

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
Katedra psychologie

Integrovaná psychoterapie

Diplomová práce

Andrea Matoušková

Učitelství pro SŠ: psychologie – výtvarná výchova (2006-2012)

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.

Plzeň, červen 2012

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracovala samostatně s použitím literárních pramenů a zdrojů informací, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 30. června 2012

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala:

Za vedení diplomové práce, vstřícný přístup a přínosné podněty Mgr. Vladimíře Lovasové, Ph.D.

Za inspirující připomínky a poskytnutý materiál prof. Ferdinandu Knoblochovi a PhDr. Ivě Enachescu – Hroncové za velkorysou podporu.

Děkuji také všem svým blízkým, příteli, rodině a přátelům, že mi byli oporou nejen při psaní této práce, ale během celého studia.

A v neposlední řadě děkuji Bohu, který je pro mě rovněž ideálním otcem, jímž se zabývám v této práci.

OBSAH

| | | |
|-------------|--|----|
| 1 | Teoretická část | 9 |
| 1.1 | Současné přístupy v psychoterapii | 9 |
| 1.2 | Integrativní proud v psychoterapii | 13 |
| 1.2.1 | Důvody pro integraci | 14 |
| 1.2.2 | Vývoj integrativního hnutí | 15 |
| 1.2.3 | Formy integrace v psychoterapii | 16 |
| 1.2.4 | Vývoj v českých zemích..... | 18 |
| 1.3 | Integrovaná psychoterapie..... | 19 |
| 1.3.1 | Život autora IP Ferdinanda Knoblocha | 22 |
| 1.3.2 | Spoluautorka Jiřina Knoblochová | 26 |
| 1.3.3 | Vývoj integrované psychoterapie..... | 26 |
| 1.3.3.1 | Psychoanalýza jako východisko | 26 |
| 1.3.3.2 | Filozofie vědy | 27 |
| 1.3.3.3 | Od mentalismu k pojetí celého organismu..... | 28 |
| 1.3.3.4 | Od systému jedné osoby k systému malé společenské skupiny .. | 29 |
| 1.3.3.5 | Od Freudova rodinného tabu k rodinné terapii | 30 |
| 1.3.3.6 | Od terapeutické komunity k psychoterapeutické komunitě..... | 31 |
| 1.3.4 | Stavební kameny Integrované psychoterapie | 32 |
| 1.3.4.1 | Skupinové schéma (Group Schema) | 33 |
| 1.3.4.1.1 | Schémata rolí | 35 |
| 1.3.4.1.2 | Funkce skupinového schématu | 37 |
| 1.3.4.1.2.1 | Kognitivní mapa | 37 |
| 1.3.4.1.2.2 | Hřiště sociálního tréninku..... | 37 |
| 1.3.4.1.2.3 | Paralelní trh sociální směny..... | 37 |

| | | |
|-------------|---|----|
| 1.3.4.1.3 | Procesy skupinového schématu: | 39 |
| 1.3.4.1.3.1 | Komplementace a identifikace | 39 |
| 1.3.4.1.3.2 | Projekce | 39 |
| 1.3.4.1.3.3 | Přenos | 40 |
| 1.3.4.1.4 | Interpersonální teorie hudby..... | 42 |
| 1.3.4.1.5 | Skupinové schéma za hranicemi IP..... | 43 |
| 1.3.4.2 | Sociální směna (Social exchange theory)..... | 43 |
| 1.3.5 | Proces integrované psychoterapie | 47 |
| 1.3.5.1 | Cíle psychoterapie | 49 |
| 1.3.5.2 | Techniky psychoterapie | 50 |
| 1.3.5.2.1 | Hraní rolí | 50 |
| 1.3.5.2.2 | Abreakce a katarze | 52 |
| 2 | Empirická část..... | 53 |
| 2.1 | Cíl výzkumu | 54 |
| 2.2 | Design výzkumu | 54 |
| 2.3 | Deskripce videozáznamu | 55 |
| 2.4 | Výzkumná strategie | 56 |
| 2.4.1 | Fáze terapeutického procesu | 57 |
| 2.4.2 | Analýza verbálního projevu | 58 |
| 2.4.3 | Vývoj emocionality pacientky | 60 |
| 2.4.4 | Analýza terapeutova jednání..... | 61 |
| 2.4.4.1 | Analýza verbální výpovědi terapeuta | 61 |
| 2.4.4.2 | Analýza neverbálního terapeutova chování..... | 63 |
| 2.4.5 | Zrychlené přehrávání | 64 |
| 2.4.6 | Metoda zakotvené teorie | 65 |
| 2.4.6.1 | Kódování | 65 |

| | | |
|-------------|---|----|
| 2.4.6.2 | Otevřené kódování | 66 |
| 2.4.6.3 | Axiální kódování..... | 66 |
| 2.4.6.4 | Selektivní kódování..... | 67 |
| 2.4.6.5 | Zpracování dat | 67 |
| 2.4.6.5.1 | Kvalitativní analýza dat pacientky | 67 |
| 2.4.6.5.1.1 | Otevřené kódování: | 68 |
| 2.4.6.5.1.2 | Axiální kódování..... | 72 |
| 2.4.6.5.1.3 | Selektivní kódování:..... | 72 |
| 2.4.6.5.2 | Kvalitativní analýza dat terapeuta | 73 |
| 2.4.6.5.2.1 | Otevřené kódování | 73 |
| 2.4.6.5.2.2 | Axiální kódování..... | 78 |
| 2.4.6.5.2.3 | Selektivní kódování:..... | 79 |
| 2.5 | Výsledky výzkumu..... | 79 |
| 3 | Diskuse - metoda ideálního otce a ideální matky | 81 |
| 3.1.1 | Vznik metody | 83 |
| 3.1.2 | Popis a vysvětlení jednotlivých fází: | 84 |
| 3.1.2.1 | Popis otce | 85 |
| 3.1.2.2 | Vyvolání pocitů – aktivace nahromaděného hněvu | 88 |
| 3.1.2.3 | Abreakce – vyčerpání nahromaděného hněvu | 89 |
| 3.1.2.4 | Nová korektivní zkušenost s ideálním otcem | 90 |
| 3.1.2.5 | Náhled..... | 92 |
| 3.1.2.6 | Usmíření a co dál? | 94 |
| 3.2 | směr dalšího výzkumu | 95 |
| 4 | Závěr..... | 96 |
| 5 | Abstrakt | 98 |
| 6 | Abstract | 99 |

| | | |
|---|--|-----|
| 7 | Citovaná literatura..... | 100 |
| 8 | Seznam obrázků, grafů, tabulek a příloh..... | 105 |
| 9 | Přílohy..... | 106 |

Úvod

Jak oblast psychoterapie dozrála, integrace se stala jejím základem.

John C. Norcross¹

Integrace je stále častěji diskutovaným tématem na poli psychoterapie. Autorka diplomové práce je frekventantkou výcviku integrované psychoterapie u prof. Ferdinanda Knoblocha. Během tohoto období vyvstal hlavní podnět pro vznik práce – snaha proniknout ještě hlouběji do teoretických východisek této koncepce.

Práce je členěná do dvou částí, teoretické a empirické. Inspirací pro teoretický oddíl se stalo několik pramenů, přinášejících poznatky o tomto fenoménu, převážně od autorů Johna C. Norcrossa, Marvinu R. Goldfrieda a Kennetha R. Evanse. Hlavní část práce se soustřeďuje na integrovanou psychoterapii, kterou v České republice vytvořil prof. Ferdinand Knobloch. V tomto oddíle se výchozím materiálem staly publikace od zmíněného autora a jeho kolegů, jež se podílely na rozvoji uvedené teorie. V teoretické části budou představeny hlavně pojmy, které jsou výchozím rámcem pro předmět zkoumání v empirické části.

Empirická část je zaměřena na metodu ideálního otce a ideální matky, používanou v integrované psychoterapii. Za stěžejní publikace byla vybrána díla od Michala Miovského, Jana Hendla, Barney Glaser a Anselm Strauss. Jako předmět zkoumání byl zvolen videozáznam terapeutické práce Ferdinanda Knoblocha v Day House v Kanadě. Pomocí případové studie byl z různých úhlů analyzován daný materiál. Cílem výzkumu se stala snaha více porozumět procesu této metody. Jako výzkumné otázky byly stanoveny: Kde a jakým způsobem dochází k procesu změny u pacienta? Jakým způsobem pracuje terapeut při této metodě? Jakých komunikačních prostředků používá?

¹ (Norcross & Goldfried, 2005, str. 3)

Specifickým a zároveň stěžejním úkolem této práce je shromáždit teoretické podklady k formulování teorie metody ideálního otce a ideální matky. Tato práce si neklade nároky na úplnost pokrytí dané problematiky, spíše se snaží navrhnout možné výkladové rámce jako podklad pro vznik teorie. I tento vznik je proces, který se postupně utváří. Diplomová práce je prvotní snahou dané poznatky o metodě ideálního otce a matky sjednotit, prozkoumat a navrhnout možnou teorii, což je obsaženo v diskusi.

Práce je ukončena závěrem shrnujícím výsledky zkoumání a dosažené cíle. Poté následuje seznam použité literatury, anglický a český abstrakt, a oddíl přílohy, který obsahuje fotografie Ferdinanda Knoblocha, grafy a podklady k výzkumu v empirické části.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 SOUČASNÉ PŘÍSTUPY V PSYCHOTERAPII

Psychoterapie je ve fázi rychlých změn a mnoho z těchto změn je integrativně zaměřeno.² Přesto stále neexistuje jednotná definice tohoto termínu. Její vymezení je často odlišně předkládáno prostřednictvím jednotlivých psychoterapeutických škol. V rámci definice pojmu psychoterapie je užitečné uvést etymologické hledisko. Tento aspekt je doplněn o současný význam daného konceptu. Výraz psychoterapie pochází z řečtiny a je složen ze dvou slov: „psýché“ a „therapón“.³

„Psýché“ původně znamenala duši symbolizující životní sílu a mající zdroj v sobě samé. V nejstarším významu byla synonymem samotného života. V dnešní době je duševní neboli psychické vyjádření pro lidskou subjektivitu a její projevy. Z vědních oborů se touto oblastí zabývá psychologie.

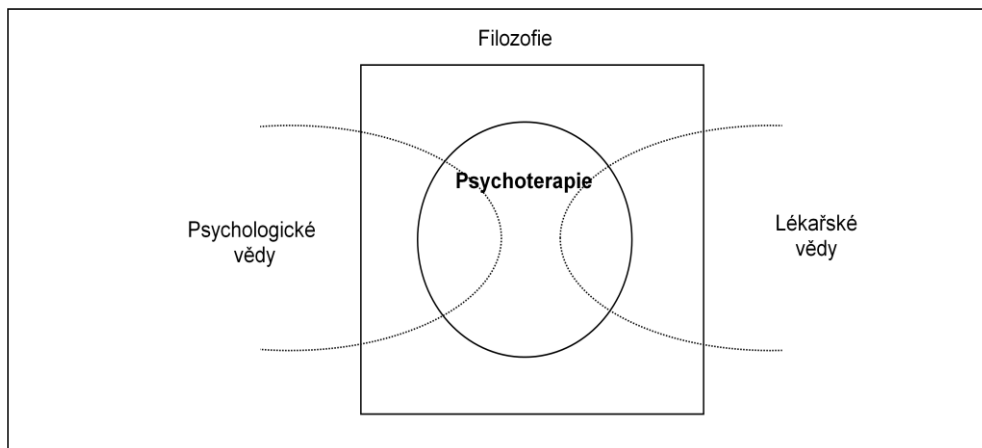
„Therapón“ byl služebník, průvodce a opatrovník. Sloveso „therapeuó“ znamená v přeneseném významu i léčit. V současnosti se terapií či léčbou rozumí vědecké postupy, kterými je napomáháno k uzdravení. Z vědních oborů se terapii věnuje medicína.

Významným zdrojem psychoterapie je filozofie. Kenneth R. Evans uvádí, že pokud chceme hlouběji porozumět určitému psychoterapeutickému přístupu, měli bychom se seznámit s jeho filozofickými základy, bez nichž nelze adekvátně posoudit teorii, ze které vychází, ani etická východiska.⁴ S výše uvedeným tvrzením koresponduje rovněž následující obrázek představující psychoterapii jako prolínání několika věd.

² (Holmes & Bateman, *Integration in Psychotherapy: Models and Methods*, 2002, str. 1)

³ (Vymětal & kolektiv, *Obecká psychoterapie*, 2004, str. 19)

⁴ (Evans, 2011, str. 17)



Obrázek 1 Psychoterapie a ostatní vědy ⁵

Současná psychoterapie je samostatným interdisciplinárním oborem zasahujícím do různých oblastí psychologie i medicíny. Psychoterapie je činností s nezbytným poznatkovým zázemím ve vědě. Zároveň je také svou podstatou osobním uměním terapeuta.⁶

Perry London uvedl, že je snažší psychoterapii provádět, než ji vysvětlit či definovat. A John C. Norcross dodává, že přijatelná definice psychoterapie musí být natolik široká, aby neporušila integritu jakéhokoli přístupu. Psychoterapii tedy popsal jako „odbornou a záměrnou aplikaci klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů, se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí.“⁷

Jiný pohled přináší J. Zeig, který se domnívá, že psychoterapie je „proces, ve kterém terapeut pomáhá posílit klienta, aby klient mohl dosáhnout něčeho, co si předsevzal, ale doposud neměl prostředky k dosažení takového cíle, protože ve skutečnosti nevěřil, že je to možné.“⁸

⁵ (Vymětal & kolektiv, Obecká psychoterapie, 2004, str. 19)

⁶ (Vybíral & Roubal, Současná psychoterapie, 2010, str. 30)

⁷ (Prochaska & Norcross, 1999, str. 16)

⁸ (Zeig, 2005, str. 29)

Podobný pohled lze nalézt u Zbyňka Vybírala a Jana Roubala. „*Psychoterapie je léčebná činnost, při níž psychoterapeut využívá své osobnosti a svých dovedností k tomu, aby u klienta došlo k žádoucí změně směrem k uspokojivějšímu prožívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění. Dovednosti terapeuta se týkají vedení rozhovoru, vytvoření a udržování podpůrného vztahu a používání technik.*“⁹

V roce 1959 našel Robert Allan Harper 36 různých psychoterapeutických systémů, již v roce 1967 jich Parloff objevil na psychoterapeutickém „trhu“ více než 130. V roce 1979 už byl v časopise Times zmíněn počet přesahující 200. Poslední odhady mluví o 400 psychoterapiích a toto číslo se neustále zvyšuje.¹⁰ K. Evans polemizuje právě s tímto tvrzením a klade si otázku, zda současná psychoterapie opravdu čítá tolik různých přístupů, nebo zda řada psychoterapeutických přístupů sdílí určité společné principy, ale pouze je jinak pojmenovává.¹¹

Například Norcross uvádí, že současný psychoterapeutický systém lze zredukovat na 10 základních procesů změny.¹² Další autoři přehledových textů (Goldfried 2005, Castonguay, 2006)¹³ spatřují v dnešní psychoterapii pět nebo šest hlavních, od sebe zpravidla jasně odlišitelných zaměření:

- 1) proud psychoanalyticky psychodynamický
- 2) proud humanisticky prožitkový
- 3) proud kognitivně behaviorální
- 4) proud zaměřený na rodiny a další systémy
- 5) integrativní proud.¹⁴

⁹ (Vybíral & Roubal, Současná psychoterapie, 2010, str. 30)

¹⁰ (Prochaska & Norcross, 1999, str. 15)

¹¹ (Evans, 2011, str. 17)

¹² (Prochaska & Norcross, 1999, str. 16)

¹³ (Norcross & Goldfried, 2005; Castonguay & Beutler, 2006)

¹⁴ (Vybíral & Roubal, Současná psychoterapie, 2010, str. 80)

Stejné pojetí můžeme nalézt u Ladislava Timuláka, který uvádí, že navzdory velkému počtu rozličných teoretických přístupů lze psychoterapii v podstatě redukovat do čtyř teoretických bloků.¹⁵ Z výše uvedených tvrzení vyplývá, že integrace je v současnosti popisována a hlavně praktikována z perspektivy přístupů prvních čtyř předložených kategorií. Tyto čtyři dominantní způsoby uvažování v psychoterapii stále zůstávají klíčovými a navzájem odlišitelnými, ale jsou dnes otevřené, jak jiným směrům, tak sobě navzájem.¹⁶

Následující tabulka byla vytvořena na základě reprezentativních studií několika autorů (Norcross, Karg, & Prochaska, 1997; Watkins, Lopez, Campbell, & Himmell, 1986) a shrnuje procentuální zastoupení teoretických východisek u více než 1000 psychologů, psychiatrů, poradců a sociálních pracovníků.¹⁷

| Orientace | Kliničtí psychologové | Poradenští psychologové | Psychiatri | Sociální pracovníci | Poradci |
|------------------------------------|-----------------------|-------------------------|------------|---------------------|---------|
| Adlérovská | 1% | 2% | 1% | 1% | 2% |
| Behaviorální | 13% | 8% | 1% | 4% | 6% |
| Kognitivní | 24% | 11% | 1% | 4% | 10% |
| Elekticko - integrativní | 27% | 40% | 53% | 34% | 37% |
| Existenciálně - humanistická | 3% | 6% | 1% | 3% | 13% |
| Gestaltistická | 1% | 2% | 1% | 1% | 2% |
| Interpersonální | 5% | 2% | 3% | 1% | 1% |
| Psychoanalyticky- psychodramatická | 18% | 12% | 35% | 33% | 11% |
| Rogeriánská - zaměřená na člověka | 1% | 8% | 0% | 2% | 8% |
| Systemická | 4% | 5% | 1% | 13% | 7% |
| Ostatní | 3% | 4% | 3% | 4% | 3% |

Tabulka 1 Hlavní teoretické orientace amerických psychoterapeutů

Z tabulky je patrné, že hlavní teoretické orientace amerických psychoterapeutů jsou eklekticko – integrativní. Integrace se stala jedním z nejvýznamnějších témat posledních dekád vývoje psychoterapie.¹⁸ Právě tomuto trendu v psychoterapii je věnovaná následující kapitola.

