konečný a Konečná při vysvětlování narkogenové abreakce o dokončení či opakování patogenních reakcí za podmínek, které koru před sryvem chrání. Předpokládají, že narkogen zbavuje koru patologicky irradující nebo inertní negativní indukce subkortikálních center v důsledku oslabení útlumového procesu. Narkogenová narkóza vyřazuje koru z činnosti, chrání ji před sryvem a pacient může dokončit nebo opakovat reakce, kterými kdysi reagoval a které vedly k funkční poruše. Tyto pochody jsou nyní zneškodněny, izolovány, probíhají "naslepo", vytváří se pro ně nové dráhy, nový stereotyp. Na terénu takto připraveném zasahuje se ve druhé fázi sugestivní a racionální psychoterapií a vytvářejí se nové adekvátní dynamické stereotypy a to pod ochranným útlumem narkotického spánku, kdy je v paradoxní fázi vliv slovního podnětu účinnější než v bdění.

Při hodnocení abreaktivních metod zůstává, nehledě na chybějící uspokojivý výklad abreakce, zatím nedostatečně dokázaným i sám předpoklad, že je skutečně emoční uvolnění vlastním účinným psychoterapeutickým faktorem. Hypnotická psychokatarze bývá spojována se symptomatickou sugescí; podobně u narkogenu je nasazována sugestivní syntéza. Ale ani další abreaktivní metody nejsou používány samostatně, nýbrž obvykle jako složky komplexní léčby. Pokud jde o psychotonový interview, s nímž máme z abreaktivních metod zkušenosti nejsystematičtější, zařazovali jsme jej vždy do komplexního terapeutického plánu. I když někteří autoři jako Jonas, Straker a Paulett vyčíslují v procentech přímý terapeutický efekt metody, vyplývá z kontextu jejich sdělení, že materiálu z katartického sezení bylo dále využito k řešení tenzních situací a že nezůstalo jen na proběhnutí abreakce. Nelze pominout ani sugestivní účinek celého postupu, v němž se odráží nadšení psychoterapeuta i pověst metody. Zaznamenali jsme mnohem větší vliv psychotonového interview, když byl prováděn ve větším měřítku a když bylo v kolektivních besedách o jeho účinnosti hovořeno, než když byl jen mimochodem zařazen do terapeutického plánu. Podobně metoda narkogenu měla daleko masivnější účinek, když byla prováděna v Černovicích ve velkém, než když byla sporadicky provedena na pracovišti jiném.

Při všech uvedených výhradách se lze domnívat, že mechanismus abreakce je přece jen jedním z účinných faktorů psychoterapie a že abreaktivní metody jsou užitečnou součástí psychoterapeutovy výzbroje. Je možno je považovat za indikované u neuroz akutních, zejména náhle psychotraumaticky vzniklých. U těch, kde

1111-5361

psychotraumatizující vyvolávající příčina proběhla a dále již nepůsobí (havarie, požár, povodeň, znásilnění a jiné) lze abreakci považovat - pokud přijmeme předpoklad o patologním účinku neodreagované emoce - za metodu kauzální, poněvadž likviduje emoci, která neurotické symptomy způsobila. U konfliktových neuróz s konfliktovou situací přetrvávající může být metodou pouze symptomatickou, jelikož odstraňuje sice emoční tenzi, nikoliv však příčiny, které ji vyvolaly a mohou vyvolávat i nadále.

Abreaktivní metody mohou mít v indikovaných velmi dobré výsledky, rovněž často však přes indikační vhodnost případů selhávají: buď se vůbec nevyvolá odreagování, nebo přes proběhlou abreakci se efekt rovná nule. Guensberger a podobně Gayral (188) se domnívají, že o katartickém účinku lze např. u narkoanalýzy mluvit i tehdy, když nedojde k excitační fázi. Podobně Konečná uvádí v některých případech léčebný úspěch bez excitace. Tyto skutečnosti se ovšem již vymykají z rámce pojmu abreakce, jehož podstatou je právě emoční vzrušení. Pokud jde o nulový terapeutický efekt po úspěšně proběhlé abreakci, domnívá se L. Mayer, že po úspěšně proběhlé abreakci ztrácí symptomy své vnitřní opodstatnění, ale že to ještě neznamená jejich automatické vymizení. K tomu bývá potřebí další symptomatické léčby.

3344. Halucinogeny (psychodysleptika)

Pod názvem halucinogeny nebo vhodněji psychodysleptika zahrnujeme látky, které vyvolávají krátkodobé psychické alterace, podobné psychózám. Nejužívanějšími representanty těchto látek jsou meskalin, diethylamid kyseliny lysergové (LSD 25) a psilocybin.

Meskalin se vyskytuje v mexickém kaktusu, který byl pod azteckým názvem peyotl užíván Indiány jako čarovná droga. Vyvolává změny vnímání, změny vědomí a abnormní stavy emoční. U nás s ním experimentoval zejména Nevoles, který popsal četná sebepozorování v monografii o čtyřrozměrném vidění. Nevýhodou jeho užití je značná toxicita, při opakovaném použití jsou obavy z irreversibilního poškození jaterního parenchymu.

LSD byl z počátku považován za uterotonikum, v roce 1943 byly švýcarským chemikem Hofmannem v laboratořích Sandoz při náhodné intoxikaci objeveny jeho psychodysleptické účinky. Při perorálním podání objevují se charakteristické příznaky již po extrémně malé dávce, plný toxický obraz je patrný při 50 až 100 gama (1 gama = 1 mikrogram). Se zřetelem k experimentálním psychopatologickým projevům zpracoval u nás problematiku důkladně Koubíček v monografii Experimentální psychózy. Při perorálním podání nastupují první příznaky otravy zpravidla po půl až jedné hodině (při podání intravenózním je latentní doba o polovinu kratší), ve většině případů vrcholí za dvě až tři hodiny a trvají průměrně tři až šest hodin, někdy až dvanáct hodin. Zpravidla zcela ustávají v noci po pokusu. K vegetativním příznakům, vyskytujícím se obvykle v první fázi pokusu, patří pocity závratí, nevolnost, prázdnota v hlavě, bolesti hlavy, vnitřní chvění, pocit slabosti, pocení, zčervenání, někdy tuhnutí žvýkačského svalstva a jiné. Běžné je nechutenství, někdy nauzea až zvracení.

1111-5361

Vědomí je při intoxikaci zachováno, myšlení bývá obvykle zrychleno, někdy až do myšlenkového trysku s inkoherencemi. V oblasti citové se vyskytuje nejčastěji euforická hypomanie, jindy deprese, někdy časové střídání obou fází. Někdy se objeví úzkost, stavy nejistoty, vztahovačnost až paranooidní reakce nebo agresivita. V popředí celého toxického stavu jsou obvykle poruchy vnímání - deformace reálných vjemů, iluze i skutečné halucinace, zejména v oblasti zrakové. Barvy nabývají živějšího až jedovatého rázu. Zrakové přeludy jsou nejintenzivnější v temném prostoru a při zavřených očích. Mají ráz svítících ploch, kaleidoskopů, točících se terčů, světél lunaparků. Přetváří se vnímání lidí ve smyslu tělesných disproportioní. Bývají poruchy tělového schematu, změny vnímání prostoru a času, časté jsou depersonalisace, poruchy jíství; svět ztrácí zdání skutečnosti, je redukován na kulisu. Při vysokých dávkách se vyskytují mystické extatické prožitky.

Psilocybin byl izolován rovněž Hofmannem v Basileji v roce 1958 z hub psilocybe mexicana Heim. Podává se v dávce devět až deset miligramů podkožně. Projevy jsou analogické, jako při LSD, průběh je intenzivnější a kratší, trvání toxického stavu je asi čtyři hodiny.

LSD a psilocybin vyvolávají tedy nerizikové krátkodobé modelové psychózy při zachování plné schopnosti introspekce. Proto mají neobyčejnou cenu didaktickou. Umožňují, aby psychiatři, psychologové i ošetřovatelé na sobě samých prožili to, co denně sledují u duševně nemocných a dokázali se tak vcítit do jejich zážitků. Experiment na sobě znamená i významné rozšíření odborných znalostí a je velmi cennou pomůckou pro studenty psychologie a mediky. Použití je farmakologicky bezpečné, prakticky neexistují kontraindikace; za kontraindikace v psychoterapeutickém použití se považují pouze ty somatické choroby, kde by emoční napětí mohlo způsobit nežádoucí zátěž. Intoxikaci lze libovolně opakovat a je možno ji okamžitě blokovat podáním 25 až 50 miligramů chlorpromazinu. Intravenózní podání přerušuje průběh modelové psychózy již za 5 až 10 minut.

Z počátku bylo psychodysleptik využíváno k modelování psychotických stavů a intoxikace byla studována z deskriptivního hlediska. Uvažovalo se o její příbuznosti s endogenními psychózami, která se však nepotvrdila. Intoxikace pouze modeluje příznaky psychóz, je však zásadně jiné podstaty. V současné době se objevuje množství prací, které se zabývají terapeutickým použitím psychodysleptik, především jako velmi účinných adjuvancií psychoterapie.

Lze považovat za prokázané (Grof), že reakce při intoxikaci psychodysleptiky je komplexním jevem, ve kterém hrají roli:

- a/ farmakologické účinky látky, které způsobují přesun k obraznému snovému myšlení, vyvolávají poruchy vnímání a regresivní jevy v myšlení,
 - b/ osobnost intoxikovaného, jeho aktuální stav, životní situace i motivace k pokusu,
 - c/ osoba experimentátora a vztah mezi experimentátorem a intoxikovaným;
- v závislosti na chování experimentátora se může významně měnit dokonce i obsah halucinací a druh emočních reakcí,

d/ prostředí pokusu a rámec experimentu: ukazuje se, že reakce jsou rozdílné, je-li intoxikace prováděna jako vědecký experiment, jako demonstrace studentům, jako inspirující zážitek pro umělce či jako terapeutický zákrok.

V oblasti psychoterapie považuje řada autorů látku za mocné abreaktivní agens, které vyvolává znovuprožití ranných traumatických zážitků nebo nepříjemných zkušeností z pozdějších období vývoje, s příslušnou emoční reakcí a katarzí, která má značný terapeutický efekt. Robinson se spolupracovníky naproti tomu dokládá statistickou studií, že není významný rozdíl mezi výsledky standardní psychoterapeutické procedury bez abreakce a psychoterapie s abreakcí. Abreaktivní účinek halucinogenů se však považuje jen za jednu a nepřiliš podstatnou složku komplexního působení látky v procesu psychoterapie. Současné užití halucinogenů v psychoterapii jde především dvojím směrem:

1/ psychedelická psychoterapie

Jedná se obvykle o užití jednorázové velké dávky LSD, od 400 do 1500 gama, která má vyvolat mystický transcendentální prožitek, pocit kosmické sounáležitosti, vést k náhlé, neobyčejné a intenzivní zkušenosti. Tento způsob užití je zastáván zejména kanadskými a americkými autory. Prožitek intoxikace je tak impresivní a otřesný, že hluboce zasáhne do osobnostní struktury, způsobí změnu pacientova systému hodnot, vede k náhlému náhledu a k lepší adaptaci; jedno prožití znamená zvláštní zásah do života, přirovnávaný k náboženské konverzi. Byly opakovaně popisovány úspěchy i u diagnostických skupin obvykle považovaných za špatně ovlivnitelné, jako jsou alkoholici, narkomani, sexuální aberanti, psychopati a delikventi. Pacienti jsou obvykle na absolvování zážitku systematicky připravováni, ke stimulaci vlastních prožitků se používá květin, hudby, neobvyklého prostředí, někteří (McLean) doporučují účast profesionální terapeutické skupiny, skládající se ze 4 osob, 2 mužů a 2 žen, z nichž každý přináší do terapeutické situace svůj specifický temperament a pacient v nich může vidět odrazy různých složek své osobnosti. V průběhu psychedelického sezení hovoří pacienti často o pocitech atomické exploze, přerodu, o prožívání jungovské archetypální symboliky, o pocitech jednoty, zasvěcenosti, a nesdělitelnosti prožívané zkušenosti.

2/ psycholytická psychoterapie

Rozšiřuje se spíše v Evropě a užívá opakovaných intoxikací dávkami od 50 do 100 gama, obvykle do počtu padesáti intoxikací. Pracuje se s koncepcí dynamické psychoterapie. Významným reprezentantem tohoto směru je H. Leuner z Göttingen. Zahajuje sezení po psychologické přípravě s dávkami 25 - 50 gama a opakuje intoxikace v týdenních intervalech se stoupáním dávky o 25 gama v každém sezení až je dosaženo optimální výše dávky, na které se setrvává. Pacient se zdržuje během intoxikace v tichém polotmavém pokoji, který má být příjemný a vkusně zařízen. Doporučuje se, aby většinu pokusu strávil v leže, není mu však bráněno, aby vstával, jedl, maloval, psal a podobně. U Leunera tráví pacient většinu doby pokusu sám, podle potřeby mluví do magnetofonu, má možnost kdykoliv terapeuta nebo sestru zavolat zvonkem, pouze na vrcholu pokusu je obvykle terapeut jednu
1111-5361

až dvě hodiny trvale přítomen a hovoří s nemocným. Materiál z experimentu je ještě téhož dne probírán ve skupině. Doporučuje se mimo psycholytická sezení ještě alespoň jeden individuální hovor s pacientem v týdnu.

Při psycholytických sezeních dochází k postupnému vybavování a prožívání emočně nabitých událostí ze života. Leuner o nich mluví jako o transfenomenálních dynamických systémech (t-dyst), které jsou za normálních okolností mimo oblast postižitelných jevů, ovlivňují však reakce člověka. Když se tento systém blíží k vědomí v psycholytickém sezení, vnímá pacient své okolí transformované ve smyslu tohoto systému (např. blíží-li se k zážitku v dětství, kdy s ním bylo špatně zacházeno, vnímá terapeuta jako kata, vyšetřovnu jako mučírnu). S. Grof zavádí pojem koncentrované zkušenosti. Leunerův transfenomenální dynamický systém je jen jádrovou vzpomínkou, ale kolem ní se koncentricky kupí řada pozdějších na ni navazujících zážitků. Když se prožívání v LSD dostává do kontaktu s touto zkušeností, zvyšuje se psychotičnost pacientových reakcí. Pacient zkušenost koncentricky "odžívá"; nejprve odžívá její projevy a důsledky z úseků časové blížejších, postupně se dostává ke zkušenostem rannějším a když konečně odžije jádrový prožitek, systém mizí a v dalších sezeních se již neobjevuje.

Dosavadní zkušenosti s psychoterapeutickým užitím halucinogenů u nás jsou vesměs psycholytického zaměření. Hausner s Doležalem a nezávisle Grof s Dytrychem je považují za velmi účinné adjuvans psychoterapie. Výrazně prohlubuje a urychluje psychoterapeutický proces. Zeslabuje obranné mechanismy, snižuje odpor k vybavení nevědomých vzpomínek, prohlubuje terapeutický stav při plně zachovaném vědomí a pomáhá nemocnému k akceptování konfliktních tendencí. Psychoterapie s LSD znamená podstatnou úsporu času, má větší úspěchy než konvenční psychoterapie a dává možnost ovlivnit neurózy i na terapii resistantní. Je udáváno 50 až 80 % terapeutických úspěchů, systematicky léčebný proces se zkracuje na třetinu.

Podle Hausnera a Doležala (1963) dochází při psycholýze k odbourání zábrán a k věkové regresi, jdoucí až k prvním letům života, k intenzifikaci terapeutického vztahu k abreaktivnímu uvolnění emocí onaliti s následným náhledem, k zavuprožití zapomenutých traumatických zážitků, k symbolisaci, exteriorisaci a objektivisaci vlastních konfliktů do halucinací a vizí. Působí nezvyklest prožitku, vědomí nebývalé péče, euforisace a snad i chemický šek sásem do vegetativního aparátu. Toxická derrealisace a depersonalisace umožňuje pacientovi snášet psychodynamické souvislosti lépe než ve stavu normálním. Pacient je schopen vidět sám sebe a akceptovat sám sebe takového, jaký je. Opouští své běžné a naučené role, stává se přístupnějším změně svého systému hodnot. K tomu přispívá také neočekávanost a mimořádná povaha pocitů.

Na rozdíl od Leunera doporučuje Hausner trvalou přítomnost terapeuta v průběhu intoxikace. Terapeutický vztah je velmi zesílen ve smyslu závislosti. Lze modelovat konfliktové situace, pacient může být reexponován původním traumatickým zážitkům v příznivějších podmínkách. Vznikají podmínky pro prožití korektivní zkušenosti. Když jsou problémy propracovány, může pacient projít integrativní zkušeností, akceptuje sám sebe takového jaký je a dojde k masivní

1111-5361

redukci v jeho vnitřních konfliktech. Může v něm vzniknout pocit harmonie s okolím, vzroste jeho tvořivost, pociťuje relaxaci, má náhled a je si vědom svého místa ve světě a smyslu řádu v životě.

Byla zkoušena i intoxikace skupinová. Skupinové sezení je však převážně euforické, má charakter spíše společenské zábavy a pacienti jsou méně vystaveni terapeutickému působení kolektivu. Doležal s Hausnerem považují za nejúčinnější individuální intoxikace, kombinované se skupinovou psychoterapií bez intoxikace, zejména s pobytem v léčebném kolektivu.

Vegetativní příznaky, provázející intoxikaci, interpretují Hausner i Grof jako projevy odporu: domnívají se, že jsou psychodynamicky a nikoliv farmakologicky podmíněné. Propracované kasuistiky, referované Grofem a Hausnerem ukazují v psycholytických sezeních množství symbolické produkce freudovského i jungovského rázu.

Poznámka k praktickému využití psychodysleptik v psychoterapii u nás:

V lednu 1966 proběhl první třídní kurs psychoterapie s užitím psychodysleptik. Pro tuto psychoterapii se vyžaduje výcvik v psychiatrii, interně a psychoterapii a prodělání experimentu na sobě. LSD se vyrábí v Československu jako Lysergamid Spofa. Jeho výdej je vázán na souhlas hlavního psychiatra, o koordinaci užití se starají Hausner, Grof a Vojtěchovský. Existuje nebezpečí nekontrolovaného užití, jak ukazuje situace v Americe, kde se droga dostala na černý trh a je zneužívána k beatnickým sezením a podněcuje vytváření náboženských sekt. Vzrůstá riziko velmi nebezpečného podání LSD osobám bez jejich vědomí: je zde nebezpečí suicidia, nedovede-li si intoxikovaná osoba svůj stav vysvětlit.

O psychopatologii, vyvolané halucinogeny, referuje podrobně Roubíček (32), řadu experimentálních prací provedl M. Vojtěchovský (56), obsáhlý přehled světového písemnictví o klinickém využití LSD je podán v cyklostylované příručce Grofa a Dytrycha (19), o vlastních psychoterapeutických zkušenostech publikovali Hausner a Doležal (50,64,63) a S. Grof.

34. Psychoterapie tréninková

Pod pojem tréninkové psychoterapie zahrnujeme metody, u nichž je hlavním terapeutickým principem opakování, učení, nácvik, nebo přesněji řečeno metody využívající plánovitých soustavných cvičení s postupným zvyšováním nároků. Jímí se pacient chorobným příznakům odnaučuje nebo naopak nacvičuje chování žádoucí a správné.