¹⁵ (Timulák, Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru, 2006, str. 14)

¹⁶ (Holmes & Bateman, Integration in Psychotherapy: Models and Methods, 2002)

¹⁷ (Prochaska & Norcross, 1999, str. 17)

¹⁸ (Norcross & Golfried, 2005)

1.2 INTEGRATIVNÍ PROUD V PSYCHOTERAPII

Na začátku existovaly tři hlavní myšlenkové proudy v psychoterapii odděleně, v relativní izolaci a vzájemném soupeření.¹⁹ Jak uvádí Norcross, když byla psychoterapie ještě „v plenkách“, jednotlivé systémy se chovaly jako sourozenci bojující mezi sebou o pozornost a náklonnost v prostředí, kde jedno dogma požíralo druhé.²⁰ Až postupem času se mezi nimi začaly vytvářet mosty. Když psychoterapie dospěla, ideologická studená válka polevila a objevila se integrace jako ovzduší vhodné pro dialog. Teoretický substrát každého systému prochází procesem intenzivního přehodnocování, neboť psychoterapeuti přiznávají nedostatky jednotlivých systémů a potencionální hodnotu ostatních.²¹

Každá z tradic přispěla svým jedinečným a neocenitelným způsobem k pochopení lidské mysli. Psychoanalýza odkryla nevědomé procesy a jejich vliv na lidské prožívání. Objevila přenos a ukázala, jak se mohou vztahy z minulosti znovu nevědomě vytvářet v přítomnosti a jak dalekosáhle mohou ovlivňovat naše životy. Behaviorismus ukázal na citlivost k pozitivnímu a negativnímu posilování, když se člověk něčemu učí. Zároveň upozornil na přetrvávající tendence posilovaného i negativního chování. Zjistil, že je možné se naučené chování odučit a nahradit ho vhodnějším a přiléhavějším. Humanistická psychologie připojila víru v lidský potenciál k uzdravení a myšlenku, že každá bytost přirozeně směřuje k seberealizaci.²²

Petruska Clarkson vytvořila zajímavou mapu tří hlavních psychologických tradic. Zjistila, že psychoanalýza se snaží odpovědět na otázku: „Proč?“ a hledá pochopení a vhled. Behaviorismus se ptá „Co?“ a zaměřuje se na dysfunkční chování a jeho změnu. Humanistická psychologie klade otázku „Jak?“, tzn., jak se člověk cítí.²³ K tomu můžeme přidat systémové teorie, které sledují jedince v kontextu jeho sociálních vztahů a ptají se

¹⁹ (Evans, 2011, str. 30)

²⁰ (Larson, 1977) (Larson, 1977)

²¹ (Prochaska & Norcross, 1999, str. 368)

²² (Evans, 2011, str. 30)

²³ (Clarkson, 1992)

„Kde?“, hledají, kde v systému je problém umístěný. Existencialismus se věnuje tématům smyslu života, smrti a izolovanosti lidského bytí. Přidává otázku „K čemu?“ nebo „V čem?“ je smysl lidské existence.²⁴

Snahou integrativního hnutí je zmírnit nedostatky jednotlivých škol. Dochází k rozlišování uvnitř toho, co dříve bylo považováno za jednotlivé. Na základě rozlišování a srovnávání je pak provedena syntéza a sjednocení v nový celek. Diferenciace a integrace představují základní pohyb procesu poznávání každé vědy a patří mezi obecné vývojové zákonitosti. Například i vývoj osobnosti lidského jedince, spočívá v diferenciaci stávajícího a postupné integraci v nové kvality. Na integraci lze tedy pohlížet jako na způsob myšlení, který přesahuje a spojuje jednotlivé školy.²⁵

1.2.1 DŮVODY PRO INTEGRACI

Hnutí integrace je charakterizováno nezaujatým bádáním a odhodláním k účasti v transteoretickém dialogu. Hlavním cílem integrace je hlubší pochopení principů a podstaty změny a zvýšení účinnosti psychoterapie. Integrovaní terapeuti mohou využívat i jiné techniky, které nepatří k jejich teoretickému zázemí. Terapeut tak má možnost obohacovat svůj styl dle potřeb jednotlivého pacienta.²⁶

Nejméně osm spolupracujících, vzájemně se ovlivňujících faktorů posílilo vývoj integrace v posledních dvou desetiletích:

1. proliferační terapie
2. nedostatky jednotlivé teorie a léčby
3. vnější socioekonomické eventuality
4. vzrůstající popularita krátkodobých, na problém orientovaných léčebných metod
5. možnost pozorovat a experimentovat s různými léčebnými metodami
6. zjištění, že společné faktory různých terapií silně přispívají k výsledku terapie

²⁴ (Evans, 2011, str. 30)

²⁵ (Vymětal, Úvod do psychoterapie, 2010, str. 159)

²⁶ (Prochaska & Norcross, 1999, str. 368; Vybíral & Skálová, Integrace v psychoterapii, 2009)

7. identifikace specificky doporučených léčebných metod pro terapii určitých poruch
8. rozvoj profesionálních společností pro integraci.²⁷

Tyto motivy svědčí o tom, že psychoterapie jako celek směřuje k integraci.²⁸ Při porovnávání filosofických základů různých škol můžeme spatřovat mnoho společných předpokladů stojících za praktickými terapeutickými intervencemi, jako např. holistický přístup k člověku.²⁹ Integrativní tendence mají také oporu v teoriích a výzkumech, kdy např. teorie vztahové vazby a nejnovější poznatky z neurověd jsou respektovány širokým spektrem terapeutů. Neméně důležité jsou výzkumy účinnosti terapie, které se snaží odhalit faktory ovlivňující proces změny. Původně specifické termíny jako např. přenos a protipřenos jsou také stále častěji používány odborníky různých zaměření a dochází ke sbližování odborného jazyka.³⁰

1.2.2 VÝVOJ INTEGRATIVNÍHO Hnutí

I když se o fenoménu integrace někdy hovoří jako o novém a aktuálním tématu, integrativní momenty byly identifikovány napříč celou historií vývoje psychoterapie. Myšlenkou integrace různých terapeutických přístupů se zabývali odborníci v oblasti duševního zdraví více než sedmdesát pět let. V roce 1995 vyšel podrobný Goldfriedův článek o vývoji integrace v psychoterapii.³¹

Goldfried ukazuje, jak dlouhou tradici má proces sbližování mezi behaviorismem a psychoanalýzou. V roce 1932 T. M. French ve svém příspěvku na schůzi Americké psychiatrické asociace vznesl otázku, zda analytický koncept potlačení není v zásadě totéž

²⁷ (Norcross & Goldfried, 2005, str. 5)

²⁸ (Prochaska & Norcross, 1999, str. 369)

²⁹ (Evans, 2011, str. 40)

³⁰ (Vybíral & Roubal, Současná psychoterapie, 2010, str. 281; Vybíral & Skálová, Integrace v psychoterapii, 2009)

³¹ (Prochaska & Norcross, 1999, str. 368; Vybíral & Roubal, Současná psychoterapie, 2010; Evans, 2011, str. 31; Goldfried, 1995)

co behavioristický koncept utlumení. Frenchův článek představuje historický milník a bývá považován za první pokus o integraci v psychoterapii. O čtyři roky později Rozenzweig definoval tři společné terapeutické faktory, které fungují napříč terapeutickými školami. Rozenzweigův nápad sledovat společné faktory provází celou další historii integrativního hnutí, které dále získávalo na síle a vlivu.³²

Výrazná odezva nastala v 80. a 90. letech 20. století, kdy byla v roce 1983 založena Společnost pro zkoumání integrace v psychoterapii (Society for the Exploration of Psychotherapy Integration – SEPI). Integrace tak začala být prosazována a vyučována na univerzitách v USA a přibývalo terapeutů, kteří se považovali za integrativně pracující. Vstřícná atmosféra mezi směry se projevuje i v činnosti Britské rady pro psychoterapii (United Kingdom Council Psychotherapy – UKCP), Evropské psychoterapeutické asociace (European Association for Psychotherapy – EAP), v člancích odborných časopisů, jako je The Psychotherapist (UKCP), International Journal of Psychotherapy (EAP) a Journal of Psychotherapy Integration (SEPI), či na odborných konferencích. Ale stále integrativní psychoterapie nepředstavuje např. ve zdravotnictví hlavní trend.³³

1.2.3 FORMY INTEGRACE V PSYCHOTERAPII

Existuje mnoho cest k integraci různých psychoterapií. V literatuře se rozlišují čtyři hlavní přístupy a připojit se dá ještě několik dalších.

1. **Teoretická integrace** se snaží o vytvoření terapeutického meta-modelu. Důraz je kladen na integraci teorií psychoterapie spolu s jednotlivými technikami, které jsou pak základem pro vznik nové teorie. Představitelem této formy je Paul L. Wachtel. Nejdříve pracoval jako psychoanalytik, ale postupně začal ve své práci uplatňovat i hledisko behaviorální a systemické. Kritici považují snahu o vytvoření meta-teoretického modelu za příliš obtížnou, nebo dokonce za zcela nemožnou.³⁴

³² (Goldfried, 1995; Evans, 2011, str. 32)

³³ (Evans, 2011, str. 18; Vybíral & Roubal, Současná psychoterapie, 2010)

³⁴ (Vybíral & Skálová, Integrace v psychoterapii, 2009; Evans, 2011, str. 34; Prochaska & Norcross, 1999)

2. **Eklekticismus** představuje empiricky podloženou formu integrace. Zaměřuje se na praktickou účelnost intervence a snaží se zvýšit terapeutovu schopnost vybrat nejlepší léčbu pro daného pacienta. Zajímá ho především, jaká metoda a technika bude fungovat u konkrétního pacienta na jeho specifický problém. Eklektických přístupů je celá řada, od nahodilých a chaotických až po naprosto systematické a empiricky ověřené modely. Například Arnold Lazarus vytvořil multimodální terapii, aby zdůraznil komplexní zahrnutí všech modalit. Kritici eklekticismu namítají, že tento přístup nebere často ohled na nesourodost vybrané techniky s ostatními aspekty terapeutické práce což musí mít neblahý vliv pacienta.³⁵

3. Přístup hledání **společných faktorů** usiluje o nalezení hlavních „ingrediencí“, které jsou všem terapeutickým přístupům společné. Cílem je vytvořit účinnější léčbu vycházející z těchto společných faktorů. Například Prochaska s Norcrossem našli seznamy společných příznaků v padesáti publikacích vydaných do roku 1990. Analýza odhalila, že nejčastěji se studie shodovaly na klientově pozitivním očekávání a podpurném terapeutickém vztahu. Další výzkum provedl ještě Goldfried, jenž se také pokoušel vytvořit společný psychoterapeutický jazyk, kterým by propojil různé psychoterapeutické přístupy.³⁶ Kritici tohoto směru uvádějí, že kdyby integrace byla postavena jen na společných faktorech, přišli bychom o bohatství mnoha rozvinutých teorií a technik.³⁷

4. **Asimilace** znamená postupné začleňování technik a pojmů z jiných směrů do terapeutova původního rámce. Smyslem asimilativní integrace je zachovat výchozí teorii a zároveň do ní zařadit empiricky podložené intervence, jež posílí její slabší místa. Tato forma má nejbližší k přirozenému procesu integrace u většiny terapeutů. Spontánně se proces integrace pravděpodobně objevuje tak, že terapeuti ve své praxi reagují na komplexní potřeby svých pacientů, a tím si nevyhnutelně vytvářejí vlastní terapeutický

³⁵ (Norcross & Goldfried, 2005; Prochaska & Norcross, 1999; Evans, 2011, str. 35)

³⁶ Výsledky pracovní skupiny usilující o vytvoření společného jazyka je možné sledovat na <http://www.commonlanguagepsychotherapy.org/>.

³⁷ (Norcross & Goldfried, 2005; Prochaska & Norcross, 1999; Vybíral & Skálová, Integrace v psychoterapii, 2009; Evans, 2011)

styl. Fiedler ve své studii již v roce 1950 uvádí, že často nalezneme více podobností v práci zkušených odborníků z různých směrů, než když porovnáme praktické dovednosti začátečníků a jejich zkušenějších kolegů ze stejného směru.³⁸ Tento způsob integrace je dnes zřejmě nejrozšířenější a k představitelům patří osoby jako Louis Castonguay a jeho kognitivně-behaviorální asimilativní integrace nebo George Stricker a Jerold R. Gold a jejich asimilativní psychodynamická psychoterapie. Rizikem asimilativního přístupu je, že přílišným ředěním původního směru dochází k jeho oslabení. Proto je třeba dávat pozor na vnitřní soudržnost nově vznikajícího modelu.³⁹

Mimo tyto hlavní integrativní proudy lze ještě uvést komplementární přístup, který vychází z přesvědčení, že kombinace dvou či více směrů může být pro klienta užitečná. Příkladem je třeba kognitivně behaviorální terapie. Pojítkem mezi různými psychoterapeutickými přístupy by se mohly stát také neurovědy, o něž v poslední době roste zájem.⁴⁰ Další z možných variant, kterou nastínil Leoš Zatloukal ve svém článku, je, zda by se možným východiskem pro integraci nemohlo stát také postmoderní myšlení.

Je otázkou, kam sem bude integrativní směr ubírat v budoucnosti. V současné době se autoři shodují, že by integrace měla být spíše perspektivou a méně orientací. Měla by být způsobem myšlení, kterému jde o permanentní rozebírání terapeutických konceptů a o zkvalitňování klinické praxe.⁴¹

1.2.4 VÝVOJ V ČESKÝCH ZEMÍCH

Po druhé světové válce musela československá psychoterapie čelit (v průběhu svého vývoje) dvěma vlnám politického a ideologického útlaku. Nejprve v padesátých letech v souvislosti s upevňováním komunistického režimu a později v sedmdesátých letech v kontextu normalizace. Psychoterapie byla ovlivněna dominantní Pavlovskou

³⁸ (Vybíral & Skálová, Integrace v psychoterapii, 2009)

³⁹ (Norcross & Golfried, 2005; Evans, 2011; Vybíral & Skálová, Integrace v psychoterapii, 2009)

⁴⁰ (Evans, 2011; Schoenholtz - Read, 2011; Vybíral & Skálová, Integrace v psychoterapii, 2009)

⁴¹ (Norcross & Golfried, 2005)

konceptí a jiné psychoterapeutické směry byly považovány za buržoazní a reakční. V druhé polovině šedesátých let byla psychoterapeutická scéna v Čechách na krátké období ideologicky téměř svobodná, proto se v období normalizace dařilo již vytvořenému společenství terapeutů udržet dosaženou kohezi a převážně unikat politicko-ideologickým tlakům. Pokračovaly komunitní výcviky, semináře, kolokvia, konference a sjezdy. V roce 1989 vznikla také Česká psychoterapeutická společnost, která se snaží být zastřešující organizací sjednocující dříve poměrně semknuté a nyní značně divergující proudy. Některé z nich si již vytvořily své samostatné zájmové společnosti (např. psychoanalytickou, kognitivně behaviorální, rogeriánskou atd.). I přes tento přirozený vývoj ve smyslu diferenciací zůstává praktická činnost mnoha terapeutů většinou eklektická a vzájemně dost podobná.⁴²

Historický kontext vývoje psychoterapie v Čechách umožnil rozvoj integrace a eklektismu, který se stal pro české psychoterapeuty běžným standardem. Odborná literatura se šířila formou samizdatu a pro terapeuty v praxi bylo cenné přečíst si jakékoliv dostupné informace. Zároveň se již od padesátých let objevovaly snahy o teoretickou integraci, například v koncepci Ferdinanda Knoblocha, manželů Chválových a Zdeňka Riegera s Hanou Vyhnálkovou. Milan Bouchal a Stanislav Kratochvíl formulovali svůj směr jako syntetický a diferencovaný přístup a Jan Vymětal jako diferencovaně integrativní.⁴³ Dlouhou tradici zde má výcvik SUR a z asimilativního modelu integrace v psychoterapii vycházejí lektori brněnského výcviku integrace v psychoterapii Zbyněk Vybíral a Jan Roubal.

Mezi osobnosti, které významným způsobem ovlivnily vývoj české psychoterapie, patří Ferdinand Knobloch.⁴⁴ Popis integrované psychoterapie v jeho pojetí bude uveden v následujících kapitolách.

1.3 INTEGROVANÁ PSYCHOTERAPIE

⁴² (Kratochvíl, Základy psychoterapie, 2006, str. 273)

⁴³ (Kratochvíl, Základy psychoterapie, 2006, str. 273)

⁴⁴ (Kratochvíl, Základy psychoterapie, 2006, str. 274)

Psychoterapeutické směry lze představit vyložením jejich teorie, praktických postupů a výzkumné činnosti. Vznik jednotlivých směrů často souvisí také s osobností jejich zakladatelů a s událostmi, které je v životě ovlivnily. Je zajímavé a podnětné si takových souvislostí všímat.⁴⁵ Integrovaná psychoterapie F. Knoblocha není výjimkou, vznikla v roce 1942 v Praze, kdy F. Knobloch přijal Schultz – Henckeho kritiku Sigmunda Freuda a nahradil Freudův destruktivní pud interpersonálním bludným kruhem, jak bude vysvětleno později.⁴⁶

V další části diplomové práce bude termínu integrovaná psychoterapie použito v kontextu této specifické metody a využívána zkratka IP. V následující kapitole bude představen Knoblochův životní příběh a ukázáno, jak ovlivnil koncept integrované psychoterapie.

F. Knobloch nejdříve se svojí první ženou Zuzanou vytvořil techniku psychogymnastiky a dále potom budoval celou koncepci s druhou ženou Jiřinou a s pomocí řady spolupracovníků v Čechách, USA a Kanadě. IP vznikla se snahou ukázat význam psychoterapie a vytvořit ji účinnou a dostupnou, avšak nevzdávající se cílů měnit osobnost. V hlavních rysech byla zformována nezávisle na vývoji na Západě, přesto ji v době studené války zaclonila paralelní situace v Americe.⁴⁷ Jak píše J. C. Norcross ve své publikaci: *„dokonce ani "železná opona", izolující východní Evropu, ani tamní vlády nemohly zastavit psychoterapeutickou integraci. Tato integrovaná psychoterapie, inspirovaná terapeutickou komunitou, předběhla mnoho současných přístupů a nastínila několik současných psychoterapeutických principů.“*⁴⁸ Z uvedené citace je patrné, že IP předešla svou dobu a vyvíjela se směrem, k němuž se kloní současná psychoterapeutická scéna téměř o čtyřicet let později.

⁴⁵ (Andrlová, 2005, str. 11)

⁴⁶ (Knobloch & Enachescu-Hroncová, Integrovaná psychoterapie, Back to the future, 2009)

⁴⁷ (Růžička, Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě, 2011; Knobloch F. , Integrovaná psychoterapie a pražská filozofie vědy, 2001)

⁴⁸ (Prochaska & Norcross, 1999, str. 389)

V době normalizace se o významu a přínosu F. Knoblocha pro českou psychoterapii nesmělo psát, protože odešel do emigrace. Dle Olgy Marlinové to byla doba zapomnění a zkreslování historie. Uvádí, že dříve nebylo všeobecně známé, že patřil mezi tvůrce nových metod skupinové psychoterapie a originálního komunitního systému léčby, a tak si někteří kolegové v oboru mohli přivlastňovat jeho zásluhy. Stejně jako J. Norcross uvádí, že Knobloch předešel svou dobu a nazývá ho otcem moderní české psychoterapie.⁴⁹

Během studia a práce F. Knoblocha se zrodila geniální myšlenka založit speciální terapeutické komunity pro neurotiky.⁵⁰ Mezi léty 1951 – 1972 inicioval jejich založení na několika místech. První z nich byla vytvořena v Doksanech, následovala komunita ve Lništi, v Lobči a později vznikl z Lobečského modelu denní stacionář Horní Palata v Praze. Po emigraci do Kanady zde F. Knobloch vybudoval psychoterapeutickou komunitu ve Vancouveru a Haney. Cílem těchto komunit byla změna celého životního stylu. Zároveň s tím zde terapeuti modelovali životní situace tak, aby přišli na to, co je v životě pacienta nejtěžší, a tedy nejobtížněji změnitelné.⁵¹

V IP se střetává několik rozmanitých klinických i teoretických tradic⁵². Její cesta byla trnitá. Jejími odpůrci byli dogmatici, jak ze strany psychoanalytické, tak z opačné antipsychoanalytické, představující sovětskou „propavlovskou“ orientaci.⁵³ Východiskem bylo kritické vyrovnání se s psychoanalýzou. Důležitými mezníky se stalo opuštění mentalistického⁵⁴ hlediska ve prospěch fyzikalistického⁵⁵ pojetí celého organismu, a

⁴⁹ (Marlinová, 2011)

⁵⁰ (Raboch, 2011)

⁵¹ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie, 1993)

⁵² F. Knobloch studoval v Anglii, jak s H.Eysenckem, iniciátorem behaviorální psychoterapie a kritikem psychoanalýzy, tak s psychoanalytiky A.Freudovou, M.Kleinovou dalšími. V Německu s žáky etologa K. Lorenze našel řešení, do té doby nedoceneném významu malé společenské skupiny, jako systému i jejího léčivého vlivu. (Integrovaná psychoterapie)

⁵³ (Růžička, Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě, 2011)

⁵⁴ Mentalismus je filosofický směr, který se prostřednictvím teoretických modelů a zásad organizace lidské mysli pokouší vysvětlit lidské mentální procesy. Dochází k závěrům, že jediné mysl sama je

systémové pojetí, jež vedlo od systému jedné osoby k systému malé společenské skupiny jako nejmenšího systému nutného k porozumění jedince. Další kroky směřovaly k psychotherapeutickým technikám ověřování pozorování, uplatnění pravidla sociální směny a formulování interpersonální hypotézy hudby a evoluční hypotézy meta-selekce.

V teorii i praxi se IP začala rozvíjet:

1. Jako výsledek kritického zhodnocení tehdy existujících směrů v psychoterapii, včetně psychoanalýzy a behaviorálních psychoterapií.

2. Koordinací individuální, rodinné i skupinové psychoterapie a terapeutické komunity.

3. Koordinací verbálních a neverbálních metod (psychodramatu a originálních technik skupinového schématu, psychogymnastiky a řízené abreakce).

4. Teoretické integraci založené na rozšířené teorii malých společenských skupin, umožněné odstraněním tradiční pseudodichotomie intrapsychických a interpersonálních jevů, s přihlédnutím k evoluční psychologii.⁵⁶

1.3.1 ŽIVOT AUTORA IP FERDINANDA KNOBLOCHA

Otec české moderní psychoterapie, Ferdinand Knobloch, se narodil roku 1916 v Praze. Před druhou světovou válkou začal studovat medicínu. Za okupace se oženil se svou židovskou přítelkyní, s níž se přátelil od jejích patnácti let, aby ji uchránil před

reálná (skutečně existuje) a že materiální svět je čistě produktem mysli (fyzicky neexistuje). Nepopírá reálnou existenci světa, ale umísťuje ji pouze na mentální (myšlenkovou) úroveň.

⁵⁵ Fyzikalismus, jedna z koncepcí logického pozitivismu, vypracovaná R. Carnapem, a dalšími, která podmiňuje pravdivost jakékoliv vědecké teze jejím převedením do jazyka fyziky (tzv. fyzikalium). Není-li převedení poučky možné, postrádá vědecký smysl. Fyzikalismus zaměňuje problém jednoty vědeckého poznání za hledání jediného jazykové vědy.

⁵⁶ (Hoskovec & Hoskocová, 2008; Integrovaná psychoterapie)

chystajícím se transportem Židů. V té době už byli její rodiče transportováni. Zuzana studovala výrazový tanec a pomáhala svému manželovi v začátcích, při vzniku psychogymnastiky. Nepřežila však koncentrační tábor. Zemřela, když bylo Ferdinandovi dvacet tři let, přesto na její okouzlení dodnes rád vzpomíná.⁵⁷

Jak nesnadné a zároveň stěžejní pro formování IP bylo toto období lze spatřit i v ukázce z povídky od Ferdinanda Knoblocha: Jedna slunečná červnová neděle v Praze? Vzpomínku uveřejnily Literární noviny 20. června 2005.⁵⁸

„Ghetto. Dlouhá třída 9. Slunce svítí a já se probouzím s trhnutím. Kde to jsem? Tohle není můj byt! Ale ano, taky je to můj byt! Vedle mne leží spící moje milá, moje novomanželka Zuzana. A na stole jsou ještě květiny a skromné dárky, které dostala ke svým jednadvacátým narozeninám. V duchu se zasměju, spí jako dítě, je odkopaná, v rozkošné nobilese. V tyto dny, kdy se Praha tetelí hrůzou! Kolik Pražanů mohlo tuhle noc spát jako ona?

Jak Tě obdivuji, ty umělkyně života! Neznám nikoho, kdo se, tak jako ty, dovede dívat na svět očima dítěte a umělce a přitom chladně rozvažovat jako dospělý, zejména při riskantní pomoci druhým.

Zuzana a já jsme vstali a co dělat? Čekat až pro nás přijdou? Vezmeme si s sebou jídlo a uděláme okružní cestu Prahou! Už jsme na Staroměstském náměstí, samozřejmě Zuzana bez židovské hvězdy, a míříme k Vltavě a ke Karlovu mostu. Potkáváme těžké vojenské vozy, které jsme neviděli od prvních dnů okupace, zřejmě hrozba Pražanům. Jak si zachovat vnitřní svobodu pod náporom nesvobody na každém kroku? Cítíme se nad situací pomocí satiry a humoru, často bláznivého až šibeničního a ve slovních hříčkách nešetříme ani Nezvalovy verše.

Jak se to hodí k dnešnímu pohledu na rozkvetlou Prahu, kdyby mě neobtěžovaly ty zatracené myšlenky? Žel mě zase ruší, i když nic neříkám, otázka, kde spíše na nás bude čekat Gestapo, zda v Dlouhé nebo v Křišťance, a zda jsme vše uklidili.

⁵⁷ Genus Fera Feniče o Ferdinandu Knoblochovi.

⁵⁸ (Knobloch F. , Jedna slunečná červnová neděle v Praze?, 2005)

Najedli jsme se v Růžové zahrádce, je pozdě odpoledne a jdeme zpátky. Přicházíme Širokou ulicí k Pinkasově synagoze, prý jedné z nejstarších synagog v Praze. Když jsme se k ní blížili, Zuzka si vzpomněla na dva vtipy, které hned začala vyprávět.

Ač jsme nečekali nic dobrého, ani v nejděsivější fantazii nás nenapadlo, že jednou zde, v této Pinkasově synagoze, bude napsáno jméno Zuzana Knoblochová spolu se jmény jejích rodičů a dalších 77 924 umučených.

Čtrnáct měsíců po naší procházce Prahou byla Zuzka lapena, když navštívila naše přátele, u nichž potom, co je zatкло, čekalo Gestapo. Pro mne přijeli vzápětí do Dlouhé. Viděl jsem ji naposledy, když mě přivezli na Pankrác, jak stojí čelem ke zdi, naše objetí bylo přerušeno hulákajícím SS. Ještě mi stačila zašeptat, abych nic neříkal o bytu v Křišťance a oni na něj nikdy nepřišli. Jako političtí vězni jsme každý strávili čtvrt roku na Pankráci a ona pak byla deportována přes Terezín do koncentračního tábora Birkenau v Osvětimi, kde po čtvrt roce zemřela. Já byl deportován do árijského koncentračního tábora ve Flossenburgu v Bavorsku, v němž vláda nad životem a smrtí byla dána do rukou německým spoluvězňům, zeleným (my političtí jsme měli červené označení), vrahům, podvodníkům a zločincům z povolání. Každý třetí, kdo tam vešel, se nevrátil. Při epidemii skvrnitého tyfu rozhodli, že budu ten třetí a přeložili mě na blok, kde se umíralo. Ale nebyl jsem.“

Poznatky z této dramatické etapy života F. Knoblocha o ničivé a léčivé síle lidského kolektivu daly pečeť jeho teoretickému myšlení. V existenciálně vyhraněné situaci koncentračního tábora viděl a zažil činy nesmírné krutosti i lidskosti a všeho mezi tím, mnohé varianty a odstíny lidské bídy i slávy. Následně se celý život zabýval otázkami mezilidských vztahů, vztahů jedince ke skupině a skupiny k jedinci, a problémy zloby a altruismu.⁵⁹

Po návratu z koncentračního tábora dokončil studium medicíny a začal se věnovat psychiatrii, zejména psychoterapii. Po válce odjel do Anglie se zdánlivě rozporupnými cíli, které ovšem z hlediska jeho celoživotního zájmu o integraci psychoterapie dávají smysl. Studoval u profesora Hanse J. Eysencka, spoluvůdce behaviorální terapie a známého kritika a odpůrce psychoanalýzy. Zároveň v Anglii pokračoval ve svém psychoanalytickém

⁵⁹ (Adler, 2001)

výcviku s Annou Freudovou a Melanií Kleinovou, jež následně dokončil. Ale víc než klasická psychoanalýza, zaměřená na jedince, odtrženého od ostatních a od prostředí, ho zaujala terapeutická komunita Maxwella Jonese. Fascinovalo ho, co lidé pro sebe dokážou vzájemně udělat, mají-li k tomu příznivé podmínky. Po návratu do Československa začal uplatňovat své zkušenosti a názory v praxi.⁶⁰

Znovu se oženil s lékařkou a celoživotní spolupracovnicí Jiřinou. V roce 1968 se manželé Knoblochovi po ruské invazi nevrátili z pobytu hostujících odborníků na univerzitách v USA a zůstali v emigraci. Jak uvádá F. Knobloch: „*Po roce 1968 jsem nechtěl emigrovat, ale při vědeckém působení na amerických univerzitách jsem pozoroval, že se politická situace v Československu nejenže nelepší, ale naopak zhoršuje. To mě přimělo k definitivnímu rozhodnutí k emigraci celé rodiny. Po nějaké době jsme získali kanadské občanství a profesuru na univerzitě ve Vancouveru*“.⁶¹

Od roku 1991 začal F. Knobloch pořádat v České republice výcvikové kurzy a v roce 1993 založil k tomuto účelu v Kroměříži Mezinárodní středisko pro integrovanou psychoterapii a nový životní styl.⁶²

V letech 1993 – 1996 byl předsedou psychoterapeutické sekce Světové psychiatrické asociace a Canadian Society for Integrated Psychotherapy and Psychoanalysis, dodnes je jejich členem. Během svého života publikoval více než 250 prací, velmi významnou byla především kniha Integrovaná psychoterapie (1992, 1999). Zároveň je i čestným ředitelem Morenova institutu a v roce 2004 byla manželům Knoblochovým udělena cena Gratias Agit za prezentaci České republiky v zahraničí.⁶³ Fotografická dokumentace života F. Knoblocha je uvedena v první části přílohy.

⁶⁰ (Knobloch & Enachescu-Hroncová, Integrovaná psychoterapie, Back to the future, 2009)

⁶¹ (Karásek, 2006)

⁶² www.incip.cz

⁶³ (Vybíral & Roubal, Současná psychoterapie, 2010; Kratochvíl, Základy psychoterapie, 2006; Generální konzulát České republiky)

1.3.2 SPOLUAUTORKA JIŘINA KNOBLOCHOVÁ

Jiřina Knoblochová se narodila roku 1918 v Praze. Již při studiu se začala zabývat otázkami rodiny, manželství a postavení ženy v třídní společnosti. Okupace a druhá světová její studium přerušily. Po zavření medicíny absolvovala kurs porodních asistentek a přešla na Slovensko. Slovenské povstání prožila v horách jako partyzánská lékařka a za svou práci zde byla vyznamenána Řádem Slovenského národního povstání.⁶⁴

Válečné zkušenosti ji přivedly k chirurgii a gynekologii, a v roce 1947, přešla ke studiu psychiatrie. Stala se průkopnicí dětské a rodinné psychoterapie a v roce 1953 založila ambulanci manželských a rodinných problémů ve fakultní poliklinice v Praze. Pomáhala manželovi v rozvíjení integrované psychoterapie, zejména ve vypracování skupinového schématu. Po odchodu F. Knoblocha do zahraničí vedla pracoviště ve Fakultní poliklinice v Praze, v Lobči a na Horní Palatě až do r. 1970, kdy s dvěma dcerami emigrovala za manželem. Je spoluautorkou několika odborných knih a také autorkou populárně vědecké publikace *Láska, manželství a ty*, která byla hned po prvním vydání vyprodána.⁶⁵

1.3.3 VÝVOJ INTEGROVANÉ PSYCHOTERAPIE

1.3.3.1 PSYCHOANALÝZA JAKO VÝCHODISKO

Převládající názory týkající se neuróz a psychoterapie v třicátých letech 20. století se zásadně nelišily od názorů konce 19. století.⁶⁶ Vysvětlení neuróz se interpretovalo ve spekulativních neurologických termínech, jež Karel Jaspers nazval „mozkovými mytologiemi“. Terapie zahrnovala léčbu medikamenty pro posílení nervů, léčení klidem, *persuase*⁶⁷ a autoritativní udílení rad. Psychoanalýza Sigmunda Freuda přinesla nový pohled a byla zdrojem i pro vznik IP. Myšlenky, které inspirovaly Ferdinanda Knoblocha, byly:

⁶⁴ (Knoblochová, 1964)

⁶⁵ (Knobloch & Knoblochová, *Integrovaná psychoterapie v Akci*, 1999; Generální konzulát České republiky)

⁶⁶ (Knobloch F. , *Integrovaná psychoterapie a pražská filozofie vědy*, 2001)

⁶⁷ *Aktivní změna postoje (Yelský model, Janie, Howland 1959)*

- Zdánlivě bezsmyslné projevy neuróz, snů a parapraxií⁶⁸ jsou v základě motivované struktury.
- Významnou úlohu v neurózách hrají nedořešené konflikty. Obranné mechanismy je činí nevědomými a jedinec se brání jejich uvědomění.
- Dětská zkušenost je významná pro tvorbu osobnosti. Vztahy k druhým jsou generalizovány a tyto generalizace mohou být patologické (přenos) a vést k sebepodřívajícímu (kontraproduktivnímu) chování.
- Sigmund Freud došel pro IP k významnému závěru, že vztahy k druhým by neměly být opomenuty:

„V duševním životě jedince je vždy někdo jiný přítomen, ať již jako pomocník nebo protivník, a tak od začátku individuální psychologie je současně sociální psychologií, v tomto rozšířeném, ale plně oprávněném smyslu slova.“⁶⁹

S. Freud dále tuto koncepci nerozvíjel a soustředil se hlavně na svůj model jedné osoby zmítané pudy.

1.3.3.2 FILOZOFIE VĚDY

Ze začátku se Ferdinand Knobloch pokusil integrovat psychoanalýzu s teoriemi učení a brzy na to s etologií. Tyto první snahy přednesl na schůzi Purkyňovy společnosti v roce 1947 a shrnul ve své monografii v roce 1948, jejíž tisk byl z ideologických důvodů přerušeno.⁷⁰

Pochybnosti o správnosti psychoanalýzy podpořila pražská empirická filozofie v čele s Rudolfem Carnapem a Philippem Frankem. Bylo to zejména jejich úsilí o metodologickou jasnost (od vymýcení pseudopojmů, pseudotvrzení až k překonání metafyziky), metoda ověřování výroků, filozofický fyzikalismus a program budování jednotné vědy. Stali se inspirací ve snaze o pojmovou analýzu a integraci

⁶⁸ Parapraxe neboli chybný úkon

⁶⁹ (Růžička, Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě, 2011, str. 126)

⁷⁰ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999; Knobloch F. , Pokus o metodologický rozbor psychoanalýzy, 1949)

psychoterapeutických směrů vedoucích k integrované psychoterapii. Jak uvádí F. Knobloch, bez pražské filozofie vědy, by IP nikdy nevznikla.⁷¹

1.3.3.3 OD MENTALISMU K POJETÍ CELÉHO ORGANISMU

Psychoterapie se nejdříve omezovala na „léčbu mluvením“, tedy rozhovor s jedincem, který informoval o svých myšlenkách a citech. Nevšíkala si celkového chování a stavu organismu. Neverbální chování bylo až na výjimky zanedbáváno.⁷²

Na základě studia fyzikalizmu, jako možnosti jednotné vědecké řeči, kde výroky mohou být potvrzeny pozorováním chování a též fyziologickými metodami, obrátil F. Knobloch pozornost k celému organismu a zaměřil se na neverbální chování jako prostředek k potvrzování slovních výroků. Objevil se zde prostor neobyčejně velkých terapeutických příležitostí.⁷³

Inspirací IP se staly metodologické úvahy Haralda Schultz-Henckeho,⁷⁴ který ukázal, že komplexy popsané Freudem jsou stavy celého organismu, patrné v rozložení svalového napětí a vegetativních reakcích. Pro psychoterapii se otevřela možnost působení na periferii a přes ni ovlivnění centrálních procesů. Již Wilhelm Reich upozorňoval na to, že psychoanalýza a jiné psychoterapie zanedbávají jak pozorování, tak práci s neverbálním chováním.⁷⁵

Tyto úvahy vedly v roce 1941 ke vzniku techniky nazvané „psychogymnastika“. K dalšímu vývoji přispěla zkušenost s psychodramatem.⁷⁶ Modifikované použití

⁷¹ (Knobloch F. , Integrovaná psychoterapie a pražská filozofie vědy, 2001)

⁷² (Růžička, Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě, 2011, str. 127)

⁷³ (Knobloch F. , Integrovaná psychoterapie a pražská filozofie vědy, 2001)

⁷⁴ Autor autogenního tréninku

⁷⁵ (Knobloch F. , Integrovaná psychoterapie a pražská filozofie vědy, 2001)

⁷⁶ pozn. F. Knobloch se s touto technikou seznámil v Anglii a do Československa ji přivedl v roce 1949. Důležité zkušenosti získal, jako vedoucí vedoucí psychodramatu na Morenově scéně v New Yorku.

psychodramatického hraní rolí se stalo jednou ze základních technik integrované psychoterapie.⁷⁷

1.3.3.4 OD SYSTÉMU JEDNÉ OSOBY K SYSTÉMU MALÉ SPOLEČENSKÉ SKUPINY

Jedním z cílů integrované psychoterapie je odhalení sebepodrávajícího chování pacienta. Freud nazval toto počínání „*nutkáním k opakování*“.⁷⁸ Jedinec se snaží dosáhnout na svůj důležitý cíl a je toho schopen, ale vždy nevědomky udělá něco, co způsobí, že jej nedosáhne. Freud, jehož výkladovým systémem byla jedna osoba, tento jev vysvětloval činností destruktivního pudu či pudu smrti. Tento jev zamítl německý psychoanalytický disident H. Schultz-Hencke (1940), který ukázal, že jde o interakci jedince s druhými lidmi, a nazval to „*bludný kruh neurózy*“ Podle něj se nejedná o jednoduchý kruh, ale jedním směrem stoupající spirálu, jež zintenzivňuje maladaptaci. Tím vysvětluje, proč taková maladaptace přetrvává po desetiletí.⁷⁹

Tyto teze a studium knihy Philippa Franka o kauzalitě, přivedly F. Knoblocha k interpersonálnímu a systémovému pojetí. Uvědomil si, že k porozumění chování jedince je třeba zvolit větší systém, než je jedinec sám. Zároveň zkušenost v německém koncentračním táboře za druhé světové války mu odhalila sílu lidské skupiny. Zde si autor začal uvědomovat obrovskou sílu sebepodrávajícího chování a současně s tím pochybovat o schopnostech individuální terapie vedoucí ke změně. Zdála se příliš slabá na to, aby otřásla rigiditou sebepodrávajícího chování.⁸⁰

Na základě toho vznikla hypotéza, že nejmenší systém, v němž může psychoterapeut studovat jednotlivce, je malá společenská skupina, zvláště rodina. Malá společenská skupina je kvazi-uzavřený systém a zde se nachází bludný kruh jako porucha zpětné vazby. Porucha je zakotvena v bludném kruhu interakce mezi neurotickým jedincem a jeho skupinou. Jedinec spoluurčuje reakce skupiny takovým způsobem, že tyto

⁷⁷ (Knobloch, Junová, Petrusová, & Šapošníková, 1964)

⁷⁸ (Knobloch & Enachescu-Hroncová, Integrovaná psychoterapie, Back to the future, 2009)

⁷⁹ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999)

⁸⁰ (Knobloch F. , Integrovaná psychoterapie a pražská filozofie vědy, 2001)

reakce živí jeho neurotické stereotypy. On sám si není vědom vztahu mezi svým jednáním a reakcemi ostatních, jedná se tedy o poruchu sociální zpětné vazby. Z toho plyne, že důležitým úkolem psychoterapie je restituce tohoto mechanismu.⁸¹

Po prvním kroku neurotického chování je to zpravidla nejen subjekt sám, kdo přispívá k rozvinutí svého neurotického chování, ale i ostatní v jeho skupině. Nevědomky jej podněcují (v anticipaci jeho chování svými recipročními reakcemi) pokračovat ve své dosavadní roli ve skupině. A tak často když člověk hledá partnera, oba jedinci nevědomky přispívají k vzájemnému výběru, jenž pak vede ke komplementárnímu neurotickému vztahu. Objektem psychoterapie musí být nikoli samotný neurotický jedinec, ale jeho přirozená skupina.⁸²

1.3.3.5 OD FREUDOVA RODINNÉHO TABU K RODINNÉ TERAPII

Dle psychoanalýzy S. Freuda je osobnost možno změnit v izolaci, v přenosovém vztahu s terapeutem. Zavádět jiné osoby do terapie by jen snižovalo intenzitu přenosového procesu. Důvody pro to, aby se terapeut přísně vyhýbal kontaktu se signifikantními osobami pacienta, např. manželem či manželkou, vyplývají z jeho paradigmatu systému jedné osoby.