Tréninkové metody mají významnou oporu jednak v pavlovovské koncepci podmínování, jednak v americkém behaviorismu a teoriích učení. Zásadní význam jim lze připisovat u těch příznaků, které jsou vlastně zlovykem, naučeným maladaptivním chováním, jež je možno interpretovat v pojmech patologicky zafixovaného podmíněného reflexu, stereotypu, či vzorku chování. Jde pak vlastně o vypracování útlumu, vyhasnutí patologického spoje například záměrným neposilováním reexponovaného podmíněného podnětu a vypracováním podmíněných spojů žádoucích. Jindy se místo pozitivního nácviku užívá nácvik averzivní např. vypracování

1111-5361

nepříjemného zvracívého reflexu na nežádoucí aktivitu. Probereme pět prakticky nejúčinnějších a nejvýznamnějších postupů:

1/ prostý pozitivní nácvik, 2/ averzivní terapii, 3/ negativní nácvik a metodu přesycení, 4/ relaxační trénink, 5/ systematickou desenzibilisaci.

341. Prostý pozitivní nácvik

Nejjednodušším a značně účinným postupem je nacvičování správné reakce stejně tak, jako se vypracovává žádoucí dovednost nebo návyk ve vyučování a výchově. Takového tréninku se běžně používá u fobií a obsesí. Pacient se např. postupně vystavuje situaci, které se bojí, za okolností nejprve příznivějších a postupně stále obtížnějších tak, až si na ně zvykne a naučí se v nich pohybovat beze strachu.

Např. pacientka, která po přepadení cizím mužem na mostě nemohla pro strach vůbec přejít přes 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 pacient systematicky nacvičovat jednání proti obsesi, např. že se opakovaně úmyslně více a více špiní, trpí-li nutkavým mytím.

Podobně hraje trénink podstatnou úlohu při mluvních neurozách (balbuties, tumultus sermonis) a koordinačních křečích jako je tik, grafospasmus a j. Pacient např. v systematických uspořádaných sezeních píše nejprve snadné kulaté tvary na velkých řádcích s tužkou opatřenou tlustou násadkou; postupně se zmenšuje tloušťka násadky, velikost písma i zvětšuje obtížnost psaných tvarů. U koktavosti se provádí cvičení řeči nejprve šepem, nacvičuje se čtení v permissivním prostředí, kritické hlásky se z počátku vynechávají, nebo se vůbec začíná jen 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; provádí řečnická cvičení. Kondáš propracoval pro počáteční fázi nácviku tzv. techniku stínění (Cherryho a Sayerse), kdy terapeut čte a balbutik opakuje (stíní) čtení bez vidění textu, resp. čte viděný text s malým zpožděním asi o jedno slovo. Tranference vlastních sluchových perceptí je dobrým prostředkem k tlumení koktání.

Do této skupiny metod patří dále tzv. pozitivní podmiňování, kterého používají např. Mowrer a Jones u enuréz. Chybějící návyk - tj. probouzení se při plném močovém měchýři - se vypracovává zvláštním budícím přístrojem, který začne zvonit, jakmile enuretik začne ve spánku močit.

Šířeji pojatým nácvikem, zaměřeným ne na symptomy, nýbrž na reedukaci některých nedostatků v osobnosti, je trénink vůle. Pacient se sám vystavuje situacím, ve kterých je třeba vynaložit určité úsilí a přemáhat překážky, při čemž 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 impulsivní tendence, zvědavost a pod. Např. dá si úkol, že cigaretu, na kterou se těší, si zapálí až za čtvrt hodiny, sní k jídlu menší porci než na jakou má chuť (spíše pro obesní než pro astenické typy), provede se záměrem posilovat svoji vůli určitou věc, která je mu nepříjemná a kterou provádět nemusí. Jako při všech cvičeních je důležitá systematickост a zde navíc písemné podchycení cvičení. Nejvýhodnější je zadávání si písemných úkolů pro příslušný den vždy ráno s písemným zaznamenáním předsevzetí a večer splnění úkolu zkontrolovat a poznačit si výsledek. Písemné zachycení dílčích vítězství nad sebou má výrazný mobilizující význam. Za pomoci sešitku denních předsevzetí lze současně se cvičením vůle též bojovat proti některým rysům osobnosti, které byly uznány za nežádoucí.

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".

Užitečný může být v některých případech i aktivační trénink, který propracovali zejména pro hypotymní a depresivní pacienty Bojanovský a Chloupková. Vychází z poznatku, že celková nálada bývá spojena se zevním výrazem a že vztah mezi vnitřním stavem a zevními projevy může být oboustranný. Pacient má ráno energicky vyskočit z postele, zacvičit si, umýt se studenou vodou a zpívat. Během celého dne se má snažit udržet energické držení těla, provádět různé rezolutní pohyby, rychle se rozhodovat a udržovat se po celý den v činnosti a aktivitě jak v práci, tak v zábavě. Má se záměrně radovat z běžných denních příjemností jako je jídlo, pohyb, slunečný den, dobře vykonaná práce apod. Vyžaduje se, aby si našel nějakého koníčka, kterému se bude aktivně věnovat ve chvílích odpočinku. Bojanovský a Chloupková dávají pacientům tyto zásady shrnuté v úderných formulacích do 14ti bodů na cyklostylovaném letáku a vyžadují vedení týdenního záznamu o tom, jak se který bod podařilo splnit. Metoda má blízko k populárním heslům "keep smiling", "hlavu vzhůru", k pragmatickému optimismu, propagovanému kdysi ve spisech S.O. Mardena ("S veselou myslí dobudeš světa") a k návodům D. Carnegieho ("Jak se zbavit starostí a jak začít žít"). Může přinést, je-li systematicky nacvičována, pozitivní výsledky.

342. Averzivní terapie

Averzivní terapie spočívá v podstatě ve spojování nežádoucí aktivity s nepříjemným podnětem, např. s vypracováním zvracího reflexu, s elektrickou ranou nebo s elektrickou faradizací a pod. Nejširšího uplatnění došla v léčbě alkoholismu. Pití alkoholu nebo čichání alkoholických výparů je spojováno 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 pociťuje nauseu nebo zvrací. Analogicky se pokusil K. Freund použít vypracovávání zvracího reflexu u homosexuálů exponováním obrazů eroticky zá-

1111-5361

doucích objektů po podání injekce apomorfínu. Raymond takto vyléčil fetišistu, zaměřeného na dětské kočárky a dámské kabelky. Vztah "fetiš-příjemné erotické pocity" byl nahrazen vztahem "fetiš - nausea". Averzivní terapie s využitím elektrických ranek bylo použito např. u písářské křeči: pacient, jakmile se mu při psaní ruka křečovitě smekla z vodící podložky, dostal elektrickou ránu do druhé ruky.

K drastičtějším zásahům, založeným na principu trestání, patří dříve oblíbené teroristické metody, uváděné W. Kretschmerem pod názvem protreptika. Tyto metody se snaží přivést pacienta od neurotických chybných postojů a symptomů k normálnímu stavu pomocí silných senzorních podnětů, obvykle bolestivých, a jimi vyvolaných nepříjemných afektů; na účinku se často podílí i sugestivní složka, hraje zde dále roli moment překvapení, bolest i drezúra. 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 senzorní. Technika vychází z předpokladu, že vůle je rozštěpena ve vědomou snahu po uzdravení a v nevědomou primitivní tendenci dosáhnout určitých výhod, nebo se vyhnout nějakým životním úkolům.

Klasickou je Kaufmannova "metoda překvapení" (1916), kdy pacient je náhle vystaven bolestivé faradizaci a současně je mu energicky nařízeno, aby provedl pohyb paralytickou končetinou, při hluchotě aby slyšel, při mutismu, aby mluvil a pod. Cl. Vincent a Kehrer doporučili za pokračující bolestivé faradizace násilnou drezúru.

Kretschmerův protreptický postup rozkládá proceduru do tří fází: v první se pacient na proceduru sugestivně připravuje, v druhé fázi je postižená oblast faradizována s méně nebo více ostrým domlouváním, že pacient příslušnou funkci ovládá, v třetí fázi je obnovený výkon intenzivně cvičen v již permissivnějším přístupu.

K postupu má blízko Svjadosčova metoda etérové masky, která pacienta prakticky dusí: po náhlém vdechnutí etérových par dojde u pacienta k zástavě dýchání s afektem strachu a vyprovokují se obranné pohyby, křik apod.

Užití metod, záměrně vyvolávajících bolest, je ovšem diskutabilní a nese s sebou nebezpečí, že by mohlo být posuzováno jako týrání pacientů a uspokojování sadistických tendencí terapeuta. U odstraňování nežádoucích reakcí jako jsou pohybové maladaptivní návyky se považuje v moderní behaviorální terapii za lepší než je princip trestání, který stupňuje tenzi a úzkost, princip "vyhnutí se trestu", který umožňuje únik a tím kladné a uspokojivé řešení situací.

343. Negativní nácvik a metoda přesycení

Princip obou metod spočívá v tom, že se úmyslně vyvolává reakce, která je nežádoucí. Při negativním nácviku jde spíše o to, dostat ji opakovaným úmyslným vyvoláváním pod volní kontrolu, při přesycení je prováděna tak dlouho, až dojde

k únavě příslušných center a má tendenci vyhasínat. Postup se považuje za indikovaný u monosymptomatických neurotických návyků, jako písáckých chyb, koktání, dumlání prstů a enurézy. Nemocný v terapeutických sezeních vědomě opakuje své chybné reakce. V Hullově pojetí znamená tento způsob léčby posilování tzv. podmíněného útlumu.

Např. při koktavosti provádí Lehner nácvik 2x týdně po jedné hodině. S nemocným se hovoří a hovor se přerušuje, když se nemocný zakoktá. Chyba se pak vědomě co nej přesněji napodobí za pomoci zrcadla i se všemi pohybovými složkami. Yates při léčbě tiků žádal, aby nemocný po delší dobu stále co nej přesněji napodoboval své tiky (např. 5 minut při každém sezení a 5 minut analogicky doma sám, sezení jsou prováděna denně). Drvota a Diamant kombinovali postup s úmyslným potlačováním tiků: pacient má po dobu jedné minuty provádět tik co nej častěji a po dobu dalších minut tik zcela potlačit, při čemž období potlačování tiků je postupně prodlužováno. Kondáš v době, kdy pacient úmyslně opakuje tиковé pohyby, aplikoval nepříjemnou galvanizaci a ukončení cvičení bylo spojeno se zastavením proudu a prováděním relaxace. Během jednoho sezení se celý postup se sledem "napětí- uvolnění" opakoval 4 - 8x.

344. Relaxační trénink

Relaxační metody vycházejí z poznatků o vzájemné souvislosti mezi třemi faktory: psychickou tenzí, funkčním stavem vegetativního nervového systému a napětím svalstva. Jelikož tonus kosterního svalstva lze vůlí měnit, je zde dána možnost využití záměrné svalové relaxace k dosažení i psychického uvolnění a k ovlivnění i orgánových funkcí, řízených vegetativním nervovým systémem. To dalo podnět k vytvoření různých relaxačních postupů k účelům psychohygienickým i psychoterapeutickým, z nichž nejznámějšími jsou progresivní relaxace Jacobsonova a autogenní trénink J.H. Schultze.

3441. Progresivní relaxace

Edmund Jacobson z Chicaga vypracoval systematický postup pro nácvik uvolnění svalstva ve všech částech těla, rozdělený do 6 ti lekcí :

1/ V první lekci se pacient nejprve naučí rozlišovat pocit tenze a pocit relaxace ve svalů. 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 na to jej co nejvíce relaxovat; přitom 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/ V druhé lekci pacient cvičí relaxaci svalů na hlavě. Nejprve jsou na řadě svaly obličeje; krčí čelo a pak je uvolňuje. Má se 10 minut snažit uvolnit čelo co nejvíce. Pacienti obvykle referují o spontánně vznikajících pocitech
1111-5361

tech ztrnulosti; dále si pacient uvědomuje svaly nosu, je žádán, aby krčil nos, svaly úst. Dále je žádán, aby skousl zuby a tím napjal massetery a svaly temporální. Poloha rtů je důležitým indikátorem úspěšné relaxace dýchacího svalstva: Je-li relaxováno, rty jsou několik mm od sebe.

3/ Ve třetí lekci se pozornost zaměřuje na svaly jazyka, jejichž kontrakce je pociťována, když pacient tlačí špičku jazyka proti zadní straně řezáků. Pak pacient aktivně otvírá ústa a uvědomuje si svaly infrahyoidní. Všechny tyto svaly jsou pak relaxovány. Dále je upozorněno v této lekci na napětí, vyvolávané ve svazech oka a krku a věnován čas jejich relaxaci.

4/ Ve čtvrté lekci se pacient zabývá svaly ramene.

5/ V páté lekci se pacient zabývá svaly zad, hrudníku a břicha.

6/ V šesté lekci se nacvičuje relaxace prstů na rukou a nohou.

Pacientům značně pomáhá při nácvičení relaxace, kordinují-li relaxaci různých svalů s automatickou relaxací svalstva dýchacího, ke které dochází při normálním výdechu. Mimo sezení má pacient doma cvičit relaxaci zadaných svalových skupin půl hodiny denně. (Popis cvičení byl zde podán dle časově zkrácené techniky, využití Wolpem).

Jacobson zdůrazňuje, že účinným faktorem jeho metody je samotná relaxace a popírá účast sugestivních faktorů.

3442. Autogenní trénink

Relaxovaný stav při omezení zevních podnětů s pohroužením se do duševního klidu je vhodný pro autosugestivní ovlivnění, jehož účinky při častém opakování dosah prosté relaxace přesahují a umocňují. Důkladně propracovaným a systematickým osvědčeným postupem je autogenní trénink J.H. Schultze, vypracovaný autorem již před 40 lety. Základním dílem je monografie Das autogenne Training (desáté vydání v r. 1959), k níž byla jako doplněk vydána stručná praktická cvičebnice. Metoda má široce použitelný nižší stupeň a poněkud složitější vyšší stupeň.

a/ nižší stupeň

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. Předpokladem je zvládnutí celkové relaxace svalové, při níž se cvičenec koncentruje na myšlenku "jsem docela klidný". Oči cvičícího jsou zavřeny, vhodnou polohou je pohodlná poloha vleže, sezení ve vysokém křesle nebo "poloha drožkáře, sedícího na kozlíku", vlastní cvičení postupují v tomto sledu:

1/ cvičení tíhy: je vyvolávána představa tíhy nejprve v dominantní paži, tedy u praváku zní formulka "pravá ruka je těžká". Pocit tíhy se později rozšiřuje i do druhé paže i do končetin dolních, až konečně je možno při pouhé představě "tíha" zřetelně pociťovat tíhu v celém těle.

1111-5361

2/ cvičení tepla: začíná se opět koncentrací nejprve na dominantní ruku s představou "pravá ruka je teplá", což je spojeno s relaxací periferních cév. Posléze má být na signál teplo dosaženo zřetelného proteplení celého těla.

3/ regulace srdeční činnosti: subjekt se má naučit pociťovat klidný tep svého srdce. Nejprve si pravou rukou nahnátne tep v krajině srdeční a koncentruje do této oblasti těla myšlenku "srdce tluče klidně a silně". Po nácviku má cítit klidný puls i bez přiložení ruky.

4/ koncentrace na dech s myšlenkou "dech je zcela klidný", aniž by docházelo k nějaké volní manipulaci s dechem. Subjekt se má spíše dechu poddat, jak je to zdůrazněno v alternativní formulaci "dýchá mne to".

5/ regulace břišních orgánů: subjekt se soustředí na oblast plexus solaris s myšlenkou "do solar plexu proudí teplo". Tuto formulaci lze nahradit běžnějším výrazem "do oblasti břicha proudí teplo".

6/ koncentrace na oblast hlavy s myšlenkou "čelo je příjemně chladné".

Cvičení provádí pacient 3x denně v trvání od jedné do pěti minut, později se cvičení prodlužuje na čtvrt až půl hodiny. Končí se vždy odvoláním relaxace za použití energicky vyslovených formulek "paže napnout, zhluboka dýchat, otevřít oči", spojených s několikerým 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. Navíc se lze pak zaměřit na žádoucí nebo nežádoucí vlastnosti a příznaky individuálního případu přímo: Subjekt si v koncentrovaném pohroužení do sebe představuje žádoucí zásady jako skutečnost a autosugestivně si je vštěpuje v individuálně volených krátkých formulích (formelhaft. Vorsatzbildung).

b/ vyšší stupeň

Vyšší stupeň autogenního tréninku vyžaduje nacvičenou schopnost setrvat v relaxovaném pohroužení do sebe až hodinu. Přejodem k němu je nácvik volního udržení rotace bulbů nahoru a dovnitř, tedy pohled jakoby zevnitř do středu čela. Cvičení vyššího stupně si opět můžeme pro přehlednost shrnout do šesti bodů:

1/ koncentrace na zážitek barvy: subjekt se má naučit vyvolat si před duševním zrakem amorfni barvu, nejprve tu, která se mu sama objeví, později barvy dle přání,

2/ vyvolání živé představy určitých předmětů - nejprve konkrétních, později abstraktních až symbolických,

3/ zpřítomnění si různých vlastních zážitků, zejm. takových, v nichž se odráží intenzivní citový vztah,

4/ vyvolání si obrazu určitých osob, při čemž 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 pod-

vědomí". Doporučují se zejm. otázky, objasňující postoje k různým kategoriím existenciálních hodnot (Smysl života? Co si přeji? Jsem dobrý? Co dělám špatně? a pod.).

6/ na vyřešení předchozího úkolu navazuje vytvoření formulovaných předsevzetí a jejich vstípení podobně jako v nižším stupni, jenže zde jsou podstatně abstraktnějšího charakteru. Jde o formulování určitých základních životních hesel dle požadavků na zdokonalení vlastní osobnosti.

O zkušenostech s autogenním tréninkem existuje obsáhlá literatura, nověji shrnutá Luthem. Kretschmerova škola využívá některých prvků autogenního tréninku při metodě aktivního hypnotického tréninku; podobně Stokvis spojuje analogická cvičení s hypnoterapií ve své "autosugestivní aktivní regulaci tonu".

V NDR stojí nyní metoda autogenního tréninku mezi metodami psychoterapie na prvním místě. V oblibě je zejm. skupinová forma při jedné až dvou instruktážích týdně. Müller - Hegemann doplňuje Schultzovy formulky o vyvolávání pocitů proudění tepla k srdci, uvolnění svalstva obličeje, tíhu v dolní čelisti a jazyce a o rotaci očí vzhůru. Ke všem formulacím připojuje v němčině sloveso "lassen", aby zdůraznil, že se vše má uskutečňovat samo, bez volního úsilí.

Kleinsorge a Klumbies zavedli pro pacienty s funkčními orgánovými poruchami v podmínkách polikliniky stálou "výcvikovou školu" o třech třídách. Se skupinami ambulantních pacientů je zde dvakrát týdně prováděno společné cvičení a kontrolován jejich postup.

V první třídě jsou poučeni o podstatě metody a naučí se základním polohám a cvičení klidu. Ve druhé třídě probíhá výcvik nižšího stupně autogenního tréninku zhruba ve shodě se Schultzem. Ve třetí třídě jsou pacienti zařazeni dle druhu orgánových poruch do speciálních 8 - 12ti členných skupin. Skupina s potížemi v oblasti hlavy se zaměřuje na formulku "čelo je příjemně chladné", skupina s potížemi srdečními na teplo v levé ruce a představu klidného pulsu, "břišní skupina" cvičí pocit tepla v oblasti břicha, při čemž u obstatipací se vštěpují formulky, zaměřené na pravidelnost v jídle i stolici. Ve "skupině krevního oběhu" se klade důraz na intenzivní prokrvování končetin a skupina s poruchami spánku spojuje navozování klidu v ležící poloze s usnutím.

U nás Bouchal upravuje formulku čtvrtého cvičení na "u srdce je mi lehece", formulka šestého cvičení zní "obličej je ochablý" a k tomu připojuje sedmou formulku "jazyk je těžký".