Psychoterapeutická komunita otevřela manželům Knoblochovým oči v odvážnosti interpretací odvozených z individuálních terapií. Rovněž existují případy, kdy psychoanalýza vede k odcizení pacienta s partnerem. Jednostranně informovaný terapeut může utvrzovat pacienta v jeho zkresleném pohledu a v sebepodryvajícím chování. Tato tvrzení by například snadno vyvrátila manželka pacienta. Proto se důležitou součástí integrované psychoterapie stala metoda neustálého ověřování výroků. Autoři si uvědomili, že terapeut není schopen učinit objektivní obraz o manželství a rodině, když je odkázán jen na výpovědi pacienta samého.⁸³ Navíc, je-li rodina systém, pak žádoucí změna pacienta je součástí změny systému, jehož "páky" mohou být daleko mocnější než vztah terapeuta s pacientem. Jako model použili obraz rodiny sedící na vratké lodičce, kdy

⁸¹ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999)

⁸² (Knobloch & Knobloch, 1979)

⁸³ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 17)

sveřepý otec sedí šikmo a všichni ostatní musí udržovat rovnováhu, a po letech mají důsledkem toho děti zkřivenou páteř.⁸⁴

Integrovaná psychoterapie nepojímá rodinnou terapii jako zvláštní obor: práce s manželskými páry a rodinou, stejně jako s jinými signifikantními osobami, v různém stupni je součástí každé psychoterapie, má-li být účinná a nemá-li škodit. Manželé, kteří přicházejí k terapeutovi pro obtíže v manželství, se příliš neliší od ostatních pacientů. Jiřina Knoblochová v roce 1954 vytvořila manželskou terapii ve skupině párů. IP předkládá pojetí rodiny jako systému a F. Knobloch na něm pracoval od roku 1942 z podnětu kritického psychoanalytika Haralda Schultz–Henckeho a filozofa vědy Philippa Franka, jak již bylo zmíněno dříve.⁸⁵ Český článek Knoblocha a Šefrnové objevil J. E. Bell, nazývaný „otec rodinné psychoterapie“ a nechal ho přeložit do angličtiny s označením této práce za průkopnickou v rodinné terapii.⁸⁶

1.3.3.6 OD TERAPEUTICKÉ KOMUNITY K PSYCHOTERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ

Poznatek, že psychoterapeuti, jejichž jediným informačním zdrojem jsou výpovědi pacientů, mají jen kusé a neověřené znalosti, byl jedním z podnětů k zakládání psychoterapeutických komunit, jež vytvářejí zjednodušené modely sociálního chování v každodenním životě.⁸⁷

⁸⁴ Podobnou analogii lze spatřovat v modelu Ostrova rodiny terapeutů Z. Riegera a H. Vyháňkové, kteří využívají prostorových metafor při popisu bohatého klinického materiálu.

⁸⁵ (Knobloch & Šefrnová, Příspěvek k technice rodinné psychoterapie, 1954)

⁸⁶ (Enachescu – Hroncová, 2005, str. 63; Bell, 1980; Freedman, Kaplan, & Sadock, 1975, str. 2218; Knobloch & Enachescu-Hroncová, Integrovaná psychoterapie, Back to the future, 2009)

⁸⁷ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 17)

Důležitým podnětem se stala návštěva Maxwella Jonese⁸⁸ a jeho terapeutické komunity v Sutton, Surrey. Jones sice došel k závěru, že terapeutická komunita nemůže mít velké psychoterapeutické ambice, ale jeho tvrzení bylo ovlivněno velikostí skupiny. Naproti tomu F. Knobloch byl veden představami o malé společenské skupině, jako základní jednotce lidské existence, zkonstruoval malé komunity, v rozsahu třiceti lidí. Pro odlišení je nazval psychoterapeutické komunity.⁸⁹

Psychoterapeutická komunita se liší od většiny psychiatrických zařízení tím, že modeluje skutečný život a veškeré chování pacientů má důsledky v podobě odměn a výdajů, zejména ve formě pochvaly a nesouhlasu celé komunity. V programu je zodpovědná práce organizovaná pacienty samými (ne pracovní terapie), sport a zábava, a neustálá kolektivní analýza činnosti, jejíž nezbytnou součástí je konfrontace. Sociální realita je rozšířena o "doplňkovou realitu" psychodramatem, divadelními improvizacemi a psychogymnastikou.⁹⁰ To umožňuje v maximálním možném měřítku získat obraz o osobnosti a sebepodrávajícího chování pacienta. Terapeuti přesunují exekutivní moc na pacienty samé, a tak mohou vystupovat jako nestranní pozorovatelé v konfrontacích. Hlavními terči přenosu se stávají pacienti sami jako autority, podřízení, souřadní a jako objekty erotického zájmu.

1.3.4 STAVEBNÍ KAMENY INTEGROVANÉ PSYCHOTERAPIE

⁸⁸ Maxwell Jones (1907 - 1990) byl anglický psychiatr, který se zasloužil o rozvoj terapeutické komunity. Původně ji založil pro veterány z druhé světové války s postraumaty, která utřžili ve válečném boji. Časem, zejména v době hospodářské krize a vzrůstu nezaměstnanosti, se ukázalo, že komunitní terapie je účinná i pro lidi s poruchou osobnosti. Publikoval řadu monografií, např. Social psychiatry in practice. The idea of the therapeutic community, 1968. (Behr & Hearstová, 2007)

V České republice na jeho práci navazuje občanské sdružení Kaleidoskop <http://www.kaleidoskop-os.cz/zakladniudaje.html>

⁸⁹ (Knobloch & Enachescu-Hroncová, Integrovaná psychoterapie, Back to the future, 2009)

⁹⁰ (Knobloch & Knobloch, 1979)

Integrovaná psychoterapie stojí na dvou základních myšlenkách, které jsou úzce spjaty, a to rozšířená teorie malé společenské skupiny a teorie sociální směny.⁹¹

1.3.4.1 SKUPINOVÉ SCHÉMA (GROUP SCHEMA)

Jeden šimpanz není vůbec žádný šimpanz. R. M. Yerkes

Člověk není ostrov, sám a jediný, je součástí celku, kusem pevniny. John Donne

Prvním místem, kde naše vnímání světa dostává svou podobu, je rodina.⁹² Přesto se psychologie dlouhou dobu zajímala o člověka bez většího zájmu o prostředí, v němž jedinec vyrůstá a žije. Důraz na rodinu jako kontext vývoje dítěte se začal vynořovat až v sedmdesátých letech minulého století. Konceptualizace rodinného systému byla ovšem zatím limitována především zjednodušením na dyádu matka – dítě a studie byly většinou prováděny v laboratorních podmínkách. Až postupem času se zájem začal přesouvat spíše k přirozenému rodinnému prostředí.⁹³ Proto je zajímavé, že již dříve začal F. Knobloch obracet pozornost k malé sociální skupině, jako minimálnímu systému, nezbytnému ke studiu jednotlivce.

Lidé tráví většinu svého života v malých skupinách: v rodině, v partnerských vztazích, s přáteli nebo v práci, děti při hře v mateřské školce nebo ve školní třídě. Často však člověk prožije svůj život hlavně ve dvou skupinách - v rodině a v práci. Lidé sdílejí společné cíle, zájmy, záliby a názory. Skupina se stala pro člověka tak důležitá, že ho neopouští, ani když je sám - v myšlenkách, fantaziích, denních a nočních snech. Základní vlastností společenského života je schopnost rychle třídit lidi do následujících kategorií: člen vlastní skupiny - člen cizí skupiny; příbuzný - nikoli příbuzný; muž, žena, dítě; postavení nadřazeného- souřadného - podřazeného.⁹⁴

⁹¹ (Enachescu – Hroncová, 2005, str. 8)

⁹² (Banmen, Gomoriová, & Greberová, 2005, str. 25)

⁹³ (Sobotková, 2001, str. 10)

⁹⁴ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999)

Sociální psychologové John Thibaut a Harold Kelley si všimli toho, že skupiny obsahují podobné role.

„Podobné role se vyskytují ve značně rozdílných skupinách. Například mentorská role, obvykle spojovaná s otcem v rodině, se také vztahuje k veliteli útvaru v armádě nebo k mistrovi v továrně. Asi existuje konečné množství rolí; jejich seznam by charakterizoval většinu nebo i všechny role ve všech skupinách.“⁹⁵

Zkušenost IP se shoduje s pozorováním Thibauta a Kelleyho. Nejen pacienti, ale lidé vůbec, se chovají podobně k těm ve stejných rolích, a to jim většinou pomáhá ve společenském životě. Avšak někdy je chování neadaptivní, neúspěšné a sebeduprovádějící. Přenos, který Freud popsal a použil jako terapeutický prostředek, je příkladem neadaptivní generalizace odolné poučení, kterou studoval původně jako přesun vztahu k rodičům na terapeuta. Ale psychoterapeutická komunita dává daleko širší možnost nejen sledovat přenos z rodičů na jiné osoby v roli autorit, jakými jsou spolupacienti ve funkci členů spolusprávy, ale také přenosy ze sourozenců stejně starých a mladších.⁹⁶

IP vychází z poznání, že jedinec neustále žije v malé společenské skupině, skutečné nebo představované, jejíž základ se v terminologii IP nazývá skupinové schéma. V systému malé společenské skupiny probíhají interakce jak se skutečnými osobami, tak s osobami představovanými. Ve styku se skutečnými lidmi skupinové schéma spoluurčuje chování, přispívá k sociálnímu vnímání i reagování na osoby v různých rolích, ať už autorit, lidí souřadných, podřadných a erotických partnerů; při tom jak vnímání, tak reagování je evolučně programováno.⁹⁷ Nejnápadnější je to v interakci matky a nemluvněte, v sexuální interakci, ale také, jak je zřetelné, u jiných primátů jako šimpanzů - ve vztahu autorit a podřízených.

Skupinové schéma má tři funkce: je kognitivní mapou, jež pomáhá interpretovat sociální situace, je tréninkovým hřištěm sociálních vztahů a jejich řešení ve fantazii a poskytuje náhradní uspokojení i výdaje, jak je například zřejmé v činnosti svědomí. Pro

⁹⁵ (Thibaut & Kelley, 1959)

⁹⁶ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999)

⁹⁷ (Eibl-Eibesfeld, 1970)

psychoterapeutické cíle je malá sociální skupina minimálním systémem nezbytným ke studiu jednotlivce. Malá skupina jako systém dvou nebo více jedinců ve vzájemné interakci, kde se znají všichni navzájem a sdílí alespoň některé cíle. Úkol měnit osobnost a odstranit nebo zmírnit sebepodřívající chování, nejtěžší a nejdůležitější úkol psychoterapie, znamená měnit skupinové schéma. Techniku zjišťování skupinového schématu, jehož původní formu navrhla J. Knoblochová, je základní součástí integrované psychoterapie.⁹⁸

1.3.4.1.1 SCHÉMATA ROLÍ

IP předpokládá, že lidé nosí ve své mysli schémata rolí, a to vedle schématu vlastní osobnosti schéma autorit, nadřazených mužů a žen (nejdříve jako schéma otce, matky), schéma souřadných mužů a žen (nejdříve schéma bratrů, sester), schéma podřazených mužů a žen (nejdříve mladší sourozenci), a schéma intimních (erotických) partnerů. V následující formě si pacient zaznamenává signifikantní osoby v různých rolích během celého života (viz obrázek 2).

Schéματα rolí jsou zřejmě zakotvena evolučně. Například vztahy mezi podřazenými samci a alfa šimpanzem jsou ritualizovány a připomínají chování dvořanů vůči císaři. Schémata rolí jsou též patrně empirickým jádrem toho, co Carl Gustav Jung nazývá *archetypy*. Ač schémata rolí mají zřejmě zděděný základ, jsou individuálně formovány našimi zkušenostmi.⁹⁹



Obrázek 2 Schematické uspořádání skupinového schématu

⁹⁸ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999)

⁹⁹ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999)

Schéma nadřazených mužů (schéma otce): otec; učitel; nadřízený v zaměstnání; velitel v armádě; lékař; pro některé jedince jakýkoli muž v úředním postavení autority (policista, celník, atd.); v židovsko-křesťanské náboženské tradici a jiných náboženství Bůh nebo bohové.

Schéma nadřazených žen (schéma matky): matka; učitelka; lékařka; zdravotní sestra; nadřízená v práci; ženy v jiných funkcích, odpovídajících schématu nadřazených mužů; také náboženské postavy, jako Panna Marie pro věřící katolického vyznání a bohyně v jiných náboženstvích.

Schéma souřadných osob (schéma bratra, schéma sestry): sourozenci; spolužáci; spolupracovníci; ostatní pacienti obojího pohlaví ve skupinové terapii; imaginární společníci v dětském věku.

Schéma podřadných osob: vlastní děti; mladší sourozenci; podřízení v práci; domácí zvířata (psi, kočky) a panenky, medvídek, loutky;

Schéma erotických partnerů: pro většinu osoby opačného pohlaví; pro menšinu osoby stejného nebo obojího pohlaví. (současní i bývalí erotiční partneři)¹⁰⁰

Schémata rolí jsou nejobecněji vnímána jako:

- procesy, které organizují a ukládají v paměti zkušenosti s ostatními lidmi s počátkem v dětství
- jsou odvozená z mezilidských interakcí a zahrnují související emoce, očekávání, předpoklady a přesvědčení o sobě a druhých, stejně jako související tělesné reakce
- ovlivňují strategie chování, přizpůsobování a začleňují motivaci
- v případě spuštění sociálními interakcemi s novými lidmi a situacemi, opakují chybné strategie chování, které jsou vloženy do paměti v rámci jedné kategorie skupinového schématu
- potřebují být odhalena a upravena v procesu psychoterapie, aby byla pružnější při setkání s novými lidmi a situacemi¹⁰¹

¹⁰⁰ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 77)

1.3.4.1.2 FUNKCE SKUPINOVÉHO SCHÉMATU

Skupinové schéma má tři hlavní funkce: slouží jako kognitivní mapa, jako model: „hřiště“ pro sociální výcvik a jako systém substitučních odměn a výloh.

1.3.4.1.2.1 KOGNITIVNÍ MAPA

Skupinové schéma je kognitivní mapou skupin, napovídá nám, co očekávat od lidí v různých rolích od první chvíle, kdy se s nimi setkáme. Pokud skupinové schéma dává věrohodné a pružné zobrazení reality, slouží jako vynikající pomocník. Ale je-li tendenčně předpojaté a nepružné, jedincova očekávání se často stanou sebenaplnujícími věštbami (self-fulfilling prophecies).¹⁰²

1.3.4.1.2.2 HŘIŠTĚ SOCIÁLNÍHO TRÉNINKU

Skupinové schéma je „hřiště sociálních vztahů“, které Freud nazýval „zkusmé jednání“ (Denken als probeweises Handeln), tedy model ke zkoušení, nácviku a řešení problémů v sociálních vztazích. Jako dítě používá hraček k nácviku sociálních dovedností (mluví na ně, kárá a trestá je, přehrává s nimi různé role), právě tak je skupinové schéma používáno a jedinec prochází sekvencemi interakcí s imaginárními osobami. V představované interakci tyto imaginární osoby poskytují zpětnou vazbu, ta může člověka směřovat k přiměřenému chování, ale může též utvrdit paranoidní osobu v bludu, v jakém nebezpečí se ocitá a co všechno zlého mu lidi provádějí. To jsou sebereakce člověka, které jdou oklikou přes schémata rolí. Právě tak je rovněž prožíváno morální rozvažování a morální konflikt.¹⁰³

1.3.4.1.2.3 PARALELNÍ TRH SOCIÁLNÍ SMĚNY

Ve své třetí funkci nám skupinové schéma poskytuje systém substitučních odměn a výloh. Imaginární a anticipované odměny jsou odměny zvláštního charakteru. Všichni je potřebujeme, v obtížných situacích a obdobích kompenzují nedostatek jiných odměn (když třeba obtížný úkol nepřináší odměny bezprostředně v současnosti, když nedocházíme zaslouženého uznání, apod). Tyto myšlené odměny stabilizují naše chování.

¹⁰¹ (Schoenholtz - Read, 2011)

¹⁰² (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999)

¹⁰³ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie, 1993)

Na základě osobních zkušeností z německého koncentračního tábora F. Knobloch dospěl k názoru, že za podmínek extrémní deprivace zdroje, čerpané ze skupinového schématu, mohou rozhodnout, zda lidé jsou schopni přežít či vzdát se. Šťastní jsou ti, kteří za obtížných podmínek dokážou přidat k reálným odměnám odměny, pocházející ze skupinového schématu, a tak si zachovají duševní rovnováhu a optimismus. Skupinové schéma může být také závažnou překážkou adaptace v životě, může nabízet odměny, které by měl jedinec získávat od skutečných skupin, a takový člověk proto může zmeškat mnoho životních příležitostí. Nebo skupinové schéma může rovněž představovat anachronické normy, například sexuálních zákazů, formulovaných rodiči v dětství a stále ještě zastávaných v současném životě rodičovskými schématy. Jedinec může trpět chronickými morálními konflikty, například když ho otcovské schéma tlačí k pokračování ve scestných morálních taktikách otce, které jsou v rozporu s etickými zásadami matčina schématu. Již dříve byl popsán skupinový život jako sociální směna, mnohočetná směna odměn a nákladů. Ale tento popis musí mít značné mezery, pokud si ho omezíme na směny konkrétních odměn a nákladů mezi lidmi a nezahrneme směnu se schématy rolí. Ty mohou odměňovat nebo trestat a vytvářet pocity sebeuspokojení nebo viny.¹⁰⁴

Lidé jsou schopni obrovských obětí ve prospěch jiných a osobní odměna pochází z jejich skupinového schématu. Hans Selye (1956), autor rozšířeného pojmu stresu, je přesvědčený, že nic nepřispívá k lidskému štěstí a dokonce i k falešnému zdraví tak silně, jako touha a schopnost dělat druhé šťastnými a získat si jejich vděk. Odměna však nespočívá pouze ve vděčnosti skutečných lidí, ale také v uznání, pocházejícím od postav skupinového schématu.

Napětí mezi pacientem a jeho rodičovským schématem obvykle vede k nepříjemným pocitům, depresím a strachům, i když už skuteční rodiče nemusí být naživu. Zlepšení nebo aspoň vyrovnaní vztahu s rodičovskými schématy je obvykle vedlejším účinkem úspěšné psychoterapie a přispívá k duševnímu a možná i k tělesnému zdraví.

¹⁰⁴ (Knobloch & Knobloch, 1979, str. 79)

1.3.4.1.3 PROCESY SKUPINOVÉHO SCHÉMATU:

1.3.4.1.3.1 KOMPLEMENTACE A IDENTIFIKACE

Skupinové schéma je odrazem živé skupiny a systémem jejích rolí. Tyto role jsou vzájemně vztažené, komplementární. Například malý chlapec se učí své roli syna vůči otci a matce, jeho role je komplementární vůči jejich rolím. Kromě toho se učí také vžívat se do jejich rolí a to mu pomůže předvídat jejich chování a rozumět jim, co od něj chtějí.

Vžívání se do komplementárních rolí je též příprava pro budoucnost. Chlapec hraje komplementární roli syna k roli otce, ale postupně náznakově jeho *rolí přebírá*, s ním se *identifikuje*, což je často patrné v tom, že jej napodobuje, *imituje*. Obvykle se identifikuje více se svým otcem než se svou matkou a v této identifikaci jej podporuje rovněž společnost. Societas připravuje své členy pro jejich budoucí role tím, že nabízí modely k identifikaci a nácvik v hraní rolí, jež se uskutečňuje s hračkami, dětskými přáteli a domácími zvířaty. Mnozí rodiče se přistihnou, že používají výrazy, které používali jejich rodiče. Psychoterapeuté mohou zas imitovat své učitele, dokonce i po létech své vlastní praxe.¹⁰⁵

Komplementování a identifikování je pro jedince snazší ve fantazii než ve skutečných vztazích, může cestovat od jednoho schématu role k druhému i k jejich komplementům. A poněvadž zdravé vztahy jsou základem vyrovnanosti a duševního zdraví, dobrá schopnost sympatie i empatie jsou potřebné vlastnosti vedoucí k duševnímu zdraví. Psychodrama ukazuje, jak překvapivě rozsáhlé jsou schopnosti obojího, tedy v případě motivace a tvořivé příležitosti.¹⁰⁶

1.3.4.1.3.2 PROJEKCE

Pojem projekce zavedl do psychoterapie S. Freud roku 1984 jako označení obranného mechanismu proti úzkosti, kdy vlastní nežádoucí snahy, přání a pocity jsou promítány do druhých osob či okolí.¹⁰⁷

¹⁰⁵ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 80)

¹⁰⁶ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 89)

¹⁰⁷ (Šnýdrová, 2008)

V rámci skupinového schématu se připisují jedinci vlastnosti, přání a tendence jiným lidem, skutečným i fiktivním. Podle Freudovy typizace má jedinec dispozici vidět v jiné osobě:

1. sebe sama v přítomnosti;
2. sebe sama v minulosti;
3. sebe sama jaký by chtěl být.

Do terapie přichází každý člověk se svými minulými zkušenostmi, které ovlivňují jeho percepci, emocionální reakce i způsob chování k druhým lidem. V rámci skupinové psychoterapie pacient vnímá a reaguje na druhé nejen na základě toho, jak se k němu oni sami reálně chovají, ale i na základě toho, jaké učinil s podobnými lidmi v životě zkušenosti. Tyto zkušenosti si do nové situace promítá. V terapeutické komunitě nejsou role předem pevně určeny a je v ní proto dostatek situací nejasných a nejednoznačných (může v ní docházet jak k projekci vlastních impulsů a přání, tak k projekci různých interpersonálních zkušeností). Dílčí aspekty takto chápané projekce se nachází v částečně se překrývajících pojmech narcisistická projekce, projektivní identifikace, nesprávná generalizace, přenos a opakování.¹⁰⁸

S obdobným konceptem se můžeme setkat také v interpersonální psychoterapii, kdy Harry S. Sullivan hovoří o parataktické distorzi. „V každém případě jsou zahrnuti nejen celkem konkrétní lidé, ale objevují se v něm i poněkud fantastické konstrukce týkající se těchto lidí. U velkého množství nejběžnějších vztahů skutečně existují různé varianty takových překroucení (neboli distorzí). Skutečné znaky daného člověka mohou být v dané chvíli a v dané interpersonální situaci bezvýznamné.“¹⁰⁹

1.3.4.1.3.3 PŘENOS

Freudova pacientka měla jednu touhu, aby jí její analytik políbil. Poté, co se Freudovi podařilo pacientku přivést k verbalizaci tohoto přání, začala se terapie hýbat. Pacientka si vzpomněla na vytěsněný zážitek z minulosti, kdy prožívala stejné přání vůči

¹⁰⁸ (Kratochvíl, Skupinová psychoterapie neuros, 1978)

¹⁰⁹ (Sullivan, 2006, str. 50)

jinému muži. Nyní vytěsněný zážitek ožil a touha byla namířena směrem k analytikovi. Freud byl přesvědčený, že tato touha směřovala stále ještě k onomu muži a daný předpoklad později pojmenoval jako přenos.¹¹⁰

Jsou to tedy aspekty vidění terapeuta, vztahování se k němu a nakládání s ním, které jsou dány zkušenostmi a modely z pacientova raného vývoje a které svou povahou či intenzitou nedopovídají reálné situaci. Přenos často odráží nesplněné potřeby těchto raných fází vývoje.¹¹¹

Vývoj přenosu se dá nejlépe studovat v klasické psychoanalytické terapii. Pacient leží na pohovce a nevidí na terapeuta a tak má minimální sociální zpětnou vazbu, terapeut je mimo zorné pole a jen málokdy reaguje, a tak pacient používá svá schémata rolí - nejčastěji schéma otce nebo matky - a vytváří imaginárně pozitivní zpětnou vazbu, kdy si stále více a více potvrzuje nesprávný obraz o terapeutovi ve směru svých maladaptivních předpokladů. Připisuje terapeutovi obecné vlastnosti svého schématu role, mužských autorit. Tento nesoulad s realitou je tak nápadný, že jej dříve nebo později terapeut může pacientovi demonstrovat, což pacient nepřijímá bez odporu. Pociťuje-li pacient, že terapeut byl při jednom sezení rozzlobený a v následujícím naopak přátelský, zatímco terapeut v obou sezeních ani nepromluvil a je si jist, že jeho neverbální chování nic takového nemohlo prozrazovat, poukazuje to na pacientovo zkreslené vnímání a výklad skutečnosti, což se dá pacientovi demonstrovat tím spíš, že zpravidla toto chybné vnímání zapadá do myšlenek a nálady, které pacienta právě ovládají.¹¹²

Freud původně mluvil o „přenosu“ (Übertragung - transference), když pacient připisuje vlastnosti terapeutovi, jež měl podle něho rodič nebo jiná signifikantní osoba raného dětství. Později byl význam pojmu rozšířen: *přenos* je nepatřičné opakování předcházejících - skutečných nebo fantazijních - interpersonálních zkušeností v současném vztahu (Schafer, 1967). Řečeno jinak, jde o nepatřičnou generalizaci, zejména uvnitř jednoho a téhož schématu role. Jedinec přenáší ze svého otce chování

¹¹⁰ (Nürberger, 2008)

¹¹¹ (Vymětal & kolektiv, Obecká psychoterapie, 2004, str. 244)

¹¹² (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 81)

(nepatříčně, sebedopřívajícím způsobem) na mužské představené v zaměstnání, ale ne nutně na ženské představené. Samozřejmě, generalizace sama je důležitým mechanismem učení, operující již v podmíněných reflexech. Ty jsou hrubým statistickým zařízením, které v přírodě pomáhá vylučovat náhodné souvislosti a zpevňovat kauzální souvislosti. Přenos představuje přijetí mylné hypotézy: extrapolaci z malého vzorku (jednoho případu, otce) na celou populaci mužských autorit. Je žádoucí, aby se mluvilo o přenosu jen tehdy, kdy se řekne, z koho na koho se přenos udal (a ne bezmyšlenkovitě „ona má na něho přenos“).¹¹³

Ačkoli jsou zvláštnosti přenosu nejlépe patrné v psychoanalýze, studium přenosu a jeho terapeutické využití je důležité v jakékoli psychoterapii. Ve skupinové terapii se může navíc sledovat ve vztahu pacientů vzájemně.

Jak doložil H. E. Richter (1971), rodič může na své dítě přenášet

1. z jednoho ze svých rodičů;
2. ze sourozence;
3. z manželského partnera;
4. kombinace těchto rolí.¹¹⁴

Integrovaná psychoterapie se neomezuje jen na ovlivňování klienta či pacienta interakcí s poradcem nebo terapeutem, nýbrž využívá celou kauzální síť vztahů jedince. A tato kauzální síť zúčastněných osob se neomezuje jen na skutečné osoby, ale zahrnuje též osoby představované, osoby „skupinového schématu“.¹¹⁵

1.3.4.1.4 INTERPERSONÁLNÍ TEORIE HUDBY

V interpersonální hypotéze hudby F. Knobloch uvádí, že hudba nejen vyvolává emoce, ale též aktivuje motivační impulzy, jako je dominance, exhibice apod. Tímto způsobem zpřítomňuje jedincovo skupinové schéma, aktivuje interpersonální tendence s

¹¹³ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 81)

¹¹⁴ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 82)

¹¹⁵ (Enachescu – Hroncová, 2005, str. 71)

fiktivní sociální směnou. To se dle provedených výzkumů odehrává u všech lidí podobně. Jedinec se s nabízenou tendencí buď ztotožní, což se děje většinou v bdělém stavu, nebo reaguje komplementárně, kdy například agrese nevyvolává agresi, ale strach, jak je tomu například ve spánku. V příloze **C.** je uveden model cirkumplexu, jež znázorňuje jednotlivé interpersonální tendence.¹¹⁶

1.3.4.1.5 SKUPINOVÉ SCHÉMA ZA HRANICEMI IP

Koncept schématu lze v současné době nalézat napříč hlavními psychoterapeutickými školami. V různých přístupech lze nalézt jiné označení, jako například zvnitřněné vzorce chování, iracionální přesvědčení, zvnitřněné self-objekty, mylné kognice a automatické myšlenky. Současní vědci se také zabývají otázkou, jakým způsobem se skupinové schéma kotví v neurologickém systému.¹¹⁷

1.3.4.2 SOCIÁLNÍ SMĚNA (SOCIAL EXCHANGE THEORY)

V Integrované psychoterapii je myšlenka sociální směny jedním ze základních prakticky aplikovaných hledisek. Má kořeny v kulturní antropologii, ekonomice, psychologii a je důležitým tématem v sociální psychologii a v sociologii. G. Homans (1961) nachází počátky sociální směny v lidové moudrosti a uvádí, že její princip se odráží ve Zlatém pravidle, které je vyjádřeno ve většině náboženství. Obecně bývá formulováno jako, jedne s druhými tak, jak chceš, aby oni jednali s tebou. V Bibli Ježíš Kristus vyučuje učedníky: „*Jak byste chtěli, aby lidé jednali s vámi, tak vy ve všem jedněte s nimi.*“¹¹⁸

Ústřední myšlenka spočívá v tom, že základem mezilidských vztahů je směna hodnot, dalo by se říci, že v tomto pojetí vztahy fungují na stejném principu jako trh.¹¹⁹ Foa a Foa (1974) navrhují hrubé rozdělení hodnot, jež lidé směňují: užité předměty

¹¹⁶ (Knobloch F. , Interpersonal meaning of music and ethology, 1995)

¹¹⁷ (Schoenholtz - Read, 2011)

¹¹⁸ (1995, str. 16; Enachescu – Hroncová, 2005)

¹¹⁹ (Foa, 1974)

(goods), služby (services), postavení (status), lásku (love), informace (information) a peníze (money). Pokud se mluví o "lásce", rozumí se zřejmě široké spektrum afiativního chování, jako je přátelství, až k tak minimálním projevům náklonnosti jako jsou přátelská gesta a pozdravy, které Berne (1964) nazývá „pohlazení“.¹²⁰

Jedná se o spolupráci, jejímž cílem je přinést užitek zúčastněným. Tato směna se řídí pravidly, především tím, že je určitá rovnováha mezi odměnami a výdaji. Na této rovnováze záleží rozhodování účastníků, zda vztah navázat, pokračovat v něm nebo jej ukončit. Primární je maximalizace zisku (rewards – to, co ze vztahu získáváme) a minimalizace ztrát (costs - to co do vztahu investujeme). Každý člověk má jinak nastaveno očekávání toho, kolik je ochoten do vztahu investovat a kolik od něj chce přijímat. Toto nastavení bývá ovlivněno předchozími zkušenostmi. Podle Homanse je otevřeným tajemstvím sociální směny umění dát druhým to, co má pro ně větší hodnotu, než kolik činí mé vlastní náklady, a oplátkou od nich získat to, co má pro jedince větší hodnotu, než kolik činí náklady jejich.¹²¹

Vývoj konceptu sociální směny

Teorie sociální směny je v sociologii rozvíjena od přelomu padesátých a šedesátých let 20. století. Úlohu klasických prací v tomto oboru sehrály knihy sociálních psychologů J. Thibauta a H. Kelleyho *The Social Psychology of Groups* (1959) a sociologů G. C. Homanse *Social Behaviour: It's Elementary Forms* (1961) a P. Blaua *Exchange and Power in Social Life* (1964). Intelektuální kořeny tohoto směru však sahají hlouběji do minulosti.¹²²

Lze rozlišit dvě fáze vývoje sociální směny. V první fázi teoretického vývoje rozvinuli jmenovaní autoři základní myšlenky sociální směny. Tyto pokusy o teorii se setkaly s různým odporem a i autoři mezi sebou nacházeli nesrovnalosti. Například Peter Blau kritizuje Homanse za jeho psychologický redukcionismus a hovoří o tzv.

¹²⁰ (Knobloch & Knoblochová, *Integrovaná psychoterapie v Akci*, 1999; Enachescu – Hroncová, 2005)

¹²¹ (Keller, 2006, str. 66)

¹²² (Keller, 2006, str. 65)

„emergenčních vlastnostech“ institucí, tedy o těch rysech společenského dění, které nelze odvozovat bezprostředně z chování individuí a z jejich charakteristik. Blau vychází z konstatování, že sociální směna může sice upevňovat vazby mezi lidmi na zásadě vzájemné rovnosti, velmi často však ustavuje též vztahy nadřazenosti a podřazenosti. K tomu dodává M. Keller, že teorie sociální směny je pokusem o absolutizaci tržní situace pro celou oblast sociálního života. Za tuto generalizaci je však placena vysoká cena. Na jedné straně dochází k deformaci pohledu na člověka, na straně druhé k neuvěřitelnému rozmělnění kategorií sociologické explanace. Má-li být veškeré jednání člověka vysvětleno na základě modelu směny, musí být člověk líčen jako „bytost kalkulující“. Homansův aktér neustále poměřuje možné zisky a případné ztráty plynoucí z různých variant jednání.¹²³

V dalším vývoji myšlenek sociální směny, ve druhé fázi, autoři H. Kelley a J. Thibaut zavádějí nový pojem transformace.¹²⁴ Tento krok pomohl odstranit nedorozumění, vedoucí k námitkám, že teorie sociální směny byla teorií hédonistickou. Nová teorie vzájemné závislosti bere v úvahu tu skutečnost, že jedinec v interakci je veden ve svém rozhodování nejen zisky svými, ale i zisky člověka, s nímž je v interakci.¹²⁵

F. Knobloch je jedním z předchůdců teorie sociální směny.¹²⁶ Zavedl myšlenku motivační rovnováhy a užil ji jako vodítka v psychoterapii neuróz, spojených s manželskými a rodinnými problémy.¹²⁷ Pravidlo motivační rovnováhy znamená pro terapeuta, aby před každým zásahem odhadl odměny a výdaje, které zasáhnou všechny zúčastněné. V roce kdy vyšla kniha J. Thibauta a H. Kelleyho (1959), Knobloch převzal jejich pojetí sociální směny a učinil je součástí Integrované psychoterapie. Také po vydání jejich další knihy (H. Kelley aj. Thibaut, 1978) přijal jejich rozšířené pojetí transformace jako součást Integrované psychoterapie.

¹²³ (Keller, 2006, str. 67)

¹²⁴ (Kelley & Thibaut, 1978)

¹²⁵ (Enachescu – Hroncová, 2005, str. 34)

¹²⁶ (Knobloch & Šefrnová, Příspěvek k technice rodinné psychoterapie, 1954)

¹²⁷ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 50)

Ač se literatura o sociální směně zabývá konkrétními odměnami a výdaji, uskutečněnými mezi jednotlivci, je možno pomýšlet též na odměny a výdaje vztahů, myšlených a fantazijních. Nový přínos IP je, že teoreticky rozšiřuje sociální směnu na všechny vztahy, které ovlivňují život, skutečné i pomyslné. Například, když někdo pocituje výčitku od otce, který již zemřel, nebo když cítí dluh vůči požadavkům Boha.¹²⁸ To vede k dalšímu rozšíření významu sociální směny, která ovládá nejen skutečné vztahy mezi lidmi, ale vztahy pomyslné, například činnost svědomí. Toto dění v pomyslné skupině spoluurčuje budoucí chování ve skupině se skutečnými lidmi. A tak účast jedince v pomyslné skupině spoluurčuje jeho náladu a spokojenost. Tak například někdo, kdo se „užirá“, zabývá se křivdami skutečnými nebo smyšlenými, se může připravovat na neadaptivní chování, které by nevzniklo bez takové činnosti. V takovém procesu u disponovaných lidí dochází k překvapujícímu a nebezpečnému jednání, například v paranoidním vývoji.¹²⁹ Tuto myšlenku uznal též Kelley za hodnou zkoumání v budoucnosti, ve své písemné odpovědi Knoblochovi.¹³⁰

Hledisko sociální směny pomáhá ke kauzální analýze problematických situací a poskytuje účinné techniky, jak je zvládnout. Mezi neverbálními metodami psychoterapie je to zvláště psychogymnastika, jež umožňuje sledovat sociální směnu. Ale již psychodrama dává příležitost k tomuto studiu.¹³¹ Podle Integrované psychoterapie je jedinec nepřetržitě součástí skupiny, jež je skutečná nebo představovaná, je neustále v interakci s ostatními a tedy v neustálém procesu sociální směny. Odměny a výdaje mohou být skutečné nebo představované (například výčitky svědomí).¹³²

¹²⁸ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 50)

¹²⁹ (Enachescu – Hroncová, 2005, str. 89)

¹³⁰ (Enachescu – Hroncová, 2005, str. 53)

¹³¹ (Enachescu – Hroncová, 2005, str. 16)

¹³² (Enachescu – Hroncová, 2005, str. 8)

Současný pohled na sociální směnu za hranicemi IP

Za posledních přibližně čtyřicet pět let od svého vzniku prodělala sociální směna značný vývoj a na bázi tohoto přístupu vznikla řada více či méně propracovaných koncepcí (pro přehled viz Karney & Bradbury, 1995; Sprecher, 1998). Teorie sociální směny patří mezi nejčastěji citované teoretické přístupy v kontextu výzkumu manželství a jiných forem blízkých vztahů.¹³³

V nedávné době se dostala také do středu zájmu evoluční psychologie.¹³⁴ Evoluční psychologové usuzují, že se v lidském vývoji vytvořil zvláštní mozkový mechanismus sociální směny - Darwinský algoritmus. „*Sociální směna je prehistorického původu, je universální a má centrální význam v lidském životě. Ovšem universálnost fenotypu chování není dostatečným důkazem pro tvrzení, že fenotyp byl vytvořen v evoluci kognitivní adaptací, ale je to sugestivní. Jakožto fenotyp chování je sociální směna variabilní, podobně jako tep lidského srdce. Srdeční tep je universální, poněvadž orgán, který jej vytváří, je stejný všude. Toto je úsporné vysvětlení pro universalitu sociální směny: kognitivní fenotyp jako orgán, který je všude stejný. Proto to přirovnání se srdcem, jehož vývoj, jak se zdá, nevyžaduje určité podmínky prostředí, sociální ani jiné.*“¹³⁵

Poměrně novým konceptem, který navazuje na teorii sociální směny je vztahová údržba (*relational maintenance*). Vztahová údržba se zaměřuje na chování, které může pomáhat udržovat vztah v žádoucím, preferovaném stavu a mnoho studií zmiňuje její souvislost se spokojeností ve vztahu.¹³⁶

1.3.5 PROCES INTEGROVANÉ PSYCHOTERAPII

Psychoterapie je dle IP proces, v němž terapeut pomáhá pacientovi odstranit nebo zmírnit obtíže, překonat demoralizaci (Frank a Franková, 1991) a podpořit naději a reálný optimismus, odstranit nebo zmírnit jeho sebepodrávající chování, a pomoci mu překonat

¹³³ (Skočovský, 2007, str. 40)

¹³⁴ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 53)

¹³⁵ (Enachescu – Hroncová, 2005, str. 11; Cosmides & Tooby, 2005)

¹³⁶ (Dainton, 2007)

překážky, jež mu brání nalézt smysl života ve směru jeho vlastního založení.¹³⁷ To jsou velké a zodpovědné úkoly, hned v zápětí však F. Knobloch uvádí jedno z nejstarších pravidel lékařství, že především je potřeba neškodit „Primum non nocere“. Zdůrazňuje, že nebezpečí uškodit psychoterapií je větší, než by se mohlo zdát.

Hlavním úkolem IP je odstranění sebepodrávajícího chování, které jak už bylo řečeno, představuje druh maladaptivního chování, kdy jedinec nevědomky dosahuje opak toho, co si přeje ve vztazích uskutečnit.¹³⁸ Sebepróvaící chování daného člověka je možné zjistit pomocí dotazník sebepodrávajícího chování, který byl přeložen z angličtiny. Na základě faktorové analýzy bylo identifikováno 10 bipolárních faktorů, zobrazujících buď nedostatek, nebo přemíru, vedoucí k sebepodrávajícímu chování:

1. hyposociální – hypersociální,
2. hypoasertivní – hyperasertivní,
3. hypoagresivní – hyperagresivní,
4. hypoambiciózní – hyperambiciózní,
5. důvěřivý – podezřívavý,
6. málo sebejistý – příliš sebejistý,
7. přechoťný pomáhat – nechoťný,
8. žádá o péči – odmítá péči,
9. hypoerotický – hypererotický projev,
10. podrobivý k autoritě – rebelant.