Autogenní trénink vyžaduje normální úroveň inteligence a ochotu ke spolupráci, při čemž klade značné nároky na vytrvalost pacienta i terapeuta. Individuální provádění je značně časově náročné a úspěch je závislý především na vytrvalosti pacientů, která je obvykle malá, a je navíc oslabována tím, že při nacvičování nejsou v počátcích zpravidla vidět bezprostřední terapeutické výsledky. Proto doporučuje např. Bouchal zavádět autogenní trénink u nemocných s rysy důkladnosti, se sklonem k sebezpozorování a s tendencí k práci na sobě. Zdá se též účelným provádět metodu skupinově a ambulantně. Je nutno volit takovou organizaci cvičení, při níž je stále obnovována motivace a prováděna řádná kontrola.

1111-5361

trola dosahovaných výsledků. Největší naděje na uplatnění má dle našeho názoru na ambulancích ve větších městech při výběru pacientů přímo z místa, při čemž je žádoucí rozvrhnout sezení, prováděná jednou až dvakrát týdně, do jejich mimo-pracovní doby. Vždy je nutno počítat s řadou předčasných přerušení (i při velmi dobrém organizačním podchycení, jak je popisováno např. na jenské poliklinice, jsou uváděna předčasná přerušení u více než třetiny cvičících) a zabránit jejich negativnímu vlivu na ostatní.

Terapeuticky účinná může být jednak koncentrativní relaxace sama, jednak následné formulky, přímo nebo nepřímo zacílené na symptomy. Autogenní trénink lze využít i v terapii, zaměřené na ovlivnění chybných postojů, zjištěných psychoterapií více analyticky zaměřenou. Závěry z ní si může pacient po zvládnutí relaxace účinně vstřípnout ve formě autosugestivních formulek. Konečně lze formulovaných předsevzetí užít také jako účinné pomoci pro pasivní adaptaci v chronicky tenzních, aktivně neřešitelných situacích.

Kromě základní monografie J.H. Schultze a jeho stručnější "cvičebnice" lze použít ke studiu metody přehledné, praktické a u nás dostupné příručky Kleinsorga a Klumbiese Technik der Relaxation. Je k ní připojena gramodeska, na které jsou instruktivně nahrány ukázky terapeutických formulací, jimiž vede nácvik jednotlivých cvičení autogenního tréninku. Příručka byla rovněž přeložena do ruštiny.

345. Systematická desenzibilizace

Wolpeho metoda systematické desenzibilizace je nejúčinnější a nejrozšířenější tréninkovou metodou z metod, založených na principu recipročního útlumu: strach se má utlumit tím, že strachové podněty jsou časově sdružovány s podněty, které jsou strachu antagonistické. Relaxace je z těchto "protiúzkostných" podnětů nejúčinnější. Pacient se vůči anxiogenním podnětům systematicky desenzibilizuje tím, že si je vyvolává v představě a spojuje to s navozením relaxovaného stavu. Metoda je zaměřena hlavně na odstraňování fobií. V pojetí Wolpeho, který považuje úzkost za centrální faktor veškerého neurotického chování, se ovšem jeví její dosah daleko širší.

Metoda spočívá v tom, že se v pacientovi, který je hluboce relaxován, vyvolávají představy a to napřed nejmírnější položky ze seznamu podnětů a situací, které u něj vyvolávaly úzkost. Provádí se to opakovaně tak dlouho, až žádná úzkost při představě nevzniká. Pak je presentována další položka ze seznamu, až konečně ani nejsilnější podnět v seznamu nevyvolá u pacienta ani stopu úzkosti. Wolpe uvádí, že podnět, který nevyvolá již žádnou úzkost v představě, nevyvolá již žádnou úzkost ani tehdy, setká-li se s ním pacient ve skutečnosti. Provedení systematické desenzibilizace zahrnuje v sobě tři etapy: 1/ nácvik svalové relaxace, 2/ sestavení hierarchie strachových podnětů a situací, 3/ spojování představy situací, které vyvolávají strach, s relaxací.

1/ nácvik svalové relaxace: je prováděn dle postupu progresivní relaxace Jacobsonovy v časově urychleném sledu, jak byl popsán výše. Proti Jacobsonovým 100 sezením nepřesahuje nácvik obvykle 6 - 7 cvičení.

1111-5361

2/ sestavení hierarchie strachů: všechny podněty vyvolávající u pacienta strach, se nejprve rozdělí na určitý počet tematických skupin. V získávání dat, na základě nichž se seznam sestavuje, vychází se jednak z pacientovy anamnézy, dále se používá dotazníku a speciálních dotazů na situace, v nichž pacient cítí strach, ačkoliv není objektivně ohrožen. Pacient dále dostává za domácí úkol, aby sepsal všechny situace, které považuje za nějak nepříjemné, znepokojující, nebo v nichž se bojí. Když jsou všechny tyto situace sepsány, terapeut je seřadí do skupin. Položky každé tematické skupiny jsou přepsány na zvláštní list a pacient je požádán, aby seřadil položky na každém listě tak, že dá nejsilněji působící situace na první místo a nejslaběji působící situaci na místo poslední.

Není zcela 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 takovou otázku, si musí situaci představit a přitom si obvykle představí příslušný následek. Muž se strachem ze psa bude mít stejný strach ze setkání se psem během dnešní cesty domů jako prožil při setkání se psem před rokem.

Malé procento pacientů neprožívá strach, když si situaci představí, přičemž ve skutečnosti taková situace strach vyvolává.

3/ vlastní desenzibilizační postup: když byl sestaven žebříček strachů a když byla dostatečně nacvičena relaxace, začíná vlastní desenzibilizace. Pacientovi se nejprve prezentují nejslabší situace ze seznamu. Je-li relaxace slabá, může být zvýšena užitím meprobramatu, chlorpromazinu nebo kodeinu, podaného hodinu před sezením. U pacientů s úzkostí se doporučuje použití inhalace kyslíčnicku uhličitého. Často je výhodné použít hypnózy.

Presentování scén je zpočátku do určité míry 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 opakováním představy relaxace trvá 10 - 20 vteřin. Představy situace se několikrát opakují a je-li desenzibilizace nacvičena, přikročí se k další. Po skončení nácviku je pacient dotazován na své prožitky. Během jednoho sezení se pacientovi podávají 2 - 4 situace ze žebříčku. V případě, že by jej některá představa začala rozrušovat, dává pacient terapeutovi smluvené znamení, jímž je obvykle zvednutí palce jedné ruky; představa situace se ihned ukončí. Léčba končí úplnou desenzibilizací vůči všem podnětům, což obvykle vyžaduje 10 - 30 terapeutických sezení. Odstranění strachu je dle zkušeností autora nejen laboratorní, ale přenáší se i do skutečného života.

Z vlastní praxe uvádíme hierarchii strachových situací pacienta s antropofobií a skoptofobií (t.j. obavami z blamáže, ostudy, z pocení, zčervenání, s chorobnou ostýchavostí - dle Dosužkové): 1/ někdo mi řekl, proč se červenáte, 2/ sedím v divadle, kde je mnoho lidí a někdo se ohlédně směrem ke mně 3/ ve společnosti padne narážka, týkající se mne a nějaké ženy, 4/ v obchodě, kde je více lidí, se mne mladá prodavačka zeptá, co si přeji, 5/ někdo se mnou hovoří o nějaké ženě a ptá se mě na můj vztah k ní, 6/ něco říkám a přeřeknu se, 7/ ve vlaku mne zvědavě pozoruje nějaké dítě, 8/ někdo na mně udělal nějaký vtíp, nebo ironickou poznám-

ku, 9/ jdu v divadle přes foyer, 10/ podívá se na mne nějaká žena na ulici, 11/ vstoupí do místnosti, ve které pracuji, nějaká cizí žena, 12/ ve společnosti více lidí někdo huláká a chová se trapně, 13/ nějaký cizí muž mě osloví dotazem.

Wolpe uvádí s touto metodou v literatuře ojedinělé procento úspěchů: až u 90 % neurotiků dosáhl úplného vyléčení, nebo podstatného zlepšení.

Tréninkové metody, jak jsme uvedli v teoretické části, bývají označovány jako symptomatické, nepřihlízející k hlubším kořenům pacientových obtíží. Využívají však velmi účinně známých a experimentálně prokazatelných mechanismů; jejich výsledky jsou přesně hodnotitelné a dle statistik jejich zastánců velmi dobré. Jsou na místě zejm. u poruch, které mají ráz maladaptivních návyků, fixovaných nepřizpůsobivých reakcí, fixovaných patologických podmíněných reflexů a stereotypů. Nejuniverzálnější použití má autogenní trénink, který kombinuje systematická relaxační cvičení s principem autosugesce. Všechny tréninkové postupy vyžadují systematickou kontrolu a zejm. tam, kde je část cvičení prováděna pacientem samostatně, vedení písemných záznamů, které pacient při každém sezení předkládá ke kontrole.

35. Psychoterapie psychoanalytická

K psychoanalytické terapii patří technika volných asociací, interpretace, interpretace snů, analýza odporu, přenos a vznik přenosové neurozy a její úplné rozřešení až k úplné úzdavě. Úkolem terapeuta je odhalit podstatu konfliktů a přivést pacienta k náhledu na nevědomou motivaci. (Termínem "náhled" se běžně překládá Einsicht, insight, i když vhodnějším překladem by bylo spíše "vzhled" do nevědomé motivace.) Pacient přijatý k léčení má mít dostačující intelektuální úroveň.

351. Technika volných asociací

Pacient se pohodlně položí na gauč, terapeut sedí v křesle za pacientem mimo jeho zorné pole tak, aby pacient na něj sice neviděl, ale aby on sám mohl sledovat výraz pacientova obličeje. Pacient je požádán, aby nechal myšlenky volně běžet a nahlas říkal vše, co mu 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 k tomuto 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 absolutně poctivý a nevynechte nic jen proto, že je vám nepříjemné o tom mluvit."

1111-5361

Podle klasických Freudových požadavků má být denně mimo neděli hodinové sezení, tedy 6 sezení v týdnu. Pacient má počítat s trváním analýzy na 1/2 roku až na 3 léta. Od terapeuta je žádán postoj neutrálního člověka s porozuměním naslouchajícího. Vzpomínky při technice volných asociací probíhají obvykle v řetězcích tak, že ty vzpomínky, které mají vztah k čerstvějším událostem, se vyskytují dříve a jsou následovány dalšími, které zasahují do doby dřívější.

352. Interpretace a analýza odporu

Při volných asociacích je terapeut zcela pasivní, v určité fázi terapie však začíná aktivně zasahovat s interpretacemi. Doplnuje chybějící souvislosti, které se týkají nevědomých obsahů a představují genetické momenty onemocnění. Snaží se mu je dostat do vědomí. Interpretace se řídí dříve vyloženou Freudovou teorií o vzniku neuróz. Jde tedy v podstatě o odhalování různých ze sexu vycházejících přání a různých zákazů, které bránily jejich realizaci. O tom, zda je interpretace správná, nerozhoduje nakonec terapeut, nýbrž pacient; je ponecháno na něm, zda ji přijme. Platí zásada, že interpretovat se má tehdy, když pacientovi schází jen krůček k vlastnímu poznání. Je-li taková interpretace následována tím, že ji pacient zpracuje a přijme, je pravděpodobně správná. Pacientovi je však nutno ponechat čas, aby ji zpracoval, aby překonal odpor.

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 jakoukoliv představu, dlouhými řetězci myšlenek probíhajících v kruhu a náhlou změnou tématu. Při interpretaci se projevuje nechuť k přijetí interpretace. Úkolem terapeuta je pomoci pacientovi k poznání a později k překonání odporů, jichž si pacient zpočátku není vědom. Podstatná část léčení spočívá právě v analýze odporu.

353. 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, sedící v pozadí, 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 sexuálním zabarvením; mluvíme o pozitivním přenosu. U muže se mohou do tohoto pozitivního přenosu promítnout latentní homosexuální tendence. Pod vlivem pozitivního přenosu se pacient podrobuje ochotně léčení, jeho sdělení jsou bohatá, denně je získáván další patologický materiál. Na uvědomění si těchto pocitů může pacient reagovat novým odporem, t.zv. přenosovým odporem. Analogicky vzniká t.zv. negativní přenos, ve kterém se projevuje skryvané nepřátelství, chladná rezervovanost, hostilní odmítání interpretací.

Projevy zamilovanosti pacienta do terapeuta, je-li terapeut opačného pohlaví, jsou časté v jakékoliv intenzivnější terapii. Pocity dobře zachycuje báseň pacientky, která se pokoušela

narůstající touhu a napětí svést nejprve motorickým odreagováním (zlomení věšáku) a posléze je přinesla vyjádřené v básni, která obsahuje zřetelnou sexuální symboliku.

Zlomit věšák mi nestačilo.

Škrtí mne šňůry, zbytečných korálků

jak šňůry, kterými svazujete mou touhu.

Chtěla jsem za Vámi vyběhnout do parku

dveře jsou zamčeny - sedím zde v prázdnu a dlouhu.

Chtěla jsem za Vámi utíkat alejí

dát vám svá ústa rozpuklá z nepolíbení

snad se mi všechna já za to vysmějí

a snad se rozpijí v chorobném snění.

Chtěla jsem dotknout se Vaší chladné ruky

vložit Vám do dlaně nůž.

Rozepněte mi korále! Rozsekněte suky

a slíbejte mi se rtů zbytečnou rouge !

Podstatné pro psychoanalytický přístup je, že tyto vztahy nejsou považovány za reakci na skutečnou osobu psychoterapeuta, nýbrž za opakování vztahů k osobám v pacientově minulosti. Analýza přenosu ukáže, že terapeut není ničím jiným, než reprezentantem, obrazem dřívějšího objektu lásky, na nějž bylo libido v neurotické fixaci vázáno. Tak přenáší např. žena na analytika vlastnosti svého otce, i ty, které analytik ve skutečnosti nemá. Reaguje na něj 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 a s nutkavým přenášením zapomenuté minulosti na různé osoby a oblasti současné situace. Přenos je opakování ve vztahu k terapeutovi. Infantilní zážitky a vztahy jsou na něj přenášeny, i když terapeut nic nedělá, resp. o to snáze, že nic nedělá: svým neutrálním postojem a chováním se stává bílým plátnem, do nějž může pacient libovolně své vazby promítat. Tento přenos je žádoucí a důležitou složkou terapie. Ambivalentní vztahy lásky a nenávisti, vzniklé vůči rodičům, probíhají nyní za změněných okolností, stávají se ovlivnitelnými a je-li vůči nim správně postupováno, mohou být přivedeny pod kontrolu.

Jevu přenosu kladou na terapeuta značné nároky. Musí být opatrný, aby nereagoval na afektivní útoky, nesmí opětovat citové vztahy ani hostilitu, musí být nepřístupný jakémukoliv pokušení. Má udržet svůj osobní život 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, připisovat její obdiv svým zvláštním schopnostem, nebo kouzlu své osobnosti. Může nevědomě směřovat k tomu, aby mocí, kterou mu dodává přenos, zvýšil své vlastní sebevědomí. Analytik je si vědom toho, že přenos nemá co dělat s jeho osobními nebo terapeutickými schopnostmi a jevu přenosu využívá pouze k další léčbě pacienta.

Původní neuroóza se v průběhu analýzy přemění v přenosovou neuroózu. V důsledku interpretační práce a trpělivého zpracovávání a afektivního znovuprožívání situací z ranného dětství se pacient zbaví svých příznaků a obtíží. Místo toho se vyvine umělá, přenosová neuroóza: pacient si přeje zůstat v léčení, odmítá být zdravý, protože současně s uzdravením by se musel vzdát vztahu k terapeutovi. Hlavním úkolem této fáze terapie je léčení přenosové neuroózy. Přenos se překoná tím, že se analyzuje, interpretuje, vysvětluje se pacientovi, že jeho city nepocházejí ze současné situace a neplatí osobě terapeuta, nýbrž že jsou jen opakováním dřívějších způsobů chování a přání. Přenos má být tedy vyřešen rovněž náhledem a konečným odpoutáním se pacienta od terapeuta, navázáním nových reálných lidských vztahů.

Nějaká speciální závěrečná syntéza a psychagogika v pojetí ortoxních psychoanalytiků již není potřebná. Samotná psychoanalýza má přivést pacienta k samostatnosti, když jej uvolní z jeho infantilních fixací, odstraní mechanismy potlačení a redukuje úzkost. Pacient tím automaticky bere otěže do ruky, je schopen sám řídit svůj osud, sublimovat své libido, nebo je uspokojit v nových a tentokrát reálných lidských vztazích. Tak se uskutečňuje i odpoutání od analytika a konečné zrušení přenosu jako přirozený důsledek nově nastupujících 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 prodělání cvičné analýzy, prováděné u zkušeného analytika se stejnou frekvencí sezení a po stejnou dobu, jak se vyžaduje u analýzy terapeutické.

Aplikace zde stručně vyložených zásad a fází praktického psychoanalytického postupu není zdaleka jednoduchá. Složitost interpretace jak snů, tak příznaků spočívá v tom, že bývají nezřídka předeterminovány: kombinuje se v nich symbolika řady traumatických zážitků, stojí "jednou nohou v situaci aktuální a druhou v ranném dětství", někde dochází vlivem cenzury k přesunu, jinde k přeměně v opak, jeden prvek zastupuje současně několik různých událostí či rozporných přání a pod.

Uvedme jako příklad analýzu jednoho snu 18-leté Dory, která trpěla záchvaty kašle, provázenými z části afonií, dále nezanětlivým výtokem, rozladami, tendencí k autizmu, projevovala neodůvodněnou nevráživost k matce a suicidální tendence demonstrativního rázu. Symptomatologie zapadala do obrazu hysterie.

Z významných faktorů životní situace pacientky nutno uvést, že její otec, který dříve prodělal venerickou nákazu a v současné době trpěl plicní chorobou, měl dlouhodobý poměr s paní K-ovou, při čemž manžel této ženy pan K. se zajímal o Doru; otec dělal, že to nevidí. Matka pacientky byla přehnaně čistotná a pořádkumilovná žena, která trpěla též 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 přináší myšlenku: v noci se může něco přihodit, takže musíme ven. Sen vzniká původně jako reakce na prázdninový zážitek, kdy pan K., u nějž o prázdninách s otcem bydleli, pacientku překvapil ráno v 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 nějaký malér, bude to otcovou vinou. 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 oedipovskou 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, vedu: jde o to, aby skříňka nebyla "namočena", což je patrné zejména v souvislosti s formulací, že se v noci může stát malér. Připomíná to poměrování pacientky v šesti letech, které, jak ukázala další analýza, souviselo s masturbací. Mokru však připadá i úloha uzlu několika dalších představ. Náleží též k představě koitu s ejakulací, současně má vztah i k výtoku pacientky i její matky. Asociativně 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 hrozící sexuální situaci. Prvek "skříňka na šperky" je výsledkem zhuštění, přesunu i kompromisem protichůdných proudění, má několikrát 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. Aфонie je tu proto, že zde není pan K., za jeho nepřítomnosti není třeba mluvit. Když se část libida opět obrací k otci, nabývá kašel významu pro znázornění pohlavního styku s otcem tím, že se dcera ztotožňuje s otcovou milenkou paní K-ovou. Pohyby při kašli znázorňují pohyby ústy při koitu per os.

Příklad (podrobněji viz v Psychoanalytických cherebopisech) ukazuje názorně pracnost a komplikovanost a současně i vykenstruevanost (a chceme-li: i absurdnost) freudovského pojetí.

Psychoanalýza je metoda časově velmi náročná a na Západě velmi finančně nákladná. Ve Švýcarsku se např. v r. 1965 platilo za jedno sezení 50 franků (faktická hodnota švýcarského franku je kolem sedmi Kčs). Stejně nákladná je i pro školícího se terapeuta, který má rovněž absolvovat 6 sezení týdně po dobu od jednoho roku až do tří let.