Psychoterapie znamená také kalkulovat se sociální směnou, s odměnami a výdaji. Má – li vést ke změnám osobnosti, způsobuje často bolest a provokuje nebo přechodně zhoršuje obtíže, úzkost, pocity viny, zahanbení nebo smutek. Jedním z nejobtížnějších

¹³⁷ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 99)

¹³⁸ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 35)

terapeutových úkolů je, v různých stadiích léčby určit správnou kombinaci odměn a výdajů, jež bude pacienta optimálně motivovat ke sledování terapeutických cílů.¹³⁹

Základní zaměření IP je na přítomnost a budoucnost, na současné problémy a jejich řešení. Zároveň se zabývá předchozími potížemi, které se odrážejí v přítomnosti. Rodiče jsou první autoritou, na sourozencích a kamarádech se vytváří vztah k souřadným osobám, mladší sourozenci a domácí zvířata jsou podřízení a děti prožívají náznaky zamilování a erotických pocitů. Sebepodrývací chování nelze změnit bez částečné změny skupinového schématu - naštěstí jsou vztahy pacientů vyhledávajících psychoterapii obvykle narušeny jen v některých segmentech skupinového schématu, vedoucí k sebepodrývacímu chování.¹⁴⁰

Může vznikat mylný dojem, že IP je teorií a klinickou praxí psychoterapeutické komunity. Ale jak vyplývá z praxe autorů IP, většinu času strávili v individuálních rozhovorech.

1.3.5.1 CÍLE PSYCHOTERAPIE

Základní úkoly psychoterapie jsou odhalování problémů a důležitých skutečností, zjištění a udržování motivace k léčbě, dohoda o společném výkladovém rámci, korektivní učení a nové učení, a generalizace do každodenního života.

Podstatu psychoterapie je možno vidět především jako korektivní učení či zkušenost. Když se konečně přeskočí překážka, tak zjistíme, že to není tak nepřekonatelné, jak si lidé mysleli, a hlavně že to dokáží. Důležité je vědomí naší osobní moci, nadvlády, kterou zdůrazňoval M. Adler, ale také jiní, např. T. Beck v tzv. kognitivní léčbě depresí, a Bandura v soběstačnosti (self-sufficiency). Korektivní zkušenost nám odhaluje svět v přijatelnějším světle, kterého není se třeba tolik bát, a který je přátelštější a zvládnutelnější, než jsme předpokládali. Jednou z důležitých technik korektivní

¹³⁹ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 110)

¹⁴⁰ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie, 1993)

zkušenosti je hraní rolí, jež umožňuje odhalení skrytých odměn a výdajů. Je přípravou ke konečné fázi změn, kdy do procesu se zařadí skutečné signifikantní osoby.¹⁴¹

Konečnou zkouškou jedincova psychoterapeutického pokroku je, zda po léčení funguje lépe v běžném životě. Proto F. Knobloch uvádí, že jakákoli generalizace z psychoterapie do skutečného života musí být středem terapeutova zájmu již od začátku psychoterapie. Používají se dvě hlavní cesty. První spočívá v povzbuzování pacienta k dosažení určitých činů během léčby - tedy domácí úlohy. Druhá cesta zakládá na tom, že v určitém bodě léčby musí být signifikantní postavy pacientova života přímo začleněny do psychoterapeutického procesu. Bez toho by byla generalizace do skutečného života pochybná.¹⁴²

1.3.5.2 TECHNIKY PSYCHOTERAPIE

IP využívá množství rozmanitých technik, od klasicky psychoanalatických až po akční psychodramatické, specifické pro skupinovou psychoterapii. Je možné se tak setkat s volnými asociacemi, analýzou snů, psychogymnastikou, hudební terapií, relaxací i nácvikem a inventurou vlastní osobnosti. Každé z technik by mohla patřit samostatná kapitola, a proto se autorka práce na tomto místě soustředí jen na ty, které jsou důležité pro pochopení užívání metody ideálního otce a matky, kterou bude rozebírat v empirické části.

1.3.5.2.1 HRANÍ ROLÍ

Hraní rolí je prostředkem k prozkoumání vztahů ke všem osobám skupinového schématu. Pacient nejprve vyplní formu skupinového schématu, v němž uvede všechny důležité osoby ze svého života, autority, souřadné, podřazené a erotické partnery. Zpřítomní je, hovoří k nim, hraje jejich role, anebo i projeví zlost na ně užitím zvláštního obušku, kterým tluče do židle, do pohovky nebo boxovacího pytle, pokud se terapeut nenabídne reprezentovat onu osobu (ale to je vhodné jen výjimečně). V skupinové

¹⁴¹ (Enachescu – Hroncová, 2005, str. 59)

¹⁴² (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999)

psychoterapii a zejména v terapeutické komunitě je každá osoba skupinového schématu, včetně domácích zvířat, prezentována spolupacientem.¹⁴³

Pacient není s terapeutem v místnosti nikdy sám - v jeho mysli jsou přítomny osoby jeho skupinového schématu. Je na terapeutovi dát jim životnost. To je možné docílit především pomocí hraní rolí, které je jednou ze základních technik integrované psychoterapie. Pomáhá objasnit duševní stav pacienta, posoudit věrohodnost jeho výpovědí, a ukáže jeho schopnosti vcítit se do druhých. Technika hraní rolí jedinci pomáhá si uvědomit, čeho si dosud nebyl vědom, nebo říci něco, co se říci zdráhal. Ale hraní rolí je cenné nejen ve zjišťování skutečností, má důležitý význam také jako prostředek k navození terapeutických změn. Hraní rolí je fascinujícím prostředkem pohledu do mechanismů duševního života, a schopnosti empatie.¹⁴⁴

Jednou z důležitých technik korektivní zkušenosti je hraní rolí, jež umožňuje odhalení skrytých odměn a výdajů. Je přípravou ke konečné fázi změn, kdy do procesu se zařadí skutečné signifikantní osoby. Zvolené hraní rolí je prostředkem k empatii čili vcítění, tj. identifikaci s představovanými osobami a jejich odměnami a výdaji. Pacient může jednat s představovanými osobami nejen ze současného života, ale i s osobami z minulosti, včetně rodičů. A tak místo zdlouhavého a komplikovaného procesu přenosu na terapeuta je možno nechat pacienta jednat s představovanými rodiči přímo.¹⁴⁵

První, kdo upozornil na význam hraní rolí pro psychoterapii a bohatě je rozvinul, pod názvem *psychodrama*, byl J. L. Moreno, který žil 1892- 1974 a byl průkopníkem skupinové psychoterapie, psychodramatu a sociometrie. Psychodrama má hodnotu jak diagnostickou, zjišťování a ověřování skutečností, tak terapeutickou.¹⁴⁶

Vedle hraní své vlastní role, je možné využít také tři další techniky: výměnu rolí, dvojníka a zrcadlo.

¹⁴³ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 150)

¹⁴⁴ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 140)

¹⁴⁵ (Enachescu – Hroncová, 2005)

¹⁴⁶ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 138)

Hraní rolí nabízí bohaté možnosti. IP uvádí čtyři proměnné a každá z nich má tři alternativní možnosti: role (vlastní, jiná: komplementární, jiná: nezávislá); čas (minulý, přítomný, budoucí), reálnost děje (reálný, možný, fantazijní), a komunikační prostředky (jen verbální, jen neverbální, obojí). To poskytuje jednaosmdesát možných situací. Ve skutečnosti je skutečných proměnných a možností ještě mnohem více.¹⁴⁷

Schémata rolí mají zřejmě zděděný základ, jsou individuálně formovány našimi zkušenostmi.

1.3.5.2.2 ABREAKCE A KATARZE

Názvy abreakce a katarze pocházejí od Breurera a Freuda, kdy katarze znamená uvolňující účinek abreakce. Přestože psychoanalýza užitečnost abreakce uznává, nedovoluje terapeutovi abreakci vyvolat, pouze ji smí terapeuticky využít. V IP se užívání abreakce vyvinulo postupně z psychodramatu a z psychogymnastiky a využívá se vždy s určitým cílem. Například pokud terapeut předpokládá, že intenzivní reakce s určitou osobou pacientova skupinového schématu může přispět ke korektivní rekapitulaci. Abreakce je účinná, pokud je odstraněna příčina utrpení. To je možné u problémů, které vznikají v přítomnosti, pokud například změní druhá strana chování nebo se vysvětlí nedorozumění. Je možné se také vrátit do minulosti, kdy je pak cílem abreakce kognitivní restrukturační. Během abreakce se projeví pocity a postoje, které buď chyběly v pacientově rejstříku chování, nebo si jich pacient vůbec nebyl vědom.

¹⁴⁷ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 142)

2 EMPIRICKÁ ČÁST

„Psychoterapeutický proces je plánované a strukturované dění řízené terapeutem, s cílem navození žádoucích změn v myšlení, prožívání a chování klienta.“¹⁴⁸

Zatímco při zkoumání vlivu psychoterapie si klademe otázku, zda psychoterapie má nějaké účinky, ve výzkumu procesu zjišťujeme, jak funguje. Počátky výzkumu v psychoterapii jsou spojeny se jménem Carla Ransoma Rogerse, který se svými kolegy studoval audiozáznamy terapeutických sezení a snažil se zjistit, k čemu v průběhu psychoterapie dochází.¹⁴⁹

Zkoumání procesu psychoterapie, je metodologicky i poznatkově velmi bohaté. Detailní výzkum psychoterapeutického procesu zprostředkovává detailní sledování procesů vedoucích k terapeutické změně.¹⁵⁰ „Procesy změny jsou skryté a zjevné činnosti, které klienty přivedou ke změně prožívání, myšlení, chování či vztahů spojených s určitým problémem či obecnějším způsobem života.“¹⁵¹

Nejčastějším metodologickým postupem je deskriptivní zkoumání. Tento způsob se snaží zachytit procesy na straně klienta i terapeuta a co nejlépe popsat jejich vzájemnou interakci. Deskriptivní zkoumání psychoterapeutického procesu se může zabývat celou terapií nebo jen jejími segmenty. Způsob zkoumání podrobného průběhu terapie se obvykle opírá o nahrávky terapeutických sezení. Podrobné zkoumání procesu psychoterapie využívá i teoreticky nebo klinicky zajímavé úseky psychoterapeutického procesu, tzv. terapeutických epizod, událostí. Výzkum terapeutických událostí znamená, že se výzkumníci zaměřují na jistý segment terapeutického procesu, a ten zkoumají za účelem jeho lepšího porozumění.¹⁵²

¹⁴⁸ (Vymětal, Úvod do psychoterapie, 2010, str. 111)

¹⁴⁹ (Cain & Seeman, 2006)

¹⁵⁰ (Timulák, Současný výzkum psychoterapie, 2005, str. 143)

¹⁵¹ (Prochaska & Norcross, 1999, str. 22)

¹⁵² (Timulák, Současný výzkum psychoterapie, 2005, stránky 181 -194)

2.1 CÍL VÝZKUMU

Cílem tohoto výzkumu se stala snaha více porozumět metodě ideálního otce a matky. S touto metodou se autorka práce seznámila při svém výcviku v integrované psychoterapii. Pacienti absolvující IP označovali tuto metodu jako signifikantní událost v procesu terapie. Metoda ideálního otce a matky nebyla zatím v literatuře integrované psychoterapie detailně popsána. Netradičnost tématiky, její neprobádanost a šíře otevírá prostory pro mnohá empirická zkoumání. Hlavním motivem pro vytvoření diplomové práce je předložení studie, jež by ke vzniku teorie přispěla. Z hlediska zmíněné šíře dané problematiky a rozsahu práce však nelze pojmut všechna významná místa dané metody.

První z úkolů je co nejlépe deskribovat a analyzovat videozáznam této metody, která byla pořízena při práci Ferdinanda Knoblocha v Day House v Kanadě. Jako cíl bylo zvoleno popsání této psychoterapeutické události a analýza procesu, ke kterému dochází. Dále se autorka práce zaměřila na pozorování a kategorizování verbálních a neverbálních projevů terapeuta i pacientky, jednání terapeuta a vymezení změn na straně klientky. V druhé části budou poznatky z výzkumu interpretovány a následně vytvořen podklad pro vznik teorie této metody.

Jako výzkumné otázky byly stanoveny: Kdy a jakým způsobem dochází k procesu změny u pacientky? Jakým způsobem postupuje terapeut při této metodě? Jaké komunikační prostředky používá?

2.2 DESIGN VÝZKUMU

Vzhledem ke zvolenému tématu byla vybrána případová studie jako vhodný nástroj pro zkoumání dané problematiky. Tato metoda umožňuje rozkrýt souvislosti a pomáhá nahlédnout na daný problém z různých stran. Nedílnou součástí moderní klinické psychologie jsou právě případové studie.¹⁵³ Václav Břicháček uvádí, že jednou ze situací, kdy je vhodné použít případovou studii, je detailní analýza.¹⁵⁴ Výzkum pomocí případové

¹⁵³ (Baštecká & Kolektiv, Klinická psychologie v praxi, 2003)

¹⁵⁴ (Miovský, 2006, str. 94)

studie umožňuje zachycení dané terapeutické události v její složitosti a porozumění souvislostem, které se zde odehrávají.¹⁵⁵

Není podstatné, zda jsou při práci na případové úrovni použity a kombinovány kvantitativní a kvalitativní metody, rozhodující je to, že objektem zájmu zůstává případ. Případová studie je tak určujícím prvkem pro danou výzkumnou práci.¹⁵⁶

Bude se jednat o pohled nezúčastněného pozorovatele, tedy o metodu s níž se autorka práce setkala již dříve během psychoterapeutického výcviku. Během analýzy se bude zaměřovat na terapeutovo a pacientovo vyjádření a jejich vzájemnou interakci.

2.3 DESKRIPTIVE VIDEOZÁZNAMU

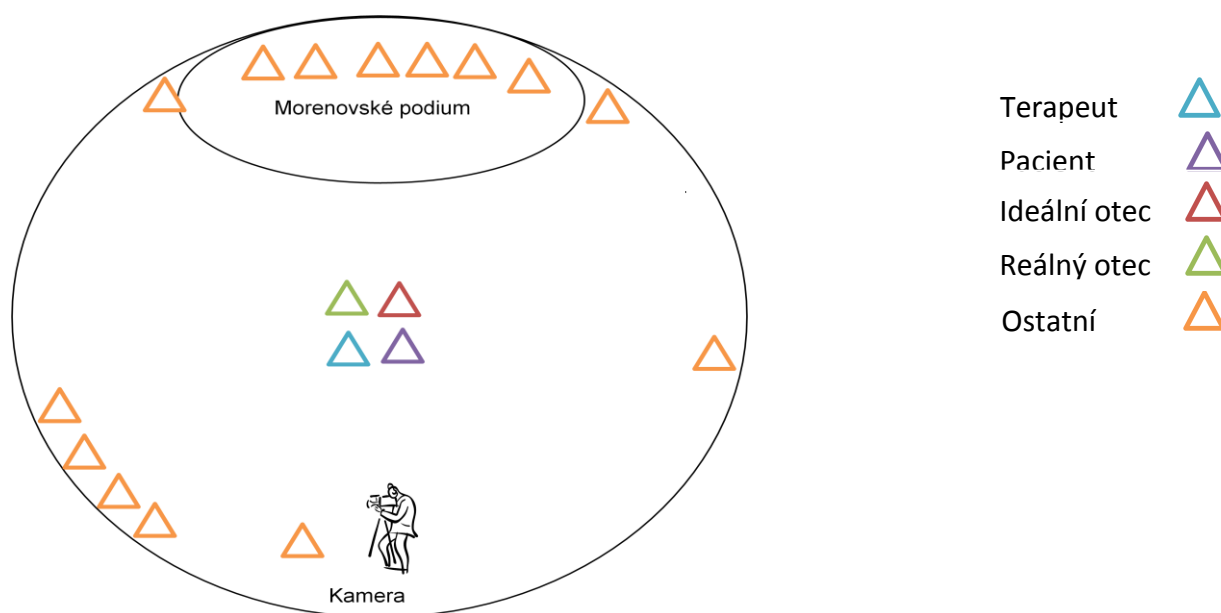
Jako výzkumný vzorek byl zvolen videozáznam části terapeutického procesu F. Knoblocha. Jedná se o sekvenci použití metody ideálního otce a matky v průběhu terapie s mladou, přibližně třicetiletou, pacientkou. Videozáznam byl pořízen přibližně před rokem 1990¹⁵⁷ a jeho délka je 14 minut 30 sekund. Nahrávka je ve špatné kvalitě, ale vzhledem ke specifickým cílům práce byl i přesto vybrán tento materiál. Terapie probíhala v anglickém jazyce a záznam byl v průběhu výzkumu přeložen do českého jazyka. Daná případová studie je uvedena i v knize Integrovaná psychoterapie v praxi a v této práci uvedena v příloze č.:

Jedná se o část skupinové psychoterapie v jedné místnosti v Dayhouse v Kanadě. Pro lepší představu je jednotlivé rozmístění aktérů znázorněno na následujícím obrázku.

¹⁵⁵ (Hendl, 2005, str. 104)

¹⁵⁶ (Miovský, 2006, str. 94)

¹⁵⁷ Přesný rok pořízení záznamu si F. Knobloch nezaznamenal, datum pořízení odhaduje před rokem 1990



Obrázek 3 Rozmístění terapeutické situace

Kamera je zaměřena na morenovské pódium a děj terapie se odehrává před ním. Hlavními aktéry jsou terapeut a již zmíněná pacientka. V průběhu terapie se do děje zapojuje spolupacient v roli reálného otce, signifikantní postavy z jejího skupinového schématu. V druhé části přichází na scénu také ideální otec.

Po celou dobu terapie jsou přítomní ostatní pacienti, sedí rozsazeni okolo místnosti, do průběhu terapie nezasahují.

2.4 VÝZKUMNÁ STRATEGIE

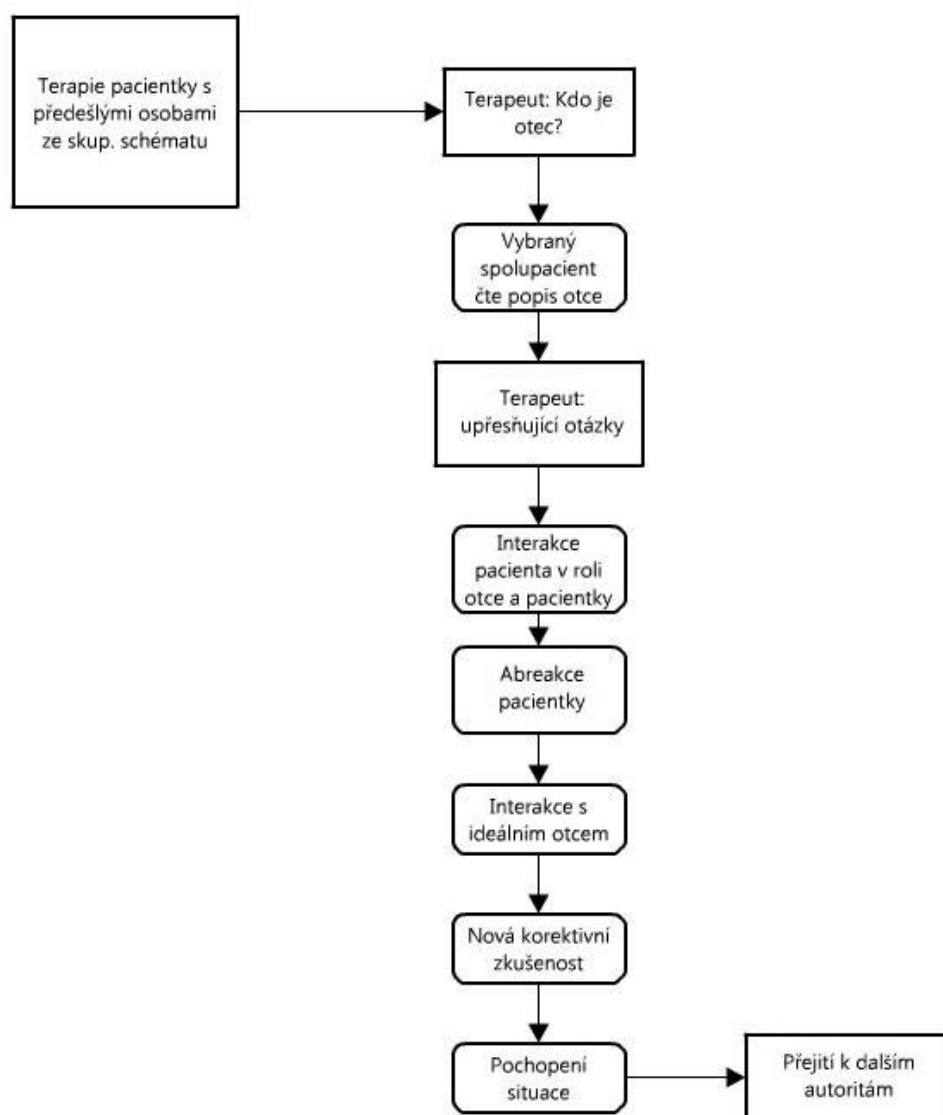
Postupně se prosazuje mínění, že kvalitativní i kvantitativní výzkum přispívá každý po svém k rozšiřování našich znalostí o člověku a sociálním světě. Podle tohoto názoru se nelze dívat na oba přístupy jako na kontradiktorní. Výsledky získané oběma strategiemi výzkumu se doplňují.¹⁵⁸ Z výše zmíněných důvodů, jež dopomohou co nejhlubšímu porozumění, bude použita kombinace kvantitativního i kvalitativního postupu.