Analogicky jako u freudovské analýzy provádějí ve Švýcarsku analytická terapeutická i cvičná sezení příslušníci dalších škol: jungovské, Schicksalsanalýzy Szondiho, daseinsanalýzy Binswangerovy a j., interpretace odpovídá příslušné teorii. V soukromých ústavech se provádí několikaměstrová teoretická výuka a u zkušeného analytika příslušné školy prodělává adept součas-

ně cvičnou analýzu, po jejímž absolvování se stává psychoterapeutem příslušného analytického zaměření.

36. Psychoterapie interpersonálně-korektivní

Do této skupiny shrnujeme metody, zaměřené na restrukturalizaci pacientovy osobnosti prožitím korektivní emoční zkušenosti v interpersonálním terapeutickém vztahu. Vycházejí z teoretických přístupů, probraných v kapitole o dynamické psychoterapii.

361. Nedirektivní rozhovory

Technika nedirektivních rozhovorů je rozvíjena v Americe Rogersovou školou, v Německu R. Tauschem.

Terapeut sedí s pacientem společně - jako se zcela rovnoprávným partnerem - u konferenčního stolku. Chování terapeuta jednoznačně vyjadřuje, že hodina kontaktu je hodinou pacientovou, že pacient může svobodně využít všech možností a za její průběh sám odpovídá. Podle Rogersova předpokladu pacientovy těžkosti nespočívají v nedostatku vědomostí nebo informací a dosáhnout změny jeho postoje nelze vysvětlováním. Vnitřní děje mu nedovolují, aby viděl věci reálně a vedou k neadaptivním řešením. Při nedirektivních rozhovorech řídí se terapeut třemi zásadami, které jsou zcela v protikladu s pacientovým očekáváním:

- 1/ nedává žádné rady a nedělá žádná rozhodnutí,
- 2/ neprojevuje žádné mínění o tom, o jakých věcech má pacient v terapeutických sezeních hovořit a jakými oblastmi zážitků se zabývat,
- 3/ nepodává žádné výklady a interpretace.

Aby to terapeut dokázal, musí být přesvědčen o tom, že pacient má schopnost za vhodných psychologických podmínek své problémy vyřešit sám. Terapeut se může dostat do obtížné situace, je-li pacientem přímo o radu žádán. Snaží se ji však zvládnout tím, že formuluje důležité myšlenky, které hýbou samotným pacientem, nebo navrhne další diskusi k problému.

Tauschův příklad: klient dává psychologovi k přečtení dopis, ve kterém sděluje své snoubence, že ruší zasnoubení. Terapeut jej přečte a vrací. Pacient nyní čeká jeho vyjádření a ptá se: "Nevím, zda ten dopis mám nebo nemám odeslat". Terapeut odpovídá: "Máte tedy určité pochyby, zda je správné, abyste jej odesílal?" Pacient: "Musím říct, že jsem již své snoubence jeden podobný dopis napsal, ne sice tak přímo, ale očekával jsem, že snad zasnoubení zruší. Místo toho telefonovala "Ty se na mne zlobíš?" a byla pak na mne milá ...". Terapeut tedy bez zaujetí stanoviska pouze vyjádřil některé pacientovy myšlenky a pacient uvažoval dál sám, až došel k zaujetí svého vlastního stanoviska.

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

Podobně terapeut nereaguje na projevy, které by u jiných lidí jistě vzbudily odpor nebo námitky. Neříká např. klientovi, který tvrdě nadává na svoji manželku, že jeho manželka má jistě také své dobré stránky, ani mistrovi, stěžujícimu si na podřízené, že možná jejich chování zavinuje on sám. To jsou všechno poznatky, ke kterým se pacient propracuje postupně sám - o to snáze, čím méně je mu to někým předhazováno.

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 pozměňovat jako figura a pozadí u reverzibilní figury.

Chování terapeuta není pasivní ani lhostejné. Je přátelské, respektující a srdečné. To, že terapeut neradí a neinterpretuje, neznamena, 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 precizněji než pacient vyjádřit. Svým chováním mu umožňuje prožít zkušenost, která jej uschopňuje k tomu, aby své konflikty samostatně řešil.

362. Korektivní zkušenost

Korektivní zkušenost má odstranit důsledky dřívějších zkušeností, které se promítají do dalších mezilidských vztahů. Proti metodě psychoanalytické se kladě větší důraz na složku emoční, než na aspekt intelektuálně-kognitivní. Porucha v minulosti vzniklá přetrvává původní traumatizující situaci. Pacient přenáší způsob chování, získaný v některém předchozím vztahu, do vztahů dalších, které se pak vyvíjejí stejně neuspokojivým způsobem; pacient si nutkavě své konflikty i v novém, dosud nezaujatém prostředí, znovuvytváří.

Naše pacientka, staniční sestra, přichází s obtížemi neurastenického typu, jejichž příčinu nacházíme v exhausci a konfliktových vztazích na pracovišti: pacientku podřízení neposlouchají, za zády před nadřízenými očerňují, vidí na ní kdejakou chybu. Pacientka se dostává do nemilosti, dělá leccos za ně, přepracovává se. Během hospitalizace 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: "Podřízené ji neposlouchají, pomlouvají u nadřízených, dotahuje za ně, přepracovává se." Změna prostředí nepomohla, chyba je zřejmě v pacientce samé.

Toto dynamické pojetí bylo u nás rozvinuto E. Wolfem, který zjišťuje, že příčina přetrvávání maladaptivních reakcí je v jejich zpětném posilování reakcemi okolí. Reakce by samy o sobě vymizely, kdyby takto stále nebyly znovu posilovány. Traumatizovaný nemocný se stává nepřímým zdrojem takových odvetných reakcí. Ať jde kamkoliv, přináší s sebou své stereotypy, vyvolává zpětnou reakci okolí a ta tyto stereotypy znovu posiluje. V samotné reakci jde o chorobnou společenskou generalizaci; "poučení", které pacient vyvodil z traumatických interpersonálních zkušeností, se ztrnule přenáší do takových vztahů, kde je již nemístné.

1111-5361

Muž, který byl zklamán ve své lásce a prožil citový otřes, když se jeho vážně míněnému vyznání dívka vysmála, zlehčuje od té doby dívky, nevěří vážnosti jejich citů a reaguje povrchným donchuanstvím. Interakcí s dalšími dívkami, k nimž takto přistupuje, se původní postoj posiluje a znemožňuje navázání trvale uspokojivé známosti.

Pacient, jehož potíže nebral lékař vážně, anticipuje u dalších lékařů jejich nedůvěru, je podrážděný a hostilní a nedůvěru skutečně vyvolává, čímž se jeho negativní vztah k lékařům posiluje.

Korektivní zkušenost má nemocného ze zajetí chorobné společenské generalizace vyprostit a obnovit jeho schopnost přiměřené společenské diferenciaci, má prolomit bludný kruh interakce mezi pacientem a jeho okolím.

Za prototyp takové korektivní emoční zkušenosti lze považovat zážitek bývalého trestance Jeana Valjeana z Hugových Bídníků. Jeho první negativní zkušenost se společností (vězení za krádež chleba z hladu) se generalizuje v protispolečenský postoj, v němž je utvrzován dalšími srážkami se společností. Zlom nastává tehdy, když na jeho antisociální čin, krádež zlatých svícňů, odpoví proti všemu očekávání okradený biskup dobrem: prohlásí policii, že Valjeanovi svícny daroval. Analogickou situaci lze vidět v Makarenkově výchovném experimentu, při němž svěřil chlapci, který dosud kradl a byl všemi jako zloděj odmítán, peníze kolonie.

Při provádění korektivní emoční zkušenosti v psychoterapii je položen základní důraz na terapeutický vztah. V něm má pacient získat nové zkušenosti, které se významně liší od všech zkušeností dřívějších a vedou ke změně jeho postoje. Je třeba vytvořit strukturovanou situaci, ve které má pacient možnost své vzorky chování projevit, promítat je buď do chování k terapeutovi, nebo vůči spolupacientům terapeutické skupiny. V individuální psychoterapii se stane předmětem pacientových maladaptivních generalizací terapeut. Pacient od něj očekává reakce, se kterými se setkával ve svém okolí a je připraven na ně navyklým způsobem reagovat; terapeut musí reagovat jinak. Zjednodušeně řečeno: musí se chovat k pacientovi ne podle toho, jaký je, nýbrž podle toho, jaký by měl být. Tím, že terapeut reaguje jinak, dochází k vyhasínání patologických reakcí a to nejprve uvnitř terapeutického vztahu. Tato korektivní diferencující zkušenost umožní vést pacienta k pochopení úlohy, kterou sám hrál v obnovování vlastních traumatizujících zkušeností a naučí ho, aby se tomu napříště vyhnul.

363. Skupinová dynamika

K dosažení emoční korektivní zkušenosti přináší řadu speciálních zkušeností skupinové terapie, v níž se může uplatnit skupinová dynamika. To je taková forma kolektivní psychoterapie, kde se stává terapeuticky významným nejen vztah pacient-terapeut, ale i vztahy, které vznikají a rozvíjejí se mezi pacienty skupiny.

Knobloch formuluje požadavky na takovou skupinu takto:

- a/ skupina musí být modelem pacientových přirozených skupin a současně musí pacienta podněcovat, aby projevil co nejširěji rejstřík svých charakteris-

tických vzorků chování. Zároveň má skupina celé dění zjednodušovat natolik, aby bylo přehlednější, než ve skupině přirozené,

b/ skupina musí být natolik plastická, aby náznakové obsazení rolí a jejich výkon bylo možno měnit,

c/ aby byly navozeny změny chování, musí se členové terapeutické skupiny chovat jinak, než jak pacient očekává, t.j. jinak, než členové jeho přirozených skupin.

Skupiny se obvykle vytvářejí asi z 8 až 12 pacientů hospitalizovaných nebo ambulantních, smíšeně obě pohlaví, a scházejí se obvykle jednou až dvakrát týdně na jedno- až dvouhodinové sezení. Na rozdíl od kolektivní psychoterapie racionální, kdy osou sezení jsou terapeutovy výklady, je obsahem skupinových sezení diskuse mezi samotnými pacienty, které terapeut naslouchá a kterou spíše provokuje, než usměrňuje. Pacient hovoří o sobě, o svých zážitcích a zkušenostech, ostatní k tomu diskutují. Pokoušejí se komentovat a interpretovat jeho chybné způsoby reakcí. Je možno vyjít v jednotlivém sezení z životopisu některého z pacientů, který se písemně připraví a přečte, není však nutno zadávat žádné téma, je možno prostě sedět a čekat tak dlouho, až se téma vynoří, až někdo z pacientů napětí tichem způsobené nevydrží a začne hovořit. Takto vyprovokované diskuse mívají nezřídka značný emotivní náboj a zasahují často do intimních oblastí, vůči jejichž ventilování bývá zpočátku odpor.

Ve skupinové psychoterapii se zmírňuje pocit izolovanosti, pozitivně působí na každého jednotlivce akceptování skupinou, vlivem interpretací začíná pacient rozumět některým psychologickým mechanismům, příčinám vzniků svých příznaků i svému podílu na konfliktech.

364. Psychodrama

Metoda psychodramatu byla vypracována J.L. Morenem. Psychodrama je improvizované zjednodušené divadlo k psychotherapeutickým účelům. Proti sobě zde stojí pacient (protagonista) a psychodramatický tým, který se skládá z vedoucího (režiséra) a pomocných herců ("auxiliary ego"); funkci pomocných herců mohou rovněž plnit spolupacienti. Jsou k dispozici pacientovi, aby mohl dramaticky předvést své zážitky, přání, postoje a fikce.

Psychodrama je možno hrát buď se skupinou pacientů, nebo jen s jedním pacientem a týmem (uzavřené sezení s centrálním protagonistou). U nás Knoblochova škola používala více první varianty, Široký a Buxbaum více druhé.

Před zahájením hry se pacientovi vysvětlí podstata metody a vyzve se, aby sdělil myšlenky a nápady, které by mohl dramaticky vyjádřit. Někdy se začíná přehráváním běžných scén z domova nebo pracoviště, ve kterých se obvykle objeví dostatek námětů k dalšímu zpracování. Jindy dostává pacient návrh přímo od terapeuta, nebo požadavek dramatického vyjádření vyplývá přímo z průběhu sezení skupinové terapie. Pomocní terapeuti pro dramatické vyjádření situace jsou pacientovi buď nabídnuti, nebo si je ze členů skupiny sám volí tak, aby odpovídali jeho představě. Do psychodramatických sezení lze zapojit i reálné osoby z pacien-

1111-5361

tova okolí (manželku, tchyni) a nechávat je reprodukovat jejich skutečné konflikty.

Základní formy jsou:

- 1/ forma ilustrativní: pacient předvede určitou situaci, o níž vyprávěl,
- 2/ forma schematizovaná: hraje se na podkladě rámcového sledu scén, stejného pro všechny pacienty,
- 3/ forma vázaná: hraje se dle scénáře, který terapeut s pacientem předem vypracoval,
- 4/ forma volná: postup hry je určován od případu k případu dle individuálního terapeutického plánu.

Podle Morena používá psychodramatická metoda pět základních prostředků: jeviště, pacienta, režiséra, pomocných herců a publika.

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 rekvizita stačí stůl a židle. Je ovšem možno provádět psychodrama též uprostřed kruhu, vytvořeného publikem a v jakékoliv místnosti. Přesto se doporučuje zařízení malého jeviště, úměrného velikosti skupiny, které lépe navodí potřebnou atmosféru.

2/ Pacient či protagonista má na jevišti představovat především sám sebe, na rozdíl od divadelního herce, jehož vlastní já má zaniknout v předepsané roli. I zadané situace proto musejí připouštět dostatek spontaneity. Cílem psychodramatu není udělat z pacienta herce, nýbrž přivést jej k tomu, aby byl na jevišti tím, čím ve skutečnosti je a měl to možnost jasně projevit. Při hraní určité role je významným prvkem "agování" (acting out), kdy herecký výraz je podmíněn vlastním vnitřním pacientovým prožitkem; pacient se v prožívané akci silně citově angažuje a může až vypadnout z role; např. hraná zlost přejde ve skutečnou zlost.

3/ Režisér (psychodramatický vedoucí, ředitel) má být připraven každý významný náznak, který se u pacienta objeví, včlenit do dramatického jednání, vést hru tak, aby umožňovala pacientovi identifikaci, a současně neztratit kontakt s publikem. Současně připravuje interpretaci s využitím poznámek pomocných herců a reakcí z publika.

4/ pomocní herci (pomocní terapeuti) 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 může být pomocí přehrávaných scén terapeuticky ovlivňována. Příslušníci skupiny se mohou obvykle do hry zapojovat, když se jejich problematika dotýká, pro řadu členů skupiny s podobnými problémy jsou přehrávané scény objektivizací jejich problémů a mohou prožívat katarzi jako diváci. Pro pacienta na scéně znamená resonance a reakce publika korigující kontakt s veřejným míněním.

Při metodě psychodramatu lze použít řady dílčích technik, z nichž zde některé uvedeme:

a/ dvojník

Jeden z pomocných herců, "alter ego", se vciťuje 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, které však nevyslovuje. Vyslovuje určité hypotézy, které protagonistu provokují k souhlasu nebo nesouhlasu. Na scéně je pomocný herec posazen vedle pacienta, je s ním v interakci jako jeho vlastní já, v prostoru fyzicky zdvojené.

b/ samomluva

Je technikou k vyjádření skrytých myšlenek při technice dvojníka. Dvojník provádí za protagonistu při přehrávání kritických situací předpokládaný vnitřní monolog.

c/ více dvojníků

Protagonista je na scéně s několika svými dvojníky, každý hraje nějaký aspekt pacientova jednání. Např. jeden jej hraje tak, jak reaguje teď, druhý jak by chtěl reagovat, pacient sám se hraje tak, jak reagoval v dětství apod.

d/ výměna rolí

Ve scéně, kdy dochází ke konfliktu pacienta s nějakou osobou z jeho okolí, převezme pacient roli této osoby a pacientovu vlastní roli převezme pomocný herec. Hraje tak např. pacient roli své manželky, svého nadřízeného či podřízeného apod. Výměna rolí nutí k vžití se do myšlení druhého člověka a k vidění sama sebe jeho očima.

e/ zrcadlo

Pomocní herci portrétní protagonistu v jeho přítomnosti, předvádějí scény z jeho života a způsoby jeho chování. Pacient přihlíží a komentuje, vidí se jako v zrcadle.

Moreno uvádí, že dílčích psychodramatických technik napočítal jeden z jeho spolupracovníků na 351. V podstatě jde ovšem jen o drobné obměny technik výše uvedených a event. kombinace psychodramatu s jinými postupy (s hypnózou, s drogami, s přehráváním snů apod.).

Psychodrama vede k vytvoření modelu skutečnosti, ve kterém se může významně uplatnit prvek abreaktivní a podstatně rozšiřuje chápání vlastních reakcí, umožňuje nový vhled do osobní situace a intenzivní emoční korekci jak u protagonisty, tak nezřídka i u zúčastněného publika. Může být použito i k účinnému na-
cvičování nových adekvátních interpersonálních reakcí.

Poznámka: K výkladu psychodramatu bylo zde použito kromě Morenových spisů též českých publikací Hugo Širokého (38, 108), na něž pro další podrobnosti odkazujeme. Instruktivním úvodem k metodě může být film "Psychodrama", natočený režisérem Zacharem v psychiatrické léčebně ve Sternberku.
1111-5361

Pantomima.

V pantomimě má pacient vyjadřovat situace a vztahy k lidem a situacím pouze pohybem beze slov.

O. Horetzký ze Záhřebu provádí pantomimická sezení ve smíšené skupině se dvaceti pacienty. Jeho technika se podobá dětské hře, známé jako hra na řemesla. Výstup každého jednotlivého pacienta v jednom sezení trvá 2 - 7 minut, každý pacient má k pantomimickému znázornění zadáno jiné téma. Sezení jsou 1x týdně. Pacienti sedí na židlích ve dvou polokruzích, mezi sebou nemluví. Polovina pacientů, t.j. ti, kteří sedí v jednom polokruhu, vědí co má hraví pacient představit, druhá polovina věc řeší. Má se snažit hlasitě slovně vyjádřit, co pacient předvádí. Vystupující pacient má pantomimicky předvést to, co dostal napsáno na lístku od terapeuta. Terapeut sedí v kruhu na jeho místě. Úkoly bývají dosti těžké, např. vyjádřit "hledám společnost", "jiskra ztracená v prostoru" apod. Pacient bývá při úsilí úkol vyjádřit často ve značném emočním napětí. Terapeut diriguje tempo a pomáhá, je-li toho třeba.

Knobloch, Junová a další pracovníci z pražské fakultní polikliniky nazývají svoji pantomimickou metodu psychogymnastikou. (Význam, který do tohoto pojmu vkládají, je nutno odlišit od pojmu psychogymnastiky, používaného v mentální hygieně k označení tréninku psychických funkcí, jako paměti, pozornosti, vůle apod.) Používají hodinových sezení jednou až dvakrát týdně, jichž se účastní 12 - 15 pacientů, buď odděleně podle pohlaví nebo smíšeně.

První fáze hodiny 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 pomáhá též k vytváření pohybové harmonie.

Ve fázi vlastní psychogymnastiky vyjadřuje pacient pantomimicky zadaná témata, mající vztah k jeho problému. Např. na židli je položen předmět nazvaný "zakázané ovoce" a jeden pacient po druhém má pantomimicky znázornit konflikt, který by prožíval vůči zakázanému ovoci. Dalšími tématy jsou váhání na křižovatce 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.

Závěrečná fáze hodiny má navodit pocit uvolnění, optimismu a vlastní síly a odstupu od tíživých problémů. Využívá se rytmických pohybů, lidových tanců i cviků relaxačních.

365. Terapeutický kolektiv

Lze jej považovat za zvláštní formu skupinové terapie, kdy pacienti různého věku, povolání a pohlaví spolu určitou dobu žijí a pracují. Znamé zařízení tohoto typu vybudoval u nás Knobloch se svými spolupracovníky v rehabilitační odbočce v Lobči, vyjdeme tedy z popisu jeho principů a režimu.

Odbočka je ve vesnici a má špatné spojení s Prahou, kolektiv je izolován, styk se omezuje jen na členy kolektivu. Kolektiv se skládá ze třiceti pacientů, mužů a žen, dvou rehabilitačních pracovníků a jedné sestry, což se považuje za

1111-5361

maximum pro malou společenskou skupinu. Pacienti pracují denně 6 hodin pro státní statek a starají se o topení. Lékař dojíždí jednou týdně, vedoucí lékař a psycholog nebo sociální pracovníce jedenkrát za 14 dní. V kolektivních sezeních probírají pacienti své životopisy a studují vzájemné vztahy i drobné denní příhody z hlediska, jak se v nich odráží pacientovo chování před léčbou, případně si je psychodramaticky přehrávají.

Např. 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 odbočce vedoucím samosprávy, aktualizuje se jeho vnitřní konflikt mezi loyaltou k nadřízeným a solidaritou se zaměstnanci podniku, což vedlo v zaměstnání k jeho neurotickým obtížím. Když se tento konflikt reprodukuje, začíná pacient rozumět původu svých obtíží.

Lobečský kolektiv je vhodným modelem přirozených skupin. Společenské situace, které se zde vyskytují, obsahují všechny hlavní typy interakcí, přinášejí též často zátěž a konflikty. Jsou zde vedoucí rehabilitační pracovníce - modelové autoritativní postavy, je zde určité množství práce, jsou zde muži i ženy různého věku a příležitost k společenským zábavám a tanci, je zde samospráva. Kausální 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 stáhnul a nereagoval, provokuje každého jednotlivce, aby se řídil nápisy, napsanými na stěnách: "vylez z ulity" a "nemlč jako ryba". Pacienti si jako spoluterapeuti mohou dovolit daleko více experimentovat než terapeut, který se od interpretace pacientů může distancovat. Po poznání svých chybných postojů má pacient v kolektivu příležitost je opravovat: učí se novým na modelových situacích, dříve než je bude uplatňovat doma ve svém přirozeném prostředí; modelové prostředí je přehlednější, trénink v adaptivních interpersonálních vztazích je jednodušší a rychlejší.

Na analogických principech je budován terapeutický kolektiv neurotického oddělení Výzkumného ústavu psychiatrického v Praze, do programu jsou jako podstatná složka včleňována psychologická sezení s užitím intoxikace LSD, podobně rozvíjí činnost M. Hausner v Sadské.

Knoblochův systém uspořádává psychoterapeutické interpersonálně korektivní postupy do stupňů, které na sebe navazují: 1/ navázání psychoterapeutického kontaktu, čemuž je věnováno 1 - 2 individuální sezení, 2/ velká, otevřená skupina s 30 - 50 účastníky, které se kromě nových pacientů účastní též pacienti, vrátivší se z Lobče, zájemci z řad pacientů dříve léčených a zájemci z řad mediků, 3/ diagnosticko-léčebný kolektiv v rehabilitační odbočce v Lobči, 4/ skupina manželských a rodinných problémů, 5/ zavřená skupina, 6/ systematická individuální psychoterapie, 7/ klub. Podrobnější popis systému viz v Čs. psychiatrii 1964 (82).

Poznámka.

Mimo rámec našeho rozdělení psychoterapeutických metod uveďme ještě japonský psychoterapeutický systém Moritaův, který vychází z některých koncepcí náboženského buddhistického systému zen. Na jeho podnětnost upozornili u nás J. Hoskovec a J. Černý. Zjednodušeně lze říct,

že navozuje nejprve deprivaci situací tím, že znemožní na určitou dobu pacientovi jak sociální kontakt tak jakoukoliv činnost a postupně jej vrací do původních podmínek, které se mu pak zdají mnohem přijatelnějšími než dříve. Je zdůrazňován význam léčebného vlivu přírody, význam manuální práce a význam akceptování skutečnosti i sebe samého.

Léčba vyžaduje hospitalizaci a skládá se ze 4 fází:

V 1. fázi musí pacient setrvat o samotě v naprostém klidu na lůžku, je zakázána i jakákoliv četba, zábava, kouření, ani lékař s pacientem nehovoří. Smí se vstát jen k jídlu a ke koupeli. Tato izolace vede k narůstání neurotické tenze a k vystupňování všech příznaků. Pacientovi nezbude, než aby se aktivované úzkosti přizpůsobil a příznaky akceptoval. Pak se začne v posteli nudit a může být převeden do další fáze.

Ve 2. fázi nesmí pacient stále ještě s nikým mluvit, ale smí vykonávat lehčí práce a vycházet na zahradu. Začíná si vést deník, který psychoterapeut písemně komentuje se zaměřením na pacientovo akceptování reality. Cílem této fáze je přivést pacienta k prožívání radosti při konání drobných prací.

Ve 3. fázi je pracovní zatížení pacienta větší, pokračuje se v komentování jeho deníku.

Ve 4. fázi je pacientovi dovolen společenský kontakt s ostatními pacienty, nesmí však hovořit o svých obtížích. Práce se stává zodpovědnější, jsou povoleny vycházky. Pacient se učí být přirozeným, vyrovnaným, brát věci tak jak jsou. Dosáhne-li toho, je propuštěn.

Pro každou z prvních tří fází se počítá se 3 dny až jedním týdnem, čtvrtá fáze trvá týden až 14 dnů. Tekijští psychiatři Kora a Kondo uvádějí značné úspěchy této terapie při průměrné 40denní hospitalizaci zejména u neurasthenií, nutkavých a fobických neuroz.

Systém zen, který je filosofickou paralelou Moritaova systému, učí zřeknutí se ambicí stát se bohatým nebo slavným, vede k hlubšímu pohledu do vlastní osobnosti pomocí meditace a k postoji diváka, majícího od události odstup a tím objektivní pohled. Podrobnější rozbor těchto koncepcí a metod lze nalézt v Čs. psychiatrii v přehledných statích J. Heskovce (1963, 406 n.) a J. Černého (1966, 52 n.)

4. SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE

Považujeme za nutné vyčlenit zvláštní kapitolu, věnovanou skupinové psycho-terapii, přestože jsme probrali při výkladu jednotlivých metod jak individuální, tak kolektivní a skupinové aspekty a přestože tato kapitola logicky nezapadá do námi použitého dělení. Skupinová terapie se však stala záležitostí tak rozšíře-nou a módní, oblastí psychoterapie tak prudce se rozvíjející a takového významu, že je nutno věnovat jí zvláštní pozornost. Dreikurs i Moreno mluví o vzniku sku-pinové psychoterapie jako o třetí revoluci v psychiatrii.

První revolucí bylo, když Pinel 1793 osvobodil duševně nemocné z řetězů. Druhou revolucí byl vznik psychoterapie, který připravovali Dubeis, Bernheim a Janet a který dovršil Freud. Třetí revolucí je vznik skupinové psychoterapie, období kdy si psychiatrie uvědomila význam so-ciálního faktoru.

Proto zde poznatky o skupinové psychoterapii shrnujeme a doplňujeme. Jak by-lo uvedeno v úvodu, zdá se nám vhodným odlišit pojmy psychoterapie skupinová a psychoterapie kolektivní, které bývají často používány promiscue nebo střídavě jeden či druhý jako pojem nadřazený.

41. Psychoterapie kolektivní (hromadná)

Spočívá v tom, že postup, kterého bychom použili u každého pacienta jednot-livě, provádíme s více pacienty současně. U některých psychotherapeutických postu-pů je to výhodné, šetří se tím čas a účinnost se někdy v přítomnosti více pacien-tů zvyšuje.

411. Kolektivní psychoterapie racionálně - explikativní

Byla probrána v souvislosti s racionální psychoterapií. Historicky zde pa-trí primát Prattovi, který organizoval již v r.1905 speciální třídy pro pacienty s tbc. Noví členové kolektivu sedí vzadu, posunují se více dopředu, jak počet jejich návštěv vzrůstá a tím je znemožňováno, aby některý člen trvale unikl po-zornosti. Terapeut přednáší, členové pak diskutují. Základem tohoto druhu psycho-terapie je serie přednášek s psychologickou a mentálně hygienickou tematikou, jak byla probrána v kapitole o racionální psychoterapii. Byla vymyšlena řada zlepšovacích návrhů jak zvýšit účinnost, které vycházejí z pedagogické didaktiky (Klapmann, Müller - Hegemann a j.)

412. Kolektivní hypnotherapie

Kolektivní hypnosuggestivní sezení lze provádět tam, kde jsou stejné nebo po-dobné symptomy a kde je možno terapeutické sugesce formulovat pro všechny stejné. Výhodná se ukázala u alkoholiků (již V. Bechtěrev a j.), kde je v kolektivním se-zení sugerován odpor k pití alkoholu, nebo až zvracení při jeho pití. Kolektivně je možno provádět dobře hypnotickou spánkovou léčbu - uspávat na ložnici součas-ně více pacientů.

1111-5361

413. Kolektivní abreakce

Mimo oblast profesionální psychoterapie bývá využívána některými náboženskými sektami a společnostmi. V psychoterapii se může uplatnit zejm. při metodě psychodramatické nebo při kolektivních sezeních např. po provokujícím filmu. Byly dělány pokusy i s kolektivní farmakologickou intoxikací LSD, neukázaly se však být výhodnými (Hausner).

414. Kolektivní trénink

Zvláště výhodný je u relaxačních metod, zejména u autogenního tréninku. Vedle časové úspory kladně působí soutěživost pacientů, jež snižuje procento odpadnutí cvičících, které bývá při poměrně dlouhodobém nácviku vyžadujícím pravidelnost a vytrvalost, jinak značné.

42. Psychoterapie skupinová

Skupinovou terapii v užším smyslu rozumíme psychoterapii, která využívá skupinové dynamiky a kterou tedy nelze provádět individuálně. Podstatným je tu nejen vzájemný vztah pacienta a terapeuta, ale zejm. vztahy, které vzniknou mezi pacienty ve skupině.

Historicky zde asi patří první místo Morenovi, který začal již od r. 1910 vytvářet terapeutické skupiny dětí, prostitutek a uprchlíků. Společně zpracovával sociometrické techniky ke skupinové diagnóze.

Mezi současnými hlavními školami skupinové psychoterapie mají nejvlivnější postavení psychodramatická škola Morenova, směr psychoanalytický a směr topologický.

421. Morenova škola

Morenova psychodramatická metoda a její přínos byl podrobně probrán. Je součástí širě pojaté skupinové psychoterapie, v níž Moreno nadřazuje skupinu jedinci a staví ve výkladech na svých pojmech "setkání", "sociálního atomu", "spontaneity" a "tele" (viz oddíl směry). Přínosem pro skupinovou psychoterapii je Morenova sociometrická metoda, zachycující vztahy mezi jedinci ve skupině, jejich oblíbenost a neoblíbenost a znázorňující jejich dynamiku graficky v sociogramu.

Morenovův směr je zastáván společností American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama, publikačním fórem této školy je časopis Group Psychotherapy.

422. Psychoanalytický směr

Tento směr zdůrazňuje: a/ že ve skupině je usnadněna analýza tendencí k přenosu, protože přenos se může vytvářet nejen vůči terapeutovi, ale i vůči dalším osobám skupiny, b/ malá skupina aktivizuje problematiku života v rodině v ranném 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 - terapeut má tedy úkol analýzy usnadněn spoluprací skupiny.

Za zakladatele tohoto směru lze považovat Schildera a Wendera, k dalším patří S.R. Slavson, W.C. Hulse, M. Grotjahn, S. Scheidlinger, v Anglii S.H. Foulkes, v Německu H. Teirich. V Americe vytváří analytická skupina American Group Psychotherapy Association, která vydává International Journal of Group Psychotherapy. Významné postavení zde zaujímá zejm. S.R. Slavson, laický psychoanalytik, považovaný v USA za otce skupinové terapie. Slavson zcela v duchu klasické psychoanalytické terminologie mluví o tom, že vztahy mezi členy terapeutické skupiny jsou nabitý libidinosními obsahy, projevují se v nich ranné vzpomínky a potlačení sociálně nepřijatelných způsobů chování.

Analytické skupiny pro dospělé používají volných asociací, náhledu, interpretace přenosu, analýzy odporu a snů, stejně jako psychoanalýza individuální. Pacienti nejsou zaměstnáváni ani organizováni, nedostávají žádné příkazy a neúčastní se individuálních sezení. Pokud jde o sny, jsou vyprávěny před skupinou a je ponecháno na skupině, aby je analyzovala. Každý pacient dosahuje katarze a různého stupně náhledu svým vlastním úsilím a jemu vlastními cestami. Ve skupině má být jen malá skupinová kohese (soudržnost). Pacienti se mají zabývat svými problémy a ne skupinovým plánem. Vytvoří-li se ve skupině kohese, skupinová morálka a skupinová pravidla, ztrácí skupina podle Slavsona terapeutický význam. Stává se pak skupinou sociální a ne terapeutickou.

Pro děti vypracoval Slavson dosti rozšířenou metodiku činnosti skupinové terapie (Activity group therapy), pro niž je podstatné umožňování neřízeného projevovalí aktivity dětí v tolerujícím prostředí. Skupiny jsou sestavovány z dětí téhož pohlaví přibližně stejného stáří. Terapeut není přítomen proto, aby aktivně zasahoval do dětských jednání, nýbrž proto, aby dětem ukázal, že jsou akceptovány, ať jednají nebo mluví jakkoliv. Je to prostředí lásky bez výhrad a podmínek, které má možnost uspokojení a posílení Ega.

Vedoucí anglický skupinový psychoterapeut-analytik Foulkes formuluje požadavky na skupinu takto: skupina má umožnit a/ svobodnou a spontánní interakci mezi členy skupiny, b/ umožnit, aby se patologní konflikt ve skupině reprodukoval a aby s ním byl konfrontován hodnotový systém skupiny, c/ aby bylo dosaženo náhledu a neurotický proces "opakování" podroben revizi.

423. Topologický směr

Vychází z teorie polí tvarového psychologa Kurta Lewina. Jeho reprezentantem je zejména G.R. Bach (Ústav skupinové psychoterapie v Beverly Hills). Lewin zdůrazňoval, že pocit příslušnosti ke skupině je centrální záležitostí v každé osobnostní struktuře. V řadě pokusů dokazoval závislost cílových snah jedince od 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 sebe-

1111-5361

ochranou skupiny. Členové skupiny mají automaticky tendenci udržovat skupinu při životě. Nebezpečí pro skupinu spočívá v sociální distanci. Ježto neurotici při delší známosti nejsou příliš přitažliví, spíše naopak vyvolávají interpersonální napětí, je terapeutická skupina vždy v nebezpečí zániku. Pro jedince je však vyléčení neurozy tak důležité, že terapeutický prostředek (v tomto případě skupinu) chce zachovat. Z toho vyplývá přání nepřetížit skupinu příliš velkým napětím. To pak lze považovat za první krok k poznání destruktivního vlivu psychopatologického chování a k vytváření zralejšího společenského citu.

424. Jiné směry a poznatky

V posledním desetiletí se téměř každá velká škola pokusila aplikovat své učení na léčení lidí ve skupinách.

Adlerova škola v tom měla jistý náskok, protože důraz na skupinu je jejím pojetí velmi blízký. Adler považoval člověka za primárně společenské individuum, v učení o motivaci stavěl na první místo potřeby sociální (potřebu někam patřit a potřebu se uplatnit). Metodologii a interpretaci adlerovské skupinové terapie propracovává zejména Dreikurs. Skupinu považuje za ideální prostředek k objasnění skutečné podstaty konfliktů a maladaptací i ke korektivní zkušenosti. Ve skupině lze snáze provést adlerovskou psychoterapii požadované postavení "životního stylu" a zajistit pacientův náhled na jeho cíle. "Náhled" ovšem nepovažuje adlerovská škola za podmínku adaptace. Podstatnější je změna životního stylu a základního postoje k životu; toho lze dosáhnout i bez náhledu pomocí sociální stimulace, v níž člověk poznává vadnost své hierarchie hodnot. Dodávání odvahy, které je v adlerovském pojetí podstatnou součástí korektivní procedury, se ve skupině umocňuje.

Exponenty Sullivanovy teorie, aplikované na skupinovou terapii jsou především Powdemaker a Frank (179). Ohniskem je interpersonální vztah jako primární faktor vývoje člověka i patogenezy poruchy. Používali skupinových sezení, trvajících jednu a půl hodiny. K výzkumným účelům byla sezení nahrávána na magnetofon a neúčastný pozorovatel zaznamenával reakce pacientů v chování, jejich gesta apod. Ve výzkumném projektu, kdy bylo analyzováno 12 skupin s celkem 124 pacienty, se prokázalo, že práce ve skupině má ve srovnání s individuální psychoterapií specifickou hodnotu.

Skupinová práce se uplatňuje významně v psychoterapii psychóz. Na př. Battegay z Basileje podrobně popsal postup psychoterapie u 20 až 25 členných skupin na zavřených psychiatrických odděleních. Jako úvod k diskusím a interakcím mu slouží přečtení pohádkových příběhů. Od terapeuta požaduje, aby nevystupoval direktivně a mohl sloužit jako objekt přenosu. Jeho terapeutická skupina je tolerantní "společnost v malém", která umožňuje projevovat bez následků afekty, současně však učí poznání, které projevy jsou vnější realitě přiměřené. Z pozitivních výsledků zdůrazňuje Battegay především vytvoření zvláště příznivé atmosféry na oddělení.

Langen považuje za absolutní indikaci ke skupinové psychoterapii sociální problémy pacientů, konflikty v povolání a v manželství, dále zvýšený sklon k sebeopozorování, poruchu sociálního kontaktu a anankasmy.

1111-5361

Za zvláštní formu skupinové terapie lze považovat terapeutický kolektiv a patientský klub. Průkopníkem terapeutického kolektivu (therapeutic community) je zejména Maxwell Jones v Anglii. Metodika terapeutického kolektivu byla probírána v kapitole o psychoterapii interpersonálně - korektivní v souvislosti s výkladem principů Knoblochovy rehabilitační odbočky v Lobči.

Pacientské kluby začal zakládat v roce 1938 v Londýně Bierer. Byly obvykle spojovány s denní nemocnicí (odpovídá dennímu stacionáři v sovětském pojetí: pacient dochází na kliniku nebo oddělení během dne, v noci spí doma). Viděl výhodu klubu proti běžnému ošetřování v tom, že nabízí pacientovi atmosféru bližší životu než prostředí lékařské vyšetřovny. Panují zde přirozenější podmínky. Proti nabízení náhledu převládá zde nabízení zkušeností. Kluby pro pacienty, propuštěné z léčení, se osvědčily zejména tam, kde je pro úspěch léčby důležitý další kontakt s terapeutickým prostředím i po skončení léčby základní, např. u alkoholiků (u nás klub Skálův), u psychopatů, schizofreniků a pod. Vídeňský Gastager zařizuje 4 místnosti: místnost pro stolní tenis, místnost pro tanec, klubovní místnost se stolkami a klubovkami a kuchynku. Pacienti se v klubu scházejí jeden večer v týdnu. Gastager popisuje malou aktivitu klubu, pokud se zde scházeli jen defektní schizofrenici a značné oživení činnosti klubu při jejich promíšení s neurotiky. Ze 150 pacientů - členů bývá o každém klubovém večeru přítomno 30 - 35 účastníků, což je považováno za optimální.