Výzkumná část začíná schématem struktury videozáznamu. Následně bude analyzován verbální projev, emocionální prožívání pacientky a jednání terapeuta. Specifickým zdrojem informací se stalo zrychlené přehrávání videozáznamu. V poslední části je užitá metoda zakotvené teorie, nejdříve u pacienta a pak u terapeuta.

¹⁵⁸ (Hendl, 2005, str. 56)

2.4.1 FÁZE TERAPEUTICKÉHO PROCESU

Na následujícím grafu č. 1. jsou znázorněny jednotlivé klíčové fáze z videozáznamu. Analyzovaný úsek je jen jednou z částí terapie dané pacientky. Videozáznam začíná přesunutím od ženských autorit, maminky, k mužským autoritám. Pacientka má postavené skupinové schéma, jak je patrné i z rozmístění pacientů na předešlém obrázku č. 3.



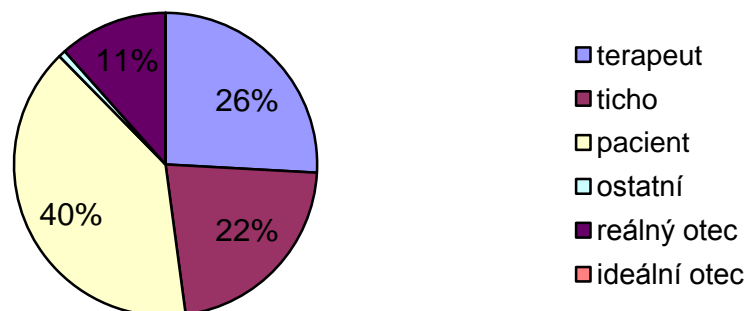
Graf č.: 1 Schéma struktury videozáznamu

V grafu č. 2 znázorňujícím schéma struktury videozáznamu je možné spatřovat postupný vývoj a sled terapeutických událostí. Úsek začíná terapeutovou otázkou, kde je otec? Pak přichází část, kdy vybraný spolupacient čte popis otce, který mu připravila

pacientka. Terapeut se dále ptá na jednotlivé body z daného popisu a pacientka je upřesňuje. Poté následuje přímá interakce pacientky a spolupacient v roli reálného otce, jež ústí až do abreakce pacientky. Po uklidnění vstupuje na scénu ideální otec a pacientka zažívá novou korektivní zkušenost. Následuje pochopení dané situace, vytvoření náhledu a usmíření. Videozáznam končí přesunutím pozornosti terapeuta k dalším autoritám pacientky ze skupinového schématu.

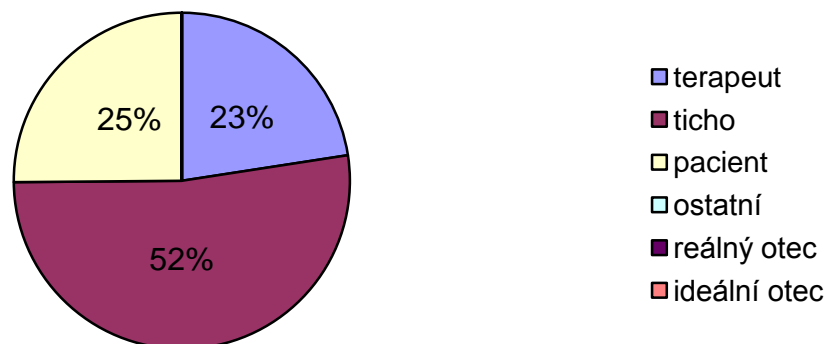
2.4.2 ANALÝZA VERBÁLNÍHO PROJEVU

V této fázi byly vzájemně srovnány verbální výpovědi všech aktérů v průběhu videozáznamu. Bylo vytvořeno 6 kategorií: verbální projev terapeuta, pacienta, reálného otce, ideálního otce, ostatních pacientů a ticha. V následujících grafech je možné vidět procentuální srovnání jednotlivých kategorií. Nejdříve v první polovině terapeutické události, potom v druhé polovině a nakonec v celém průběhu.



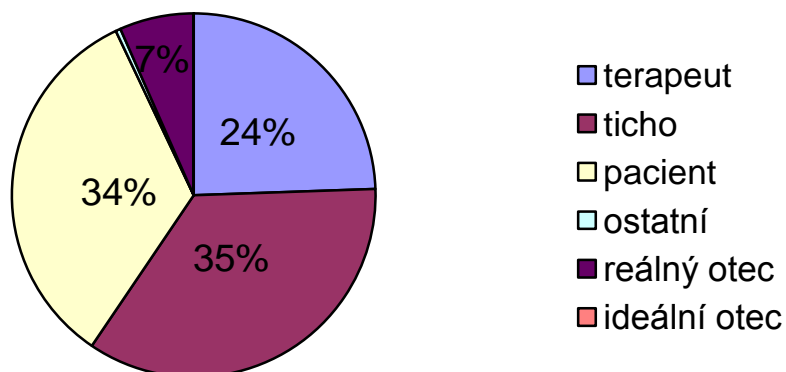
Graf č.: 2 Procentuální rozvržení verbálního projevu 1. poloviny záznamu

V první polovině terapeutické události převažuje verbální výpověď pacienta a na druhém místě má největší prostor terapeut a poté ticho. Terapeutická událost začíná úvodními slovy spolupacientky v roli signifikantní osoby matky a pokračuje popisem reálného otce, který čte spolupacient.



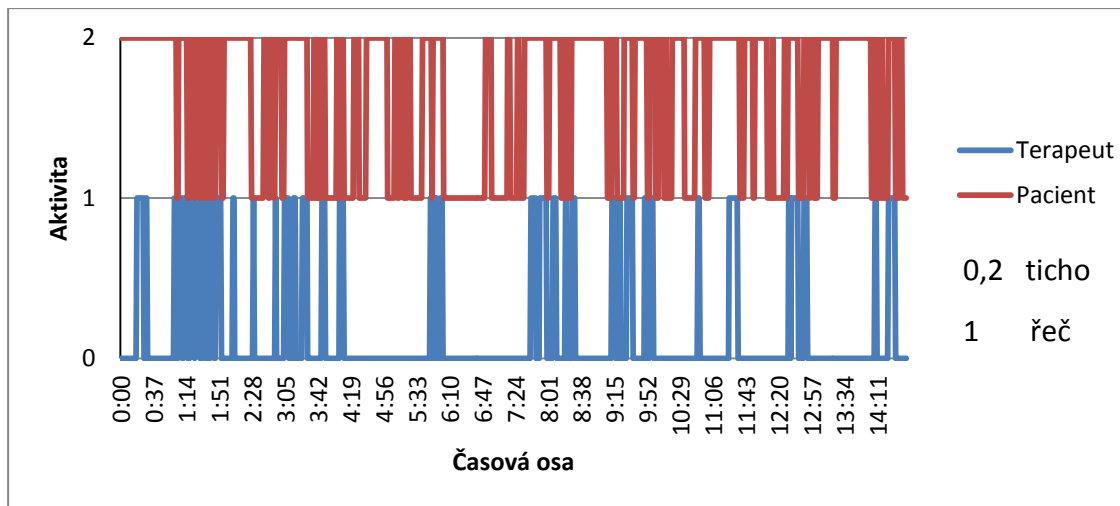
Graf č.: 3 Procentuální rozvržení verbálního projevu 2. poloviny záznamu

V druhé fázi záznamu se procentuální zastoupení jednotlivých výpovědí proměňuje. Více než polovina času je věnovaná tichu. V podobném zastoupení je pacient s terapeutem. Jiní aktéři nejsou verbálně zastoupeni.



Graf č.: 4 Procentuální rozvržení verbálních vstupů terapeuta a pacienta

Největší procentuální zastoupení má v celkovém rozvržení ticho, na druhém místě pacient. Terapeutovi verbální výpovědi jsou v první i druhé polovině zastoupeny podobným procentem, od celkového poměru s odchylkou 2%. Terapeutův projev se nejméně mění v průběhu terapie. Zajímavým zjištěním bylo, že ideální otec v této ukázce nemá žádný verbální projev a jeho interakce s pacientkou je pouze na neverbální úrovni.

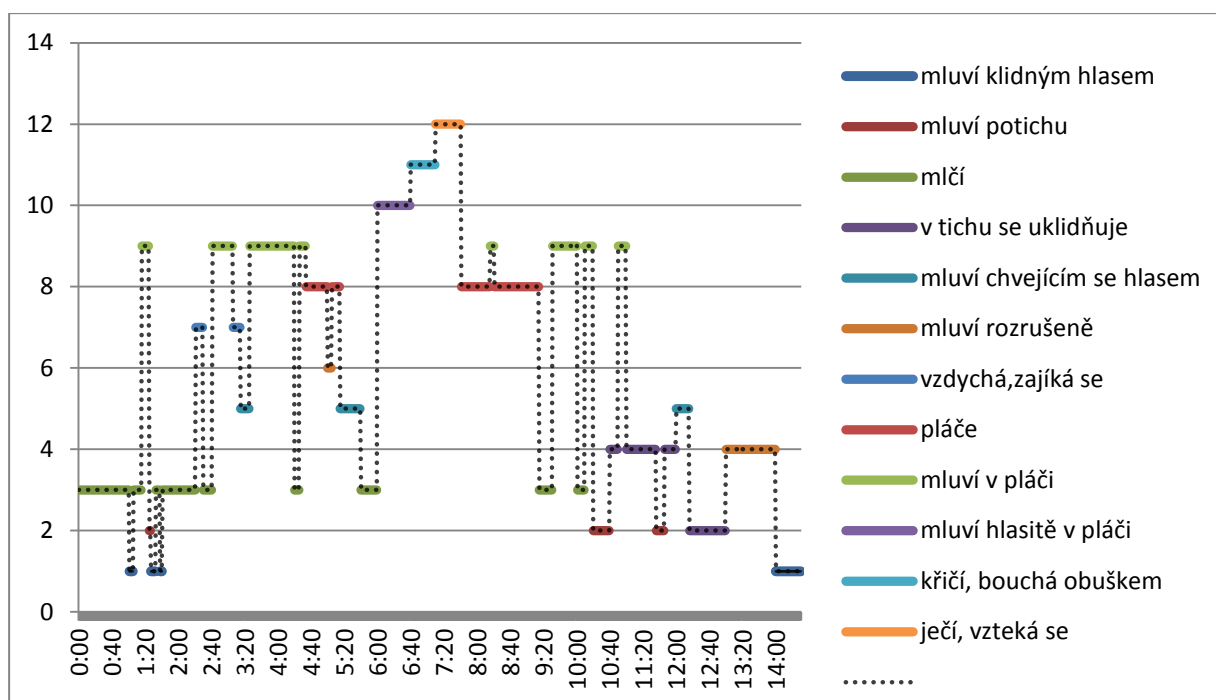


Graf č.: 5 Časové rozvržení verbálních vstupů terapeuta a pacienta

V tomto grafu jsou zobrazeny jednotlivé verbální interakce terapeuta a pacienta. Je zde jen schematicky znázorněn, v lepším rozlišení je uveden v příloze č.: 7 Z grafu je patrné, že terapeutickou událost nejdříve začíná terapeut. Interakce mezi nimi je rychlá a opakovaná, pacientka jen krátce odpovídá. Přibližně od čtvrté minuty již hovoří hlavně pacientka, terapeut mlčí a dává jí prostor. Od páté minuty je prostor také pro ticho. Je možné zde vidět opačný vývoj než např. v klasické psychoanalýze, kdy terapeut nejdříve mlčí.

2.4.3 VÝVOJ EMOCIONALITY PACIENTKY

Na základě emocionálního prožívání pacientky v průběhu terapeutické události byly autorkou výzkumu vytvořeny kategorie podle potřeb tohoto konkrétního případu. Emocionální prožívání pacientky v průběhu terapeutické události bylo velmi bohaté, jak můžeme vidět v následujícím grafu č.: 6.



Graf č.: 6 Graf četnosti emočních projevů pacientky

Pacientka na začátku terapie mlčí, nebo v krátkosti odpovídá klidně. Postupně hovoří spíše chvějícím se hlasem, až přejde v pláč a mluví následně v pláči. Přibližně v polovině terapeutické události dosahuje nejbouřlivějšího projevu emocí, kdy křičí, ječí, vzteká se. Poté se postupně uklidňuje, přejde v pláč, vyjadřuje se rozrušeně a vrací se zpátky ke klidnému hlasovému projevu.

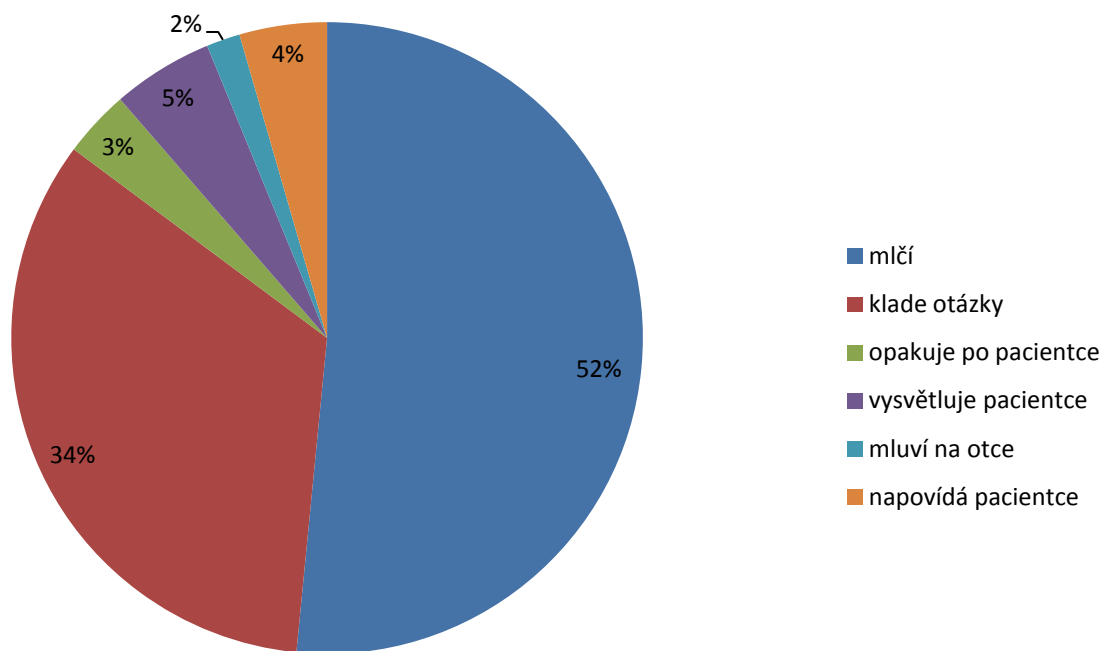
Emocionální prožívání pacientky postupně nabývá na intenzitě a opět klesá, má nejdříve vzestupnou a následně sestupnou tendenci. Z grafu je patrné, že emocionální prožívání pacientky v průběhu terapie se pohybuje od neutrální polohy přes negativní a vrací se zpátky do neutrální, avšak jiné kvality.

2.4.4 ANALÝZA TERAPEUTOVA JEDNÁNÍ

V této fázi byly měřeny projevy terapeuta. Nejdříve byly hodnoceny terapeutovy verbální výpovědi a poté jeho neverbální chování.

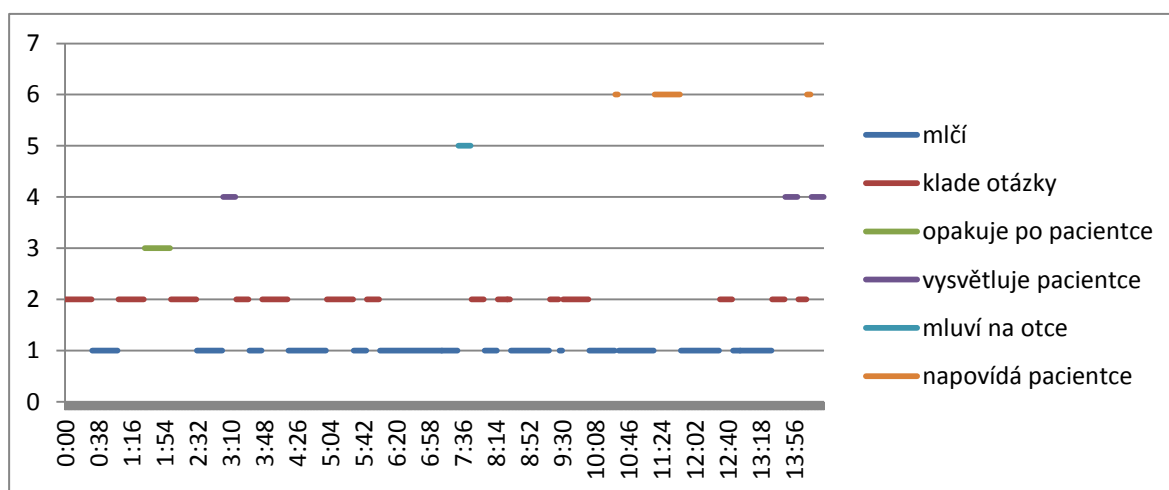
2.4.4.1 ANALÝZA VERBÁLNÍ VÝPOVĚDI TERAPEUTA

Při sledování videozáznamu a zaměření pozornosti na terapeutův verbální projev bylo vytvořeno 6 kategorií znázorněných v grafu č. 7 a 8. V grafu č. 7 je uvedeno procentuální zastoupení jednotlivých kategorií v terapeutické události. Graf č. 8 znázorňuje dané kategorie v průběhu terapeutova působení.



Graf č.: 7 Procentuální zastoupení verbálních výpovědí terapeuta

Při tomto srovnání vyvstaly dvě největší kategorie. Terapeut více než polovinu času mlčí a na druhém místě klade otázky. Další kategorie jsou zastoupeny v minimálním procentuálním počtu, od vysvětlování, napovídání k opakování a mluvení za pacientku na otce.