K základním monografiím v oblasti skupinové psychoterapie patří práce: Moreno J.L.: "Die Gruppenpsychotherapie und das Psychodrama", Slavson S.R.: "Analytic Group Therapy", Bach G.: "Intensive Group Psychotherapy".

5. PSYCHOTERAPIE V ČESKOSLOVENSKU

Psychoterapie prodělala u nás zejména v posledních asi patnácti letech prudký vývoj, který bylo možno sledovat na dvou sjezdech o neurozách (celostátním v Mariánských Lázních 1958 a celostátním s mezinárodní účastí v Jeseníku 1959), na bratislavském psychoterapeutickém sympoziu (1961), na pravidelných schůzkách psychoterapeutické komise, na zaváděném výcviku psychoterapie v Ústavě pro doškolování lékařů, na moravsko-slovenských psychiatrických dnech, kde problematika psychoterapie začala tvořit podstatnou část zasedání (Lednice 1964, Chopok 1965) a naposledy na slavnostním zasedání Čs. psychologické společnosti, kde byly v referátech shrnuty základní koncepce i metody a kde byly již vykrytalizované postupy různých našich psychoterapeutů vzájemně konfrontovány v živé diskusi (Praha 1965). Vše se odráží ve stále se množících zejména časopiseckých a postupně též monografických pracích psychiatrů a psychologů.

Máme-li nyní podat přehled současného stavu čs. psychoterapie, nabízí se řada kritérií k učenění. Volíme z nich čtyři zřetele: a/ k odrazu světových směrů, b/ ke geografickému rozložení pracovišť, c/ k metodám, d/ k oblastem, v nichž je psychoterapie užito.

51. Odraz světových směrů

Většina směrů, probraných v první kapitole, našla svůj jistý odraz i u nás.

1/ Klasická psychoanalýza Freudova, s níž se určitým způsobem vypořádávala většina psychoterapeutů, byla k nám uváděna zejména Stuchlíkem, zůstala trvale reprezentována Dosužkovem a Haasem, stala se předmětem ostré ideologické kritiky a administrativních zásahů a dosáhla konečně střízlivého hodnocení z marxistických posic. Z Adlerovy individuální psychologie přešla řada poznatků do všeobecného povědomí a praxe, aniž bývá její vliv uváděn. Jungova analytická psychologie získala ohlas poměrně malý.

2/ Neortodoxní dynamická psychoterapie, interpersonální pojetí H.S. Sullivana, učení Morenova a jiné dynamické směry ovlivnily zejména pracovníky pražské polikliniky. Koncepce emoční korekce, generalisování zkušeností s jejich maladaptivním přenášením do jiných interpersonálních situací apod., se staly též východiskem výzkumů i praxe pracovní psychoterapeutické skupiny ve Výzkumném ústavu psychiatrickém.

3/ Z antropologických směrů daseinsanalýza provokovala spíše pokusy se s ní vypořádat jako s metaforisující málo plodnou spekulací (Drvota, Dobrý), byla však též přijata s určitými sympatiemi (Stuchlík, Mrkvička, Němec). Se snahou o praktické použití se setkala spíše populárnější existencanalýza Franklova (Kratochvíl, Skula).

4/ Pavlovovský směr k nám uváděli Dosužkov, Horvai, Hrbek, Lauterer, Guensberger, Michalová a mnoho jiných. Byl velmi dychtivě přijímán, po pavlovovských zasedáních sovětských Akademií v roce 1950 se stal na řadu let jediným směrem

1111-5361

oficiálně přípustným; vedl k rozvoji fysiologických zkoušek typologických ve vztahu ke vzniku neuróz, k využívání léčby spánkové a měl pozitivní vliv zejména na rozvoj hypnoterapie (Horvai, Konečný a j.). Problematika neuróz a "vlivu slova" byla v pavlovovské terminologii široce zpopularisována.

5/ Behaviorální terapie se stala východiskem prací Kondášových, některých prací Drvoty a Haškovece, byla sympaticky přijata Guensbergerem a ovlivnila výrazně i dynamicky orientované psychoterapeuty pražské.

52. Geografie čs. psychoterapie

K významným osobnostem čs. psychoterapie patří především prof. Jaroslav Stuchlík, nyní 75letý (104), který k nám uváděl zahraniční psychoterapeutické směry, zejména psychoanalýzu, dále pracoval v oblasti hypnózy, zabýval se psychoterapeutickou technikou persuase, propagoval hnutí mentální hygieny a připravil do tisku první československou příručku psychoterapie (Nárys psychoterapie a psychohygieny), jejíž připravené vydání se však v roce 1948 neuskutečnilo. (V téže roce byl přerušen i tisk připravené práce F. Knoblocha Pokus o metodologický rozbor psychoanalytické teorie.)

V Čechách je současná psychoterapeutická práce centrována do Prahy. Kolébkou je pražská psychiatrická klinika, odkud většina dnes známých psychoterapeutů vyšla a kde zejména přál tomuto zaměření prof. Vondráček, sám intenzivně se touto oblastí zabývajících. V současné době pracuje na pražské klinice s psychoterapeutickou orientací doc. Dobiáš, doc. Horvai, dr. Haškovec.

Jako školu lze v současné naší psychoterapii označit pracovníky seskupené kolem psychiatrického oddělení pražské fakultní polikliniky. Od jeho zřízení v roce 1952 zabýval se kolektiv pracovníků pod vedením doc. Knoblocha systematicky problematikou neuróz a jejich psychoterapií, kterou propracovává v ucelený systém. Práce našla odraz ve společné monografii Knoblocha, Knoblochové, Wolfa a Švába "Neurózy". Později dochází k rozporům, které staví původní spolupracovníky Knoblocha a Wolfa proti sobě. Wolf přechází na katedru psychologie, kde se habilituje, publikuje svoje "interpersonálně reflexologické pojetí" a posléze odchází do Anglie. Na práci oddělení polikliniky, která si vybudovává rehabilitační středisko v Lobči, se v různých fázích podílejí lékaři Hausner, Nesvadba, psychologové Martinčíková, Srnec, Junová, Šapošníková, dále sociální pracovníce a rehabilitační pracovníce z Lobče.

Třetím pražským centrem je dnes Výzkumný ústav psychiatrický, kde v souladu s pojetím Knoblocha a Wolfa rozvíjejí praxi i výzkum v oblasti psychoterapie Dytrych, Grof, Kubička, Srnec, s příbuzným zaměřením též Gross a Šváb. V oblasti léčebného režimu pracuje Hájek. Z psychiatrů, pracujících v jiných zařízeních, nutno uvést předsedu psychoterapeutické komise J. Rubeše (PL Bohnice), psychoanalýtika Dosužkova (Logopedický ústav) a ambulantního obvodního psychiatra P. Tautermanna. E. Wolf a známý psychoanalytik L. Haas působí nyní v Anglii.

Na Moravě se zajímal o psychoterapii Lauterer, širokého spektra aktivních metod používá E. Žalman, přeje jí prof. Hádlík. Vývoj moravské psychoterapie je 1111-5361

zvláště spjat s osobností doc. R. Konečného, který po odchodu z katedry psychologie nastupuje v r. 1950 v psychiatrické léčebně v Černovicích jako první psycholog v psychiatrickém zařízení (80). Intenzivně se zabývá různými formami psychoterapie zejména psychoterapií racionální, kolektivní, hypnózou, koncipuje psychoterapii na základě pavlovovském; zpracovává metodu narkopsychoterapie (viz narkogenová abreakce), kterou s ním dále rozvíjí Olga Konečná, zabývá se osobností psychoterapeuta a problematikou hodnot, později se věnuje psychoterapii a psychologii dětské. Intenzivně pracovali v oblasti psychoterapie v Černovicích dále Žalman, Krátký, Herúfek, Soukal a Černý. Na brněnské klinice vede psychoterapeutickou práci doc. M. Bouchal, psychoterapeutický kroužek vytvářejí Bártová, Synková, Bojanovský, Chloupková, Kalužík, Kratochvíl a další. Psychoterapií dětí se v Brně intenzivně zabývali Černý a Švancara.

Z dalších center, vyvíjejících aktivitu v oblasti psychoterapie je nutno uvést Kroměříž (Kratochvíl), Opavu (Buxbaum, Široký, Strossová), později Šternberk (Široký, Strnad). V Olomouci formuluje svou koncepci neuróz a psychoterapie doc. O. Vymětal.

Na Slovensku vede především bratislavská psychiatrická klinika (prof.) Guensberger, Zikmund, Fedor, dříve též Masárik). Jejich pojetí psychoterapie se odráží v důkladně zpracované kapitole o psychoterapii ve skriptech "Všeobecná psychiatria a základy medicínskej psychológie" zpracovaných pod vedením prof. Guensbergera. Silná a publikačně úspěšná aktivita vychází z psychiatrických léčeben ve Velkých Levárech (Török, Kondáš), a v Pezinku (Škoda, Škodová, Pogády), některými metodami se zabývají také na klinice v Košicích (Stančák, Major).

53. Užívané psychoterapeutické metody

531. Psychoterapie racionální

Metody explikace používá v adjuvantní psychoterapii a alespoň v iniciálním stadiu psychoterapie systematické u nás prakticky většina psychoterapeutů. Explikace je též běžně podstatnou součástí kolektivně-hromadné psychoterapie, jak o ní referoval Košč (81), jak ji prováděli Konečný, Soukal a jiní. Základem jsou pohovory v bdělém stavu, při nichž se s pacientem probírají příčiny vzniku onemocnění, vysvětluje se a v určitých mezích se i radí, případně se s pacientem provádí komplexnější psychagogika, jak se za ní přimlouvá Mrkvička (100). S podobným přístupem se setkáme u neurologů Klimkové-Deutschové, Macka a Vítka (26). Vymětal formuluje cíl jako dosažení racionální adaptace k danému životnímu prostředí (116). V řadě případů je součástí postupu i přímý zásah psychoterapeuta do tohoto prostředí a pomoc v mezích možností při řešení obtížných situací v zaměstnání či v rodině. Wolf a Šváb tu mluví o manipulaci mimoterapeutickým prostředím, Bouchal a Konečný o sociopsychoterapii (3). V racionální psychoterapii velmi významnou otázkou hodnot se zabývají nezávisle na sobě zejména Vondráček (92) a Konečný (78); psychoterapie má pomoci pacientovi změnit nesprávnou hierarchii hodnot a vést i k znovunalezení životního smyslu a vybudování životní perspektivy, jak se o to s využitím franklovské koncepce pokoušel Kratochvíl (90).

1111-5361

532. Psychoterapie sugestivní

Užití hypnózy, některými psychoterapeuty odsouvané do pozadí, bylo u nás podpořeno zejména pavlovovskou orientací psychoterapie. Problematika je důkladně shrnuta Horvaie a hypnóza jako psychoterapeutická metoda je prakticky s úspěchem využívána četnými dalšími psychoterapeuty, z nichž jmenujme Bouchala, Čepeláka, Janíka, Klose, R. Konečného, Kratochvíla, Pekárka, Rudlovou, Soukala, Širokého, Špeldu, Švancarů, Žalmana a j., na Slovensku Guensbergera, Masárika, Zikmunda. Je rovněž značný zájem o experimentální výzkum hypnózy samé, na němž se podílí zejména Hoskovec, Horvai, Diamant, J. Černý, Svorad, Stuchlík, Bouchal, Kratochvíl aj.

533. Psychoterapie abreaktivní

Ze speciálních technik je časté užití narkoanalýzy, o níž referovali zejména Semotán, Soukup, Guensberger, Janota, Major a Stančák. Z narkotik inhalčních propracovali metodiku i teorii využití narkogenu R. Konečný a O. Konečná, k metodice přispěl též Žalman. Využití psychostimulancií k nám pod názvem psychotonový interview uvedl Žalman, později se jím v širším měřítku zabýval Kratochvíl, u dětí je zkoušeli Černý a Švancara. V posledních letech získalo oblibu užití LSD, s nímž pracovali zejména Roubíček, Hausner, Doležal, Grof, Dytrych. Intoxikací je využíváno zejména ke stimulaci produkce materiálu, který se stává podkladem pro dynamickou interpretaci. Považují se za nejúčinnější intoxikace individuální, kombinované s pobytem v léčebném kolektivu.

534. Psychoterapie tréninková

O řadě technik, vycházejících z behavioristicky orientované teorie učení souborně informovali Haškovec a Drvota (62), na Slovensku je podrobně rozpracovává Kondáš pod názvem psychoterapie discentní. Ve své monografii Podiel učenia v psychoterapii referoval o použití discentních metod zejména u balbuties a o modelovém postupu přecvičování vadných asociačních spojů u schizofreniků. Dále zpracovává použití těchto metod u dyslektiků a u tiků. Diamant a Drvota zkoušeli odůvodňovat polymorfní tik kombinací metody přesycení střídané s nácvikem úmyslného potlačování tiků. Nověji referuje Kondáš o použití tzv. negativního cvičení s uměle vyvolávanou tenzí.

Schultzova metoda byla u nás popularisována Hoskovcem, o kladných terapeutických výsledcích referovali Bouchal a Kratochvíl. Podobnou metodu kombinovanou s cvičením aktivačním vypracoval a experimentálně zkoumal M. Machač pod názvem relaxačně-aktivační autoregulační zásah (viz 6). Aktivační trénink pro hypothylní osobnosti v duchu carnegiovského optimismu vypracovali Bojanovský a Chloupková.

535. Psychoterapie interpersonálně - korektivní

Metody tohoto okruhu byly u nás zpracovávány zejména Knoblochem, Knoblochovou, Wolfem, Švábem, Bílkem, Hausnerem, Nesvadbou, Junovou, Tautermannem, Dytrychem, S. Grofem a dalšími. Byly propracovány formy dynamické terapie skupinové a to jednak ambulantní, jednak forma léčebného terapeutického kolektivu. Wolfovo shrnutí principů metodického přístupu je široce známo. Terapeutický systém Knoblochův je populární u nás i za hranicemi a očekává se jeho zpracování v monografii. Manželské problémy v souvislosti s neurotickými stereotypy se zabývala J. Knoblochová v práci Duševní porucha a rodinný vztah.

Psychodrama je ve formě spíše širší využíváno Knoblochovou školou, ve formě komornější Širokým a Buxbaumem. V rámci Knoblochovy školy je rovněž využíváno improvizované pantomimy pod názvem psychogymnastika (zejm. Junová). Ve Výzkumném ústavu psychiatrickém pokoušejí se Dytrych a Grof ve spolupráci s Kubičkou a Srncem metodologicky promyšleným způsobem dokázat některé teoretické předpoklady interpersonálně korektivních metod (94, 120).

54. Oblasti aplikace psychoterapie

Psychoterapie neuróz je nejvýznamnější oblastí. Většina publikací a rovněž většina výše popsaných metod se týká právě této oblasti. Speciální pozornost manželským problémům věnovali Konečný, Žalman, Kalužík, Knoblochová, Elger i pracovníci pražské sexuologie.

Psychoterapie v širším smyslu, léčba prostředím, různé druhy činnostních terapií byly rozvíjeny zejména manželi Škodovými v Pezinku a našly svůj odraz v monografii Léčba psychóz prostředím. Dále v této oblasti pracovali a publikovali Engelsmann, Študlar, Hájek, Konečný, ve Velkých Levárech Török a Kondáš.

Psychoterapií psychóz se zabývali Wolf a Písařovic, směry psychoterapie schizofrenie zhodnotila a praktické individuální psychoterapii i syntetizování zkušeností věnovala značné úsilí E. Syřištová, jež je po řadě dílčích studií shrnula v monografii "Možnosti a meze psychoterapie schizofrenního onemocnění".

Psychoterapii alkoholiků rozvinul v propracovaný zkloubený a ve světě známý systém J. Skála, s nímž v určitých obdobích spolupracovali psychologové Oteřová a Urban. Zabývají se jí dále Kondáš, Příbyl, Mandlová, dlouho též Viewegh, alkoholismem mladistvých Mečíř. Málo vděčnou psychoterapií asociálních psychopatů se v rámci zdravotnictví zabývá v současné době Rubeš.

Psychoterapii sexuálních poruch rozvinuli zejména Hynie, Nedoma a další pracovníci pražského sexuologického ústavu (Barták, Šípová, Mellan, Raboch), na Moravě Žalman, Kalužík, Bártová, Bouchal. Zkušenosti s psychoterapií homosexuálů zhodnotil ve své monografii "Homosexualita u muže" K. Freund, na některých projektech se podíleli Diamant, Pinkava a Srnec.

Psychoterapií dětí se zabývali Langmaier, Matějček, Konečný, Knobloch, Wolf, Švancara, Černý, Ličko, Kubička, Šrp, M. Konečná, Kondáš, Kučera, Míček, Vrzal, Drábková, Vančurová, Fischer a jiní, u koktavých Dosužkov a Ritz-Radlin-
1111-5361

ský. K prolnutí psychoterapie s nápravnou pedagogikou a poradenstvím došlo v psychologické výchovné poradně v Brně (O. Kolaříková, O. Konečná, Schürer, Kohoutek) a na psychologických výchovných klinikách v Bratislavě (Bažány, Čulen, Štúr aj.) a v Košicích (Hvozdík, Olejár).

Psychoterapií v oblasti somatické medicíny se zabývali nebo zabývají na gynekologii Tůmová a Čepelák, v ortopedii Verner, v traumatologii Janík, ve stomatologii Srp, v otorhinolaryngologii Němec, ve specializované psychosomatické ambulanci Haškovec.

Bylo by možno uvažovat o dalších možnostech dělení psychoterapeutů zejména např. podle generací (starší, střední, mladší a nastupující) a podle profese psychoterapeutů (zejména psychiatři a psychologové). Pokud jde o nástup psychologů v oblasti psychoterapie, je časově pozdější než u psychiatrů a neobešel se bez určitých kompetenčních sporů zejména v Čechách. Byly však úspěšně vyřešeny poté, co se psychologové svými teoretickými příspěvky i praktickými úspěchy v této oblasti prosadili (srv. 60). Psychoterapie je kodifikována v organizačních rádech jako rutinní povinnost psychologa v klinické praxi.

6. SYNTETICKÝ A DIFERENCOVANÝ PŘÍSTUP

Pokoušel-li jsem se během dosavadního výkladu obecné psychoterapie podat pokud možno objektivní přehled současných psychoterapeutických směrů a metod, považuji za nutné na závěr vyložit svoje vlastní stanovisko.

Je jen málo uznaných pravd, které procházejí neotřeseny všemi probranými metodickými přístupy a směry a nekomentované obrysové předestření současného stavu je schopno ve studentovi, dosud neobeznámeném s praxí, vyvolat pochybnosti a zmatek. Vidí-li jeden ze směrů příčiny poruch v neuspokojení pudových tendencí, vidí je druhý v chybění vyšších cílů. Zdůrazňuje-li jeden nutnost co nejrychleji zbavit pacienta příznaků, považuje to druhý pro psychoterapeutický proces za škodlivé. Klade-li jeden důraz na aktivní, cílevědomé řízení psychoterapeutického procesu, doporučuje druhý do něj vůbec nezasahovat. Bylo již řečeno, že psychoterapeut má možnost se buď přiklonit k některému ze stávajících psychoterapeutických směrů, osvojit si jeho terminologii, specializovat se na určitou metodu a být v něm sebejistým a uznaným odborníkem; nebo má možnost se seznamovat se všemi směry, vybírat si a kombinovat, zkoušet různé prostředky z psychoterapeutického armamentária a pokusit se posléze dojít k vlastní syntéze a integraci. I když v teorii zatím nelze uspokojivě syntetizovat všechny různorodé seriózní koncepce pro protikladnost některých tézí, je možno je prakticky používat podle individuality jednotlivého případu - diferencovaně.

Osobně je mi bližší druhé komplexní, syntetické stanovisko, které jsem stručně nastínil v závěru přehledu čs. psychoterapie (92) a podávám je níže tak, jak jsme je s M. Bouchalem zformulovali pro oblast psychoterapie neuróz pod názvem syntetický a diferencovaný přístup (47). Navazuje v mnohém na myšlenky R. Konečného a lze jej považovat za stanovisko, které je v současné době blízké zejména skupině jihomoravských psychoterapeutů (zejm. Brno a Kroměříž). V našem pojetí se nejedná o uzavřený myšlenkový systém, nýbrž pouze o přístup, zcela otevřený každému poznatku z praxe i z literatury.

Teorii vzniku poruchy a metodiku terapie přizpůsobujeme jednotlivému případu. Pokud jde o interpretaci, domníváme se, že se takto mohou uplatnit různé interpretativní postupy. Doporučujeme užít neindoktrinující volby výkladu podle té z koncepcí, která se jeví na základě podrobného psychoanamnestického rozboru jako danému případu nejprůměřenější, resp. použít slučitelné kombinace koncepcí. Pokud jde o terapii, uvažujeme o volbě metody nebo kombinace metod se zřetelem k symptomatologii a etiopatogeneze dané neurózy, k osobnosti daného pacienta, k osobnosti terapeuta a k ekonomickým zřetelům, pokud jde o vynaložený čas.

61. Diferencovaný přístup s ohledem na symptomatologii a etiopatogenezu

Budou-li zjištěná data nasvědčovat tomu, že by např. úzkostná neuróza v daném případě mohla být vyvolána frustrací sexuálního iritací (93) dle Freudovy klasické teorie o vzniku aktuálních neuróz, budeme se v racionálním postupu věnovat

spíše explikaci a pokusům o aktivní a poměrně direktivní zásah do sexuálního života. Bude-li důsledkem především nejistoty a ztráty bezpečí v interpersonálních vztazích, pokusíme se vést pacienta nedirektivní cestou ve strukturovaném terapeutickém vztahu k emoční korekci. Budou-li předpoklady k tomu, abychom mohli u daného případu pochopit ve shodě s Platonovovou koncepcí periodické úzkostné stavy např. jako projev patologického reflexu, který se zafixoval při silném jednorázovém úleku při usínání (93), budeme považovat za indikovanou na prvním místě hypnózu s přímou sugescí nebo s katartickým odreagováním zážitku.

Bude-li např. depresivní neuroóza neurotika pramenit z akutní existenciální frustrace, t.j. ztráty životního smyslu, budeme považovat za indikované zabývat se v racionální psychoterapii problematikou hodnot s hledáním nových perspektiv. Bude-li deprese důsledkem řešitelné situace, můžeme se pokusit napomoci nemocnému, aby ji změnil, bude-li důsledkem situace neřešitelné, dané vyšší mocí, povedeme jej k adaptaci pasivní a pomůžeme mu i relaxačními technikami, aby věc ztratila alespoň z části svou emocionální naléhavost. Bude-li deprese pramenit více z konstituční hypothyminí báze, využijeme aktivačního tréninku, jak jej propracovali Bojanovský a Chloupková.

Vznikl-li hysterický symptom prudkou a potlačenou emocí, pokusíme se ji odreagovat v narkoanalýze či v psychotonovém interviewu, zvládnout autoritativní sugescí, ve vyjíměčných účelově fixovaných případech i tvrdou protreptikou; pramení-li týž symptom z matřimoniálních konfliktů, pokusíme se zprostředkovat vřelost a korekci pomocí kolektivní nebo skupinové psychoterapie podle okolností i s využitím psychodramatických prvků, případně též provokovaných vhodným filmem.

Při antropofobii a skoptofobii člověka se somatickým defektem můžeme zkusit adlerovskou interpretaci s přestavbou neurotického životního plánu, Wolpého desensibilizaci vůči hierarchicky seřazeným, strach vzbuzujícím situacím nebo se pokusit využít skupinové dynamiky k odbourání maladaptivní společenské generalizace. V tomto směru můžeme jen litovat, že nám zatím není dosažitelný takový zaběhnutý pracovní-terapeutický kolektiv, jakým je Knoblochova Lobeč. Konečně ve vyjíměčných případech bychom uvítali, kdybychom měli možnost poslat určitého pacienta ke zkušenému psychoanalytikovi, nebo v některých případech k daseinsanalytikovi k lege artis prováděné dlouhodobé analýze.

Z příkladů je patřno, že vůdčí myšlenkou je individualizace v interpretaci i v metodě, při čemž se snažíme rozsah přístupů i technik stále více rozšiřovat. Domníváme se, že převedení veškeré problematiky na intrapsychické konflikty a fixaci libida, jak je tomu u psychoanalýzy, nebo na problematiku interpersonálních vztahů, jak to provádějí některé dynamické školy, či na záležitost chybného učení, jak je tomu v behaviorální terapii, lze za pomoci indoktrinace sice dokazovat u všech případů, ale dle našeho názoru na úkor skutečnosti, která má více dimensí, než aby se dala takto jednostranně vyložit. Přitom jsme toho názoru, že jednotlivé vyhraněné teorie mají svou závažnou heuristickou hodnotu, které lze při syntetickém přístupu dobře využít.

62. Diferencovaný přístup se zřetelem k osobnosti pacienta

Při patogenetickém výkladu neurózy 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 neurofyzilogickou konstitucí. Obojí má svůj význam i při volbě terapeutických metod. Např. účinné a úsporné využití hypnózy je závislé na hypnabilitě pacienta, kterou na základě vlastních zkušeností i údajů z literatury považujeme za osobnostní vlastnost svého druhu, o níž se musíme přesvědčit prostým pokusem o hypnotizaci. Indikaci hypnoterapie považujeme ve většině případů za technicky omezenou tím, zda se použitelný hypnotický stav podaří vyvolat asi do 15 minut.

Při diferencované aplikaci autogenního tréninku ordinujeme tuto metodu spíše nemocným s rysy důslednosti a s tendencí pracovat na sobě samém v zájmu svého zdraví, abychom zbytečně nezaváděli tuto terapii u pacientů, kteří nedovedou cvičení až do konce. Nepovažujeme za náhodné, že autogenní trénink má v Německu větší rozšíření a vysvětlujeme si to tím, že metoda více vyhovuje národní německé mentalitě s rysy pořádku, kázně a soustavnosti. Snažíme se někdy individualizovat i postup a obsah cvičení a vytvářet pro různé nemocné individuální soustavu cvičení t.j. ponechat ty formule, na něž reaguje dobře a vynechat některé, na něž nereaguje, nebo které mu působí potíže. U osob hysteroidních se zvýšenou potřebou sebeuplatnění můžeme metodu vyzkoušet ve skupinové soutěživé formě, kdy se z dosažení výsledku stane věc prestiže a vyniknutí.

Podobně nemá význam provokovat k abreakci extrémně extrovertovanou mnoho-mluvnou osobnost, která stejně ventiluje své problémy hned, vždy a všude; naproti tomu mohou mít abreaktivní techniky značnou cenu u stažené introvertované osobnosti, která má tendenci uzavřít problémy v sobě a vnitřně se jimi trápit.

Metody, jejichž cílem je získání náhledu, vyžadují jistě určité minimální intelektové úrovně. V oblasti psychodramatických metod by zasloužilo zhodnocení, do jaké míry je vhodné využívat k produkcím hysterických osobností, aby se zbytečně nepodporovaly jejich sebedědávající a dramatizační sklony.

63. Diferencovaný přístup vzhledem k osobnosti terapeuta

Na tvorbě existujících psychoterapeutických systémů se podílela nepochybně i osobnostní struktura jejich zakladatelů. Rovněž příklon k jednotlivým směrům a preference metod má i nyní nezřídka co činit s osobnostními faktory. Potřeba vládnout a usměrňovat životy jiných může vést k preferenci autorativní hypnózy, či příliš suverenní psychagogiky, stejně jako zvědavost a přitom nerozhodnost, chuť zahrávat si s lidmi, aniž se přijímá odpovědnost za jejich osud, mohou hrát roli při příklonu k extrémně nedirektivním, pouze pacientovo agování provokujícím metodám. Faktor osobnosti terapeuta a jeho motivaci z psychoterapie vyloučit nelze, i když se snaží být bílým plátnem či nepopsanou deskou. Jednomu budou nepochybně vyhovovat ty, jinému ony druhy interpretací i metod a domníváme se, že při reálném vhladu do vlastní motivace a při určité vyrovnanosti, zra-

losti, nebo ještě lépe úrovni osobnosti lze vší existující variability osobnostních rysů psychoterapeutů využít k dobru pacientů stejně dobře, jako lze sadistické tendence užitečně sublimovat v povolání zdatného řezníka či chirurga.

Podle našeho názoru by měla v rámci diferencovaného přístupu k terapii existovat nejen možnost přiřazovat terapeutické postupy k diagnózám, ale i pacienti k terapeutům se zřetelem k jejich osobnostem.

Při výkladu diferencovaného přístupu k terapii neuróz se nemůžeme vyhnout zaujetí stanoviska k rozlišení metod na kauzální a symptomatické. Zdá se nám výhodným sjednotit u jednotlivého případu obojí dle principu dvojkoľejnosti psycho-
terapie, jak byl navržen Ernstem Kretschmerem (157, 158): provádět kauzální odhalování příčin, jejich odreagování, emoční korekci, odstraňování a řešení, paralelně se symptomatickým odbouráváním potíží tréninkem a hypnosugesí či relaxací.

Při příklonu k syntetickému a diferencovanému přístupu v psychoterapii jsme si ovšem vědomi toho, že se se ochuzujeme o velmi účinný faktor, kterým 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 střízlivějšího a mnohotvárné skutečnosti více odpovídajícího přístupu.

1. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
2. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
3. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
4. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
5. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
6. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
7. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
8. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
9. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
10. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
11. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
12. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
13. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
14. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
15. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
16. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
17. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
18. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
19. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
20. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
21. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
22. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
23. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
24. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
25. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
26. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
27. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
28. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
29. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
30. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
31. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
32. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
33. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
34. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
35. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
36. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
37. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
38. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
39. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
40. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
41. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
42. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
43. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
44. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
45. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
46. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
47. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
48. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
49. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
50. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
51. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
52. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
53. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
54. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
55. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
56. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
57. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
58. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
59. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
60. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
61. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
62. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
63. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
64. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
65. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
66. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
67. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
68. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
69. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
70. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
71. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
72. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
73. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
74. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
75. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
76. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
77. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
78. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
79. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
80. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
81. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
82. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
83. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
84. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
85. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
86. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
87. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
88. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
89. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
90. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
91. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
92. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
93. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
94. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
95. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
96. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
97. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
98. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
99. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.
100. Dostál J. et al.: Vliv atmosféry na léčebný úspěch. Časopis lékařů českých 1964.

7. L I T E R A T U R A

Seznam literatury má sloužit jednak jako výběr k referátům pro seminární cvičení, jednak má být studentovi k dispozici až nastoupí v praxi a bude hledat podrobnější poučení o problémech a metodách, které v rámci učebního textu mohly být podány pouze obrysově.

Je podán

- a) seznam monografií v českém jazyce, majících vztah k psychoterapii,
- b) soupis významných statí v českém jazyce, které jsou roztroušeny v různých časopisech,
- c) seznam základních děl literatury světové.

Seznam citovaných cizojazyčných statí je k dispozici u autora.

71. Monografie v českém jazyce

1. Adler A.: Člověk, jaký jest. Orbis, Praha 1935.
2. Bartko D.: Moderná psychohygiena. Obzor, Bratislava 1965
3. Bouchal M., Konečný R. Psychologie v lékařství. SZN Praha 1966
4. Cvekl J.: Sigmund Freud. Orbis Praha 1965.
5. Daviděnkov S.: Učení I.P. Pavlova o neurozách a jejich léčení. SZN Praha 1953.
6. Doležal J et al.: Hygiena duševního života. 2.vyd. Orbis Praha 1964
7. Dosužkov B.: Psychoneurosy, choroby sociálních vztahů. Nová Osvěta Praha 1946.
8. Dosužkov B.: Vznik a základy psychoanalýzy. Praha 1947.
9. Dreikurs R.: Úvod do individuální psychologie. Čs. graf. unie Praha 1937
10. Faulkner R.: Sugescie a hypnotismus ve světle pravdy. Sphinx Praha 1920.
11. Freud S.: Psychopatologie všedního života. Albert Praha 1938
12. Freud S.: Psychoanalytické chorobopisy. Albert Praha
13. Freud S.: Studie o hysterii. Albert Praha 1947.
14. Freud S.: Tři úvahy o sexuální teorii. Srdce Praha 1926
15. Freud S.: Úvod do psychoanalýzy. Albert Praha 1945
16. Freund K.: Homosexualita u muže. SZN Praha 1962
17. Furst J.B.: Neurosy a společnost. Orbis Praha 1961
18. Guensberger E. et al.: Všeobecná psychiatria a základy medicínskej psychológie. SPN Bratislava 1963
19. Grof S., Dytrych Z.: LSD 25. Využití v klinické praxi. Zprávy VÚPa 1965 č.2.
20. Horvai I.: Hypnosa v lékařství. SZN Praha 1959.
21. Knobloch F. et al.: Neurosy. SZN Praha 1956
22. Knobloch F.: Neuroza a ty. SZN Praha 1962
23. Knoblochová J.: Duševní porucha a rodinný stav. SZN Praha 1964
24. Konečná Olga: Pokus o teorii narkogenu (NKG) na základně pavlovského učení o vyšší nervové činnosti. Dis. práce FF Brno 1952
25. Kondáš O.: Podiel učenia v psychoterapii. SAV Bratislava 1964
26. Macek Z., Vítek J.: Neurosy, psychoneurosy a tzv. funkční nervové poruchy. V Henner K.: Speciální neurologie, SZN Praha 1952

27. Mette A.: Sigmund Freud. SZN Praha 1962
28. Míček L.: Nervosní děti a mládež ve škole. SPN Praha 1961
29. Michalová C.: Kritické poznámky k psychoanalýze. Rovnost Brno 1950
30. Mysliveček Z.: Obecná psychiatrie. SZN Praha 1961
31. Pondělíček I., Pondělíčková J.: Neuróza a naše zdraví. SZN Praha 1960
32. Roubíček J.: Experimentální psychozy. SZN Praha 1961
33. Skála J.: Alkoholismus. SZN Praha 1957
34. Souček R.: Psychoanalýza. Praha 1948
34a. Srnec J., Syřišťová E. et al.: Úvod do zdravotnické psychologie. Skripta SPN Praha 1965
35. Stuchlík J.: Nárys psychoterapie a psychohygieny. Kartáčový otisk 1948.
36. Syřišťová E.: Speciální otázky zdravotnické psychologie. Skripta. SPN Praha 1964
37. Syřišťová E.: Možnosti a meze psychoterapie schizofrenního onemocnění. Rozpravy ČSAV Praha 1965
38. Široký H.: Úvod do herecké psychologie. Skripta. SPN Praha 1964
39. Škoda C., Škodová R.: Léčba psychos prostředím. SZN Bratislava 1959
40. Škodová R., Škoda C.: Životy vyprávějí. SZN Praha 1965
41. Tlustá M., Antologie textů soudobé západní filosofie. Skripta SPN Praha 1965
42. Vondráček V.: Hodnocení a jeho poruchy z hlediska psychiatrie. ČSAV Praha 1965
43. Welle H.K. Pavlov a Freud. NPL Praha 1963
44. Zdravotnický film. SZN Praha 1964

72. Stati v českém jazyce

45. Buxbaum H., Široký H.: Psychodrama. Čs. psychiat. 56, 343-349, 1960
46. Bouchal M.: K autogennímu tréninku J.H. Schultze. Čs. psychiat. 60, 33, 1964
47. Bouchal M., Kratochvíl S.: K syntetickému a diferencovanému přístupu v terapii neuróz. Čs. psychiol. 10, 1966 č. 5
48. Diamant J. et al.: Elektroencefalografická studie hypnosy. Čs. psychiat. 55, 285-284, 1959
49. Dobrý J.: Existencialismus a psychoterapie. Čs. psychiat. 60, 195-198, 1964
50. Doležal V., Hausner M.: Naše zkušenosti s kolektivní psychoterapií za pomoci LSD. Aktiv.nerv.sup. 4, 241, 1962
51. Dosůžkov B.: Skoptofobia. Čs. psychiat. 58, 102 nn, 1962
52. Dosůžkov B.: Definice neurosy. Čs. psychiat. 57, 276-279, 1961
53. Drvota S., Diamant J.: Nové způsoby léčby tiků. ANS 4, 166, 1962
54. Drvota S.: Pokus o kritiku daseinsanalýzy. Čs. psychiat. 53, 231-242, 1957
55. Engelsmann F., Študlar B., Muzikoterapie. ČLČ 100, 585-589, 1961
56. Grof S., Vojtěchovský M., Votava Z.: LSD 25. ČLČ 1960: 180 nn., 245 nn., 276 nn.
57. Grof S., Dytrych Z.: Nový přístup k některým psychologickým problémům. Čs. psychol. 8, 121-136, 1964
1111-5361

58. Guensberger E.: Narkoanalýza ako teoretický a praktický prínos. Brat.lék. listy 30,342-360, 1950
59. Haas L.: Narodeniny MUDr B. Dosužkova. Čs. psychiat. 60,56-57, 1964
60. Haas L., Tautermann P.: Ke spolupráci psychiatrů a psychologů v psychiatrii. Čs. psychol.9, 75-78,1965
61. Haas L.: Účinné faktory v psychoterapii. Čs. psychiat. 56,257-262, 1960.
62. Haškovec L., Drvota S.: Nové směry terapie neuroz, vycházející z tzv. teorie učení. Čs. psychiat. 58, 53-59,108-118, 207-211, 1962
63. Hausner M., Doležal V.: Praktické zkušenosti s halucinogeny v psychoterapii. Čs. psychiat. 59, 328, 1963
64. Hausner M., Doležal V.: Katamnestické hodnocení výsledků psychoterapie za použití LSD. ANS 5, 215, 1963
65. Hausner M.: Pohledy na sovětskou psychoterapii. Čs. psychiat. 55, 339-349, 1959.
66. Hausner M.: Výhody a úskalí kombinovaného užití psychoterapie a farmakoterapie. ANS 4, 229-230, 1962
67. Hausner M.: Terapeutický vztah. Čs. psychiat. 59, 295-301, 1963
68. Hermannová Z.: K poznámkám o metodice a teorii psychodramatu. Čs. psychiat. 57, 279-281, 1961.
69. Horvai I., Hoskovec J.: Příspěvek k problematice tzv. hypnotické věkové regrese. ANS 4, 161-162, 1962
70. Hoskovec J.: Psychoterapeutické aspekty systému Zen. Čs. psychiat. 59, 406-411, 1963
71. Hoskovec J.: Schultzův autogenní trénink. Čs. psychol. 6, 103 - 109, 1962
72. Hoskovec J.: Kretchmerův aktivně hypnotický trénink. Čs. psychiat. 58, 333-336, 1962
73. Hoskovec J.: Možnosti hypnózy jako výzkumné metody v psychologii Čs. psychol. 2, 148-154, 1958
74. Hoskovec J., Horvai I.: Výzkum řeči v hypnotické věkové regresii. ANS 5, 13-21, 1963
75. Janota O.: K hodnocení tzv. narkoexplorace. ČLČ 94, 323-333, 1955
76. Kepiňski A.: Strasti a radosti psychiatra psychoterapeuta. Čs. psychiat. 58, 59-61, 1962
77. Kondáš O.: Aplikácia psychologickéj koncepcie učenia v psychoterapii. Brat.lék.listy 42/II,299-305,1962
78. Kondáš O.: Princip interferencie v discentnej reedukácii balbuties a dyslexie. Psychologica 16 (5), Bratislava 1965
79. Konečný R.: K problematice psychoterapie se zřetelem k psychoterapii neuroz. Rukopis přednášek pro mediky 1957
80. Konečný R.: Význam hodnocení a hodnot pro psychoterapii neuroz. Extracta I.psychiat. kongresu Jeseník 1959
81. Konečný R.: Některé teoretické a praktické otázky psychoterapie dětí. Sborník prací FFBU B 11, 7-16,1964

82. Konečný R.: Pohled na psychologii ve zdravotnictví v Československu do r. 1965. Čs. psychol. 9, 441-450, 1965
83. Košč L.: Skúsenosti s kolektívnou psychoterapiou na psychiatrickom oddelení. Sb.: Využitie psychologie, SAV Bratislava 1959
84. Knobloch F.: Psychoterapeutický systém psychiatrického oddelení fakultní polikliniky v Praze. Čs. psychiat. 60, 367-374, 1964
85. Knobloch F.: Osobnost a malá společenská skupina. Čs. psychol. 7, 329-337, 1963
86. Knobloch F. et al.: Srovnání metod kolektivní a individuální psychoterapie. Syllabus symposia o psychoterapii Bratislava 1961
87. Knobloch F., Junová H et al.: Psychogymnastika jako prostředek diagnostiky osobnosti a přeučování mezilidských vztahů. Čs. psychol. 7, 113-120, 1965
88. Knobloch F., Šefrnová M.: Příspěvek k technice rodinné psychoterapie. Neur. a psych. čs. 17, 217-224, 1954
89. Knobloch F. et al.: Výsledky léčení psychoterapií v odbočce pro rehabilitaci neuróz v Lobči. ANS 36-43, 1963
90. Kratochvíl S.: Psychotonový interview u emočních neuróz. Čs. psychol. 4, 236-252, 1960
91. Kratochvíl S.: Užití filmu v mentální hygieně a kolektivní psychoterapii. Čs. psychiat. 56, 299-302, 1960
92. Kratochvíl S.: K psychoterapii existenciální frustrace. Čs. psychiat. 57, 186-191, 1961
93. Kratochvíl S.: Autogenní trénink v psychoterapii neuróz. Čs. psychiat. 58, 329-333, 1962
94. Kratochvíl S.: Současný stav psychoterapie neuróz v Československu. Sborník prací FFBU B 11, 30-38, 1964
95. Kratochvíl S.: Úzkostná neuróza: příspěvek k etiopatogeneze. Čs. psychol. 9, 395 nn., 1965
96. Kubička L et al.: Sledování interpersonálních vztahů ve skupině hospitalizovaných osob s neurotickými potížemi. Čs. psychiat. 61, 303-313, 1965
97. Major I., Stančák A.: Narkoanalýza v psychiatrickej praxi. Brat. lék. listy 37/I, 546-550, 1957
98. Mečíř J.: Význam skupinové terapie. Čs. psychiat. 54, 229 nn, 1958
99. Mjasiščev V.M.: Osobnost a neurózy. Čs. psychiat. 58, 191-199, 1962
100. Mjasiščev V.M.: Některé otázky teorie psychoterapie. Čs. psychiat. 55, 225-232, 1958
101. Mohapl P.: K některým teoretickým otázkám psychoterapie. Čs. psychol. 8, 244-251, 1964
102. Mrkvička J.: Proč ne psychagogika. Čs. psychol. 2, 392, 1958
103. Nedoma K.: Psychoterapie sexuálních neuróz. Čs. psychiat. 59, 28-32, 1963
104. Parin V.V.: Autorita faktů. O vědeckém dědictví a dogmatizmu. Čs. psychiat. 58, 278-283, 1962

105. Roubíček J.: Léčebný vliv diethylamidu kys. lysergové. ANS 4, 240-241, 1962
106. Semotán J.: Prof. MUDr J. Stuchlík sedmdesátníkem. Čs. psychiat. 56, 195-200, 1960
107. Stuchlík J.: K psychologii sugesce a hypnózy. Čs. psychol. 6, 34-39, 1965
108. Syřišťová E. et al.: Úvodní poznámky ke knize H.S. Sullivana. Čs. psychiat. 55, 190-200, 1959
109. Syřišťová E.: K otázce psychoterapie u některých případů schizofrenního onemocnění. Čs. psychiat. 54, 264-272, 1958
110. Široký H.: Diagnostické aspekty psychodramatu. Čs. psychol. 6, 154-165, 1962
111. Široký H.: Ke skupinové psychologické diagnostice a terapii neuróz. Sborník prací FFBU B 11, 1964
112. Šváb L., Wolf E.: Příspěvek k problematice systematické psychoterapie neuróz. Neur. a psych. 17, 205-213, 1954
113. Švancara J.: Faktor osobního kontaktu v individuální psychoterapii u dětí. Čs. psychiat. 54, 260-263, 1958
114. Švancara J.: Spolupráce psychologa v individuální psychoterapii u dětí. Čs. psychiat. 54, 44-50, 1958
115. Tautermann P.: Hodnocení výsledků psychoterapie. Ref. výběr z psychiat. a neurol. 8, 59-163, 1963
116. Tautermann P.: Psychoterapie v ambulanci obvodního psychiatra. Čs. psychiat. 59, 355-357, 1963
117. Vondráček V.: Trochu historie k oslavě 10tileté činnosti psychiatrického oddělení fakultní polikliniky v Praze. Čs. psychiat. 59, 183-186, 1963
118. Vymětal O.: Neurózy - k jejich teoretické koncepci, diagnostické nomenklatuře a k zásadám terapie, prevence a expertisy. Acta univ. Palack. Olom. Suppl VI, SPN Praha 1960
119. Wolf E.: Interpersonální vztahy v reflexologickém pojetí. Čs. psychiat. 56, 146-152, 1960
120. Wolf E.: Psychogeneze a duševní hygiena. Čs. psychiat. 57, 217-224, 1961
121. Wolf E.: MUDr L. Haas šedesátníkem. Psychoanalýza a marxismus. Čs. psychiat. 60, 58-65, 1964
122. Wolf E et al.: K metodice výzkumu sociální maladaptace. Čs. psychiat. 60, 34-37, 1964
123. Zikmund V.: Příspěvek k léčbě alkoholizmu hypnózou. Brat.lék. listy 36/I, 267-273, 1956
124. Žalman E.: Psychotonové interview. Lék. listy 5, 160-164, 1950
125. Žalman E.: Prototyp narcogenového a universálního odpařovače. Narcogen v psychiatrické léčbě. Farmakoter. zprávy 1955 str. 21-25

73. Základní cizojazyčné monografie

126. Alexander F., French T.M.: Psychoanalytic Therapy.
Ronald Press N.York 1946 (SLK Praha)
127. Bach G.: Intensive Group Psychotherapy. Ronald Press N.York 1954
128. Battegay R.: Gruppenpsychotherapie u. klinische Psychiatrie
Karger Basel 1963
129. Benedetti G.: Klinische Psychotherapie. Huber Bern 1964 (SLK Praha)
130. Bilikiewicz T.: Psychoterapia v praktyce ogólnolekarskiej.
Warszawa 1964
131. Boss M.: Psychoanalyse u. Daseinsanalytik. Huber Bern 1957
132. Brammer L.M., Shostrom E.L.: Therapeutic Psychology.
Praentice Hall 1960 (Voj.věd.knih VAAZ Hradec Králové)
133. Brun R.: Allgemeine Neurosenlehre. Schwabe Basel 1946 (UK Brno)
134. Condrau C.: Daseinsanalytische Psychotherapie. Huber Bern 1963
135. Daviděnkov S.N. Nėvrozy. Medgiz Leningrad 1963
136. Dollard J., Miller N.E.: Personality and Psychotherapy.
McGraw Hill N.York 1950
137. Dorcus R.M. Hypnosis and its therapeutic Application.
McGraw Hill N.York 1956
138. Eysenck H.J. et al.: Behavior Therapy and the Neuroses.
Pergamon Press London 1960
139. Fierz H.K.: Klinik u. analytische Psychologie. Rascher Zürich 1963
140. Ford D.H., Urban H.B.: Systems of Psychotherapy.
Wiley N.York 1963
141. Foulkes S.H., Anthony J.E.: Group Psychotherapy. Penguin Books London 1957
142. Frank J.D.: Persuasion and Healing. Baltimore 1961 (SLK Praha)
143. Frankl V.E., Gebattel V.E., Schultz J.H. (Hrsg.) :
Handbuch der Neurosenlehre u. Psychotherapie Bd I - V.
Urban u Schwarzenberg München Berlin 1959-1960. (SLK Praha)
144. Frankl V.E.: Die Psychotherapie in der Praxis.
F. Deuticke Wien 1961 (UK Ol.)
145. Frankl V.E.: Theorie u. Therapie der Neurosen. Urban u. Schwarzenberg
Wien 1956 (ÚLK Brat.)
146. Fromm-Reichmann Frieda: Intensive Psychotherapie, Grundzüge u. Technik.
Hippokrates Verlag 1959
147. Haley J.: Strategies of Psychotherapy. Grune and Stratton N. York 1963
148. Horney K.: Our Inner Conflicts. N. York 1945
149. Horsley J.S.: Narco-Analysis. Oxford Univ. Press 1946
150. Jacobi J.: Die Psychologie von C.G. Jung. Rascher Zürich 1949
151. Janota O., Wolf E.: Neuroses. SZN Praha 1961
152. Klapman J.W.: Group Psychotherapy. Grune and Stratton N. York 1946
(Ps.úst. Brno)
153. Kleinsorge H., Klumbies G.: Technik der Relaxation.
VEB Fischer Jena 1961.
154. Kleinsorge H., Klumbies G.: Technik der Hypnose f. Ärzte. VEB Fischer Jena
1111-5361 1961

155. Kleinsorge H., Klumbies G.: Psychotherapie in Klinik u. Praxis.
Urban u. Schwarzenberg München-Berlin 1959
156. Kollé K.: Psychotherapie. Karger Basel 1953 (ÚIK Brat)
157. Kogerer H.: Psychotherapie. Maudrich Wien 1951
158. Konstorum S.: Opyt praktičeskoj psichoterapiji. Moskva 1962
159. Kretschmer E.: Medizinische Psychologie. 11. Aufl. Thieme Stuttgart 1956.
160. Kretschmer E.: Psychotherapeutische Studien. Thieme Stuttgart 1949
161. Kretschmer W.: Selbsterkenntnis und Willensbildung im ärztlichen Räume.
Thieme Stuttgart 1958
162. Kroger M.S.: Clinical and Experimental Hypnosis. Lippincot Philadelphia
1963
163. Langen D.: Einleitung zur gestuften Aktivhypnose. Thieme Stuttgart 1961
164. Lebedinskij M.S.: Očerki psichoterapiji. Medgiz Moskva 1959
165. Lebedinskij M.S. (red.): Voprosy psichoterapiji. Medgiz Moskva 1958
166. Le Cron L.M. (Ed.): Experimental Hypnosis. Macmillan N.York 1956
167. Leonhard K.: Individualtherapie der Neurosen. G. Fischer Jena 1963.
168. Leuner H.: Die experimentelle Psychose. Springer Berlin 1962.
169. Marcuse F.L. (Ed.): Hypnosis throughout the World.
G. Thomas Springfield 1964
170. Masserman J.H.: Principles of Dynamic Psychiatry.
W.B. Saunders Philadelphia 1946
171. Masserman J.H.: The Practice of Dynamic Psychiatry.
W.B. Saunders Philadelphia 1955
172. Mjasiščev V.M.: Ličnost i něvrozy. Leningrad 1960
173. Mayer L.: Die Technik der Hypnose. 5. Aufl. J. Lehmann, München 1952
174. Mayer L.: Die Psychotherapie des praktischen Arztes.
Lehman München 1939 (SIK Praha)
175. Moreno J.L.: Die Gruppenpsychotherapie und das Psychodrama.
Thieme Stuttgart 1959
176. Morozov V.M.: O sovremennyh napravlenijach v zaruběžnoj psichiatrii
i jich idejnych vostokach. Medgiz Moskva 1961
177. Mowrer O.H.: (Ed.): Psychotherapy. Theory and Research. N. York 1955
178. Müller-Hegemann D.: Psychotherapie. VEB Berlin 1957
179. Phillips E.L. Psychotherapy. N. York 1956.
180. Platonov K.I.: Slovo kak fiziologičeskij i lečebnyj faktor.
Medgiz Moskva 1957 (2.izd).
181. Powdemaker F.B., Frank J.D.: Group Psychotherapy.
Cambridge 1953 (UK Praha)
182. Rogers C.: Client-centered Therapy. Houghton Mifflin Boston 1951
183. Progress in Psychotherapy Vol I.-V. Grune and Stratton N. York 1956-1960.
184. Schneek J.M. Hypnosis in Modern Medicine. Ch. Thomas Springfield 1953
185. Schultz J.H. Das autogene Training. 10 Aufl. Thieme Stuttgart 1960
186. Schultz-Hencke H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie
Thieme Stuttgart 1951. (UK Ol.)
187. Slavson S.H.: Analytic Group Therapy. Columbia Univ. Press N. York 1952
1111-5361

188. Slobodjannik A.P.: Psichoterapija, vnušenije, gipnoz. Gosmedizdat USSR
Kiev 1963
189. Stein M.I. (Ed.) Contemporary Psychotherapies. Free Press of Glencoe,
N. York 1961
190. Stern E.: Die Psychotherapie in der Gegenwart.
Rascher Zürich 1958
191. Stokvis B.: Hypnose in der ärztlichen Praxis. Karger Basel 1955
(SLK Praha)
192. Stokvis B., Wiesenhütter E.: Der Mensch in der Entspannung.
Hippokrates Stuttgart 1961
193. Sullivan H.S.: Conceptions of Modern Psychiatry. Norton N. York 1953
(UK Praha)
194. Svjadošč A.M.: Nėvrozy i jich lečenje. Medgiz Moskva 1959
195. Sarankov E.M. et al.: Rkovodstvo po psichoterapija. Med.izd. Sofia 1963
196. Verhandlungen des V. internationalen Psychotherapiekongresses in Wien
1961. Karger Basel 1963 (SLK Praha)
197. Völgyesi F.A.: Über aktiv-komplexe Psychotherapie. VEB Berlin 1959.
198. Watkins J.G.: General Psychotherapy. Ch. Thomas Springfield 1961
199. Weitzenhoffer A.M. General Techniques of Hypnotism
Grune and Stratton N.York 1957
200. Weitzenhoffer A.M., Hilgard E.R.: Stanford Hypnotic Susceptibility Scale.
Cons.Psychol. Press, Palo Alto 1959
201. Wolberg L.R.: Medical Hypnosis, vol. I, II. Grune and Stratton
N. York 1948
202. Wolpe J.: Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford Univ.
Press, Stanford 1958

O B S A H

	str.
Ú v o d	3
1. ZÁKLADNÍ POJMY	4
11. Pojem psychoterapie	4
12. Psychoterapie v širším slova smyslu	4
121. Terapeutické prostředí	4
122. Zásahy do pacientova prostředí	5
13. Psychoterapie v užším slova smyslu	6
14. Cíle psychoterapie	7
2. SOUČASNÉ SMĚRY V PSYCHOTERAPII	9
21. Klasická hlubinná psychoterapie	9
211. Psychoanalýza	9
212. Individuální psychologie	14
213. Jungova analytická psychologie	15
22. Dynamická psychoterapie	16
221. Kulturní psychoanalýza	17
2211. Karen Horneyová	17
2212. Erich Fromm	18
2213. H.S. Sullivan	18
222. Škola chicagská	20
2221. Franz Alexander	20
2222. J.H. Masserman	21
223. Morenova škola	22
224. Nedirektivní psychoterapie Rogersova	23
225. Škola z Palo Alto	24
23. Antropologická psychoterapie	26
231. Daseinsanalýza	27
232. Existencanalýza a logoterapie	29
24. Pavlovovská psychoterapie	30
25. Behaviorální psychoterapie	33
26. Eklekticismus, syntéza a integrace	36
3. METODY PSYCHOTERAPIE	39
31. Psychoterapie racionální	39
311. Výklad podstaty a příčin onemocnění	41
312. Výklad zásad duševní hygieny	42
313. Výklad postupu vůči symptomům	44
32. Psychoterapie sugestivní	47
Hypnóza	48
321. Teorie hypnózy	49
322. Pojem hypnózy	54
323. Technika hypnózy	58
3231. Navození hypnózy	58
3232. Opakované navozování hypnózy	61
3233. Hloubka hypnózy	62
3234. Typy hypnózy	64
3235. Ukončení hypnózy	65
3236. Kolektivní hypnóza	67
324. Hypnotické jevy	68
325. Hypnóza jako psychoterapeutická metoda	72

	str.
33. Psychoterapie abreaktivní a farmakologická	74
331. Hypnotická abreakce	75
332. Fantazijní prožitky	77
333. Abreakce provokovaná situačně	77
334. Farmakologické metody	78
3341. Narkoanalýza	79
3342. Inhalační anestetika	82
3343. Psychomimetika	85
3344. Halucinogeny	89
34. Psychoterapie tréninková	90
341. Prostý pozitivní nácvik	91
342. Averzivní terapie	92
343. Negativní nácvik a metoda přesycení	93
344. Relaxační trénink	93
3441. Progresivní relaxace	94
3442. Autogenní trénink	97
345. Systematická desenzibilizace	99
35. Psychoterapie psychoanalytická	99
351. Technika volných asociací	100
352. Interpretace a analýza odporu	100
353. Přenos a přenosová neuroza	104
36. Psychoterapie interpersonálně-korektivní	104
361. Nedirektivní rozhovory	105
362. Korektivní zkušenost	106
363. Skupinová dynamika	107
364. Psychodrama	110
365. Terapeutický kolektiv	113
4. SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE	113
41. Psychoterapie kolektivní	114
42. Psychoterapie skupinová	114
421. Morenova škola	114
422. Psychoanalytický směr	115
423. Topologický směr	116
424. Jiné směry a poznatky	118
5. PSYCHOTERAPIE V ČESKOSLOVENSKU	118
51. Odras světových směrů	119
52. Geografie čs. psychoterapie	120
53. Užívané psychoterapeutické metody	122
54. Oblasti aplikace psychoterapie	124
6. SYNTETICKÝ A DIFERENCOVANÝ PŘÍSTUP	128
7. LITERATURA	128
71. Monografie v českém jazyce	129
72. Stati v českém jazyce	133
73. Základní cizojazyčné monografie	

...

Autor:	dr. Stanislav Kratochvíl
Název:	PSYCHOTERAPIE
Vydavatel:	Universita J. E. Purkyně v Brně
Určeno:	pro posluchače filosofické fakulty
Vedoucí katedry:	doc. dr. Jaroslav Šabata
Povoleno:	rektorátem University J. E. Purkyně v Brně, dne 15. 3. 1966 — D-02*60079
Nakladatel:	Státní pedagogické nakladatelství, Praha 1
Číslo publikace:	1111 - 5361
Vydání:	první 1966
Náklad: 500 výtisků	Stran: 137
AA: 12,01	VA: 12,59
Tematická skupina a podskupina:	17/20
Tiskárna:	Středočeské tiskárny, n. p., provoz 113 - 983/66
Druh tisku:	rotaprintem

17 - 454 - 66	Cena: Kčs 10,— — A
---------------	--------------------

Tato publikace neprošla redakční ani jazykovou úpravou v redakci nakladatelství