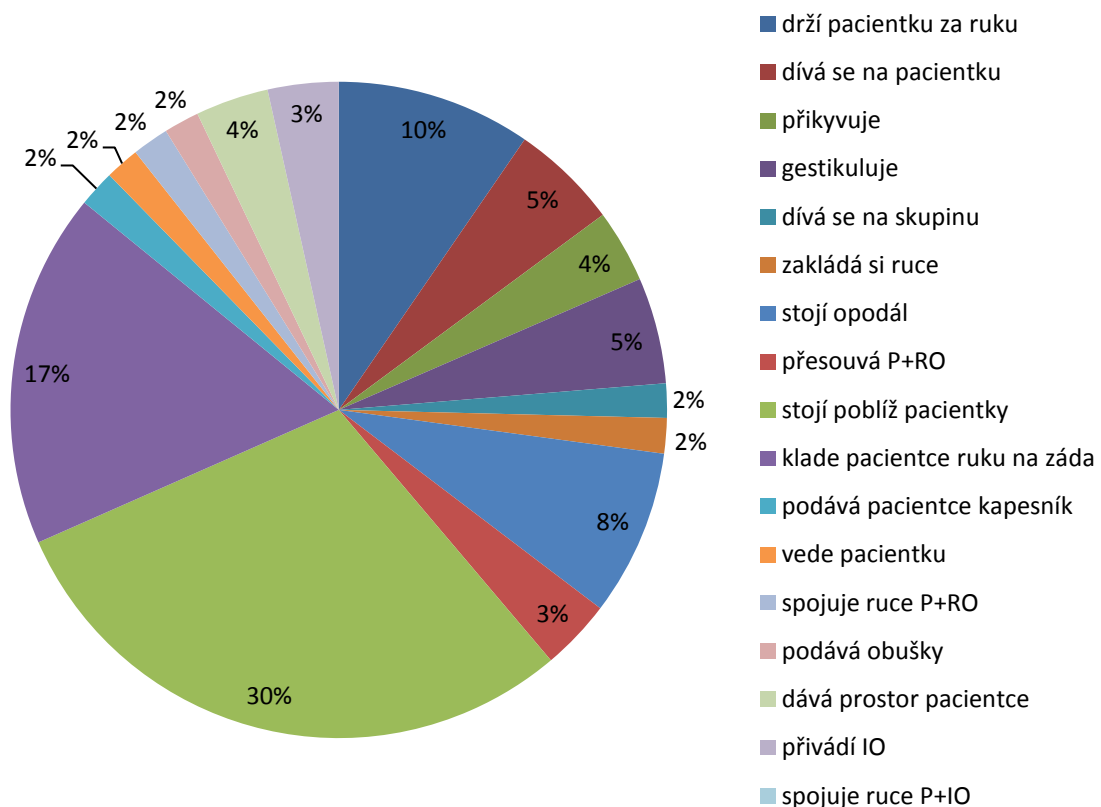
Graf č.: 8 Analýza terapeutových verbálních výpovědí v průběhu terapie

Terapeut začíná kladením otázek, jak je patrné z grafu č. 9. Tato kategorie převažuje v celé první polovině terapeutické události a terapeut nehovoří v případě, že pacientka odpovídá na otázky. V druhé půlce videozáznamu již terapeut více mlčí. V menším zastoupení klade otázky, napovídá pacientce nebo jí něco vysvětluje.

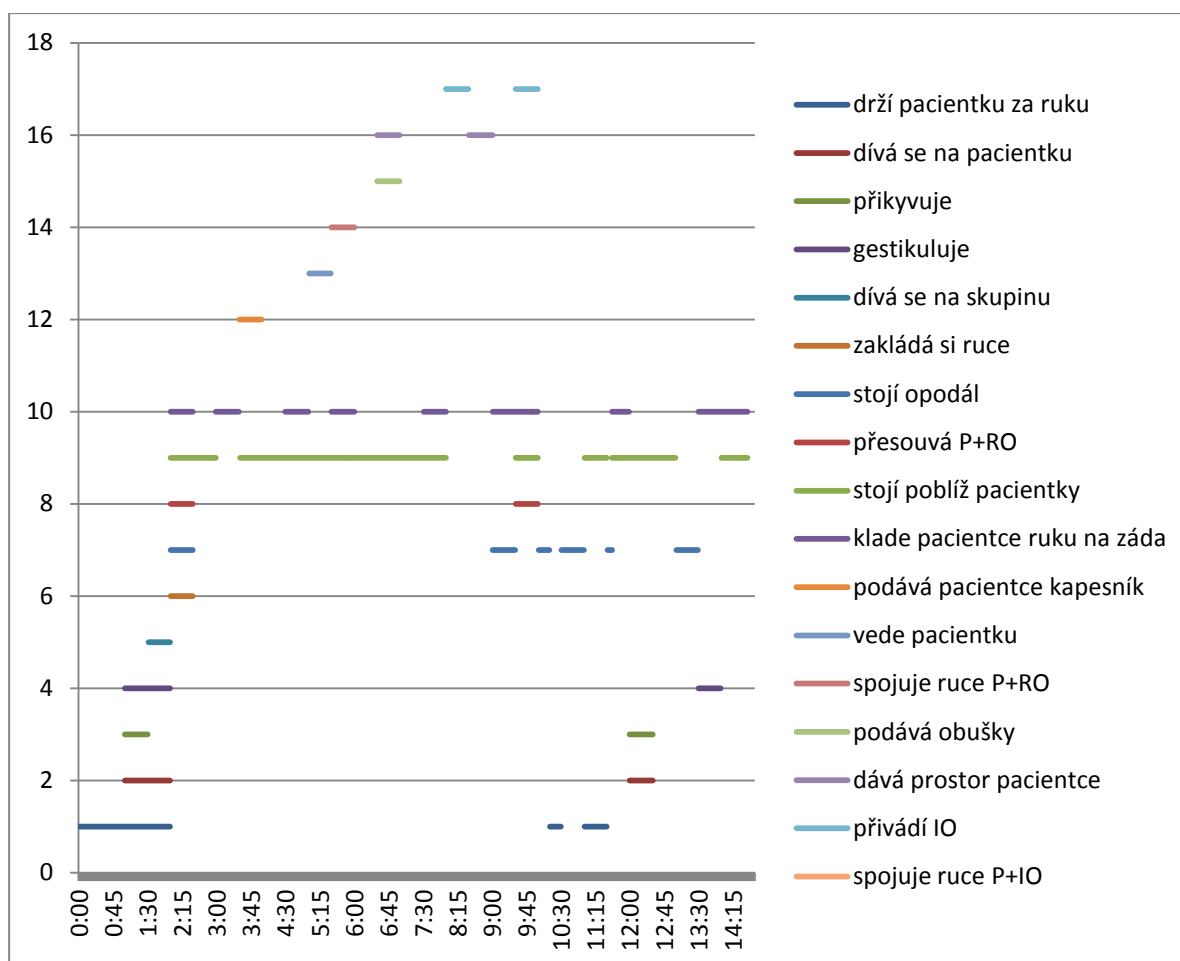
2.4.4.2 ANALÝZA NEVERBÁLNÍHO TERAPEUTOVA CHOVÁNÍ

Terapeutovo neverbální chování v průběhu terapeutické události bylo velmi rozmanité, jak je patrné z grafu č. 8 a 10. Bylo vytvořeno 18 kategorií. Do jisté míry se zde zobrazují specifika právě skupinové psychoterapie, která otevírá prostor pro větší pestrost terapeutických intervencí. Oproti individuální terapii, kdy terapeut sedí například na pohovce.

Opět je v grafu č. 9 znázorněno nejdříve procentuální zastoupení jednotlivých kategorií a poté jejich rozložení v průběhu terapeutické události.



Graf č.: 9 Procentuální zastoupení kategorií neverbálního chování terapeuta



Graf č.: 10Rozvržší kategorií neverbálního chování pacienta

Z grafu č. 11 je zřejmé, že neverbální chování terapeuta se na začátku terapeutické události často střídá, v průběhu se spíše ustaluje, terapeut převážně stojí poblíž pacientky, dívá se na pacientku a klade pacientce ruku na záda.

2.4.5 ZRYCHLENÉ PŘEHRÁVÁNÍ

Videozáznam terapeutické události byl přehráván opakovaně v různých stupních zrychlení. To, co bylo při opětovném pohledu náhle zjevné, byla role terapeuta. Jako by náhle ožil do role ideálního otce. Pacientka si v průběhu terapie stěžuje, že se její otec o ni nestaral, ale terapeut je stále s ní, stojí při ní, podává ji kapesník, když je třeba vysvětluje, utěšuje, povzbuzuje, hladí, drží, je-li vhodný čas dává jí prostor, zároveň přichází, když vnímá, že by mohla ve své cestě pokročit.

Až komicky působí protiklad Larryho v roli otce, který jen stojí a kouká. Podle pacientky slov, tak činí opravdu věrohodně. Autenticky demonstruje netečnost chování

jejího otce. Oproti tomu terapeut se stará, běhá, nasměrován, stojí při ní, vede jí, ukazuje, vysvětluje, přitakává, dává jí prostor, oceňuje ji.

Terapeut je zde ve vedoucí roli, má dění pod kontrolou a stává se pro pacientku bezpečným průvodcem na její cestě. Jeho vystupování působí velmi ochranně, starostlivě otcovsky a zároveň moudře. Mladá žena je podporována ve svém vyjadřování, prožívání i ventilaci emocí.

Při zkoumání videozáznamu v různých stupních zrychlení je evidentní, že roli ideálního otce nepředstavoval jen Michal, ale zároveň terapeut, což nebylo na první pohled patrné. Bylo by možné tuto skutečnost připojit k roli Michala a nazvat ji jako korektivní emoční zkušenosti ve dvou rovinách. V první řadě při interakci a hlavně obejmutím s ideálním otcem a na druhé straně v jednání a chování terapeuta.

2.4.6 METODA ZAKOTVENÉ TEORIE

Zakotvená teorie (Grounded Theory) neoznačuje určitou teorii, ale strategii výzkumu a způsob analýzy získaných dat. Cílem výzkumu v tomto pojetí je návrh teorie pro fenomény v určité situaci, na nichž je pozornost výzkumníka zaměřena. Vznikající teorie je zakotvená v datech získaných během studie. Pozornost se věnuje zvláště jednání a interakcím sledovaných jedinců a procesům v daném prostředí. Její výhodou je schopnost integrovat v rámci kvalitativní analýzy data získaná odlišným způsobem a současně využívat různých přístupů v samotné analýze.¹⁵⁹

2.4.6.1 KÓDOVÁNÍ

Kódování v kontextu zakotvené teorie je proces analýzy, konceptualizace a opětovného seskládání zjištěných údajů. Kódování pomáhá data popsat a je ústředním bodem výzkumu. Kód je symbol přiřazený k úseku dat tak, že ho klasifikuje nebo kategorizuje. Kódy mají mít relevanci k výzkumným otázkám, konceptům a tématům.¹⁶⁰

¹⁵⁹ (Hendl, 2005, str. 125; Miovský, 2006, str. 226; Strauss & Corbinová, 1999)

¹⁶⁰ (Miovský, 2006, str. 228; Hendl, 2005, str. 228; Strauss & Corbinová, 1999, str. 39)

Rozlišují se tři způsoby jak zacházet s analyzovaným textem, otevřené, axiální a selektivní kódování. Tyto druhy nenásledují nutně za sebou, ale výzkumník mezi nimi může libovolně přecházet.¹⁶¹

2.4.6.2 OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ

Představuje prvotní práci se sesbíranými daty. Jedná se o proces rozebírání, prozkoumávání, porovnávání, konceptualizace a kategorizace. Dílčí pojmy se seskupují v jednotlivé kategorie a je jim přiřazen nadřazený pojem. Každá kategorie má několik vlastností a tyto vlastnosti se mění v rozsahu nějaké škály. Výskytu kategorie náleží dimenzionální profil, který znázorňuje konkrétní vlastnosti jevů za daných podmínek. Proces otevřeného kódování podněcuje objevování nejen kategorií, ale i jejich vlastností a dimenzí. Vlastnosti a dimenze jsou základem pro vytváření vztahů mezi kategoriemi, subkategoriemi a hlavními kategoriemi.¹⁶²

2.4.6.3 AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ

Úzce navazuje na otevřené kódování. Údaje jsou znovu uspořádány novým způsobem, prostřednictvím spojení mezi kategoriemi a subkategoriemi. Toto spojení do souboru vztahů určuje příčinné podmínky, jev, intervenující podmínky, strategie jednání, interakce a následky. Zjednodušenou formu lze vidět na následujícím tzv. paradigmatickém modelu, dle něhož se uvádějí kategorie při axiálním kódování do vztahů.¹⁶³

Příčinné podmínky → (B) Jev → (C) Kontext → (D) Intervenující podmínky → (E)
Strategie jednání a interakce → (F) Následky

Axiální kódování stimuluje uvažování o propojení mezi jednotlivými tématy. Zároveň je možné, že při něm vyvstanou nové otázky a výzkumník navrhne opuštění některých témat a naopak zkoumá jiné do větší hloubky.¹⁶⁴

¹⁶¹ (Strauss & Corbinová, 1999, str. 41)

¹⁶² (Strauss & Corbinová, 1999; Hendl, 2005, str. 247)

¹⁶³ (Strauss & Corbinová, 1999)

¹⁶⁴ (Hendl, 2005, str. 250)

2.4.6.4 SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ

V tomto momentu začíná výzkumník s integrací výsledků. Vyhledává hlavní témata a kategorie, které se stanou ústředním bodem pro vznikající teorie. Je určena centrální kategorie a také její vlastnosti. Centrální kategorií se stává jev, na který se výzkumník zaměřuje. Ostatní kategorie se uvádějí do vztahu k centrální kategorii opět pomocí paradigmatu. Tato fáze se příliš neliší od axiálního kódování. Provádí se pouze na abstraktnější úrovni analýzy. K systematizaci a upevnění spojení používáme kombinaci indukce a dedukce, kdy neustále klademe otázky, vytváříme hypotézy a porovnáváme.¹⁶⁵

2.4.6.5 ZPRACOVÁNÍ DAT

Pomocí transkripce neboli přepisu mluveného slova do psané podoby byl získán materiál pro další zpracování. Text byl rozdělen na dvě části, data pacientky a data terapeuta. Následně podroben analýze za pomoci otevřeného, axiálního a selektivního kódování.

2.4.6.5.1 KVALITATIVNÍ ANALÝZA DAT PACIENTKY

Na přehledu v příloze č.10 je patrné, jak se jednotlivé kategorie proměňují v průběhu psychoterapeutické události. Nejdříve se pacientka ve svém projevu zaměřuje na formální popis faktů týkajících se otce, odpovídá stručně. V průběhu terapie se postupně otevírají citlivější oblasti a pacientka popisuje prožívání vztahu s otcem a následně ventiluje daný vztek, naštvání, nenávisť. K závěru se projev pacientky opět proměňuje a více mluví o otci, o jeho situaci, o tom jak se cítil on. V jejím projevu se zrcadlí větší porozumění a mluví o něm úplně jinak než na začátku terapeutické události. Jsou zde zřetelné tři hlavní fáze, nejdříve popis situace, poté uvědomění si a vyventilování vlastních emocí a změna pohledu.

¹⁶⁵ (Strauss & Corbinová, 1999)

2.4.6.5.1.1 OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ:

Při otevřeném kódování bylo vytvořeno 6 kategorií a 9 subkategorií.

1. kategorie - popis faktů týkajících se otce

| Vlastnost | Dimenzionální rozsah |
|---------------|----------------------|
| Formálnost | Přirozená |
| Nelítostivost | Patrná |

Terapie začíná informacemi o otci. Dozvídáme se, že otec nedávno zemřel. Ke klíčovému okamžiku se pacientka dostává, když popisuje nehodu otce a následné onemocnění, v tento moment jí začíná vynechávat hlas. Klidný tón hlasu postupně vymizí a pacientka přejde až k pláči.

„A byl v nemocnici a ztratil zrak a přišel o jedno oko. A musel mít sdrátované všechny kosti v obličejí a potom už nikdy nefungoval.“

2. kategorie - selhání otce v důležitých životních fázích nebo na důležitých místech.

| Vlastnost | Dimenzionální rozsah |
|------------|----------------------|
| Zdůraznění | Opakované |
| Rozhořčení | Značné |

Zajímavým poznatkem bylo vytvoření této kategorie. Při bližším pohledu se ukázalo, že pacientka se opakovaně dotýkala stěžejních okamžiků svého života a v těchto bodech, jakoby nepřítomnost otce pociťovala o to intenzivněji.

„Když jsem byla dítě.“ „Když jsem chodila spát.“

„V den, kdy jsem se vdala.“ „Když se mi narodilo dítě.“

3. kategorie - pocit odmítnutí a nepotřebnosti

Pacientky pocity ve vztahu s otcem byly rozděleny do dvou hlavních kategorií a několika subkategorií. V této části jsou zahrnuté výroky pacientky týkající se naštvání a smutku kvůli nenávanému vztahu s otcem a jeho pasivitě v důležitých životních fázích.

„Nebyla jsem pro tebe důležitá!“ „Nepřišel jsi za mnou.“ „Jenom tam tak stojíš a nestaráš se!“

| Vlastnost | Dimenzionální rozsah |
|------------|----------------------|
| Intenzita | Velká |
| Zdůraznění | Opakované |

Pocit odmítnutí a nepotřebnosti se objevuje ve třech rovinách.

3a. osamocení, není navázán vztah

„Moc často tam nebyl, moc tam nebyl. Nemůžu si vzpomenout, že bych ho objímala. Jsem si jistá, že jsem musela, ale nemohu si vzpomenout.“

„Jsi nás opustil.“ „Proč nic neříkáš?“

3b. smutek z chování otce (pláč)

„Pacientka pláče.“ „Tati, cítím se tak smutná. O, o způsobu života, který vedl.“

3c. nenávisť vůči odmítavému chování otce

„Jsem na tebe našťvaná, že jsi nás nemiloval.“

„Jsem našťvaná za to, že jsi nás opustil. Nenávidím tě!“

4. kategorie - násilnické sklony otce

V druhé části pocitů vůči otci jsou shrnuty poznatky týkající se strachu z násilnického chování otce a našťvání až nenávisť za jeho ubližování. Násilnické chování je zřejmé z opakovaných výroků o jeho alkoholismu, zneužívání matky, bití pacientky.

| Vlastnost | Dimenzionální rozsah |
|----------------|----------------------|
| Nenávisť | Intenzivní |
| Pocity strachu | Značné |

4a. nenávist vůči násilnickému chování otce

„Jsem na tebe naštvaná, že jsi mě bil. Nenávidím tě!“ „Jsem naštvaná, že jsi zneužíval moji matku.“ „Jsem naštvaná za tvé opilství.“

„Skutečně tě nenávidím! Nenávidím tě! (Hází obušek) Nenávidím tě!“

4b. strach z násilnických sklonů otce

„Hodně jsi mě vystrašil. Jsem naštvaná, kvůli všemu tomu strachu.“

„Byl skutečně opilý.“ „Zneužíval moji matku.“ „Bil jsi mě.“

5. kategorie - ideální vztah s otcem

Tato kategorie začíná interakcí s ideálním otcem, jež probíhá převážně neverbálně, ale má značný vliv na pozdější změnu pohledu pacientky na danou situaci. Pacientka je s ideálním otcem v objetí a její popis vztahu s ním je kontrastem k výrokům v předešlých kategoriích. „Ty mi pomáháš. Miluji tě a mohu cítit tvou lásku.“ Následující kategorie byly vytvořeny z výroků k ideálnímu i reálnému otci zároveň. Významným momentem v průběhu terapeutické události je změna přístupu a pohledu na situaci s otcem, což je patrné v ukázkách pod jednotlivými subkategoriemi. Jsou to výroky, které pacientka vyjádřila směrem k reálnému otci.

| Vlastnost | Dimenzionální rozsah |
|-----------|----------------------|
| Podoba | Ideální |
| Vnímání | Intenzivní |

5a. vzájemná potřebnost otce a dcery

„A mám s tebou nějaké speciální vzpomínky. Jak ses staral.“

„Tys jsi nás potřeboval.“

5b. vzájemná láska otce a dcery

„Nikdy jsi od nás psychicky neodešel. Pokaždé si na nás dohlížel.“ „Objímá otce.“

„A vzal jsi dítě jako jedno z tvých vlastních, a tak moc ho miloval. Tolik si ho miloval.“

6. kategorie - smíření se s vlastní situací

Jak již bylo uvedeno v předchozím popisu, na straně pacientky dochází ke změně úhlu pohledu. Výpovědi v poslední části terapeutické události se týkají nejdříve zaměření pozornosti na otce, na jeho prožívání a popis. Dochází k náhledu a pochopení jeho situace. Dále pacientka vyjadřuje lítost nad tím, že to dříve neviděla a že zapomněla na pozitivní momenty v jejich vztahu.

| Vlastnost | Dimenzionální rozsah |
|-----------|----------------------|
| Uvědomění | Náhlé |
| Pochopení | Postupné |

6a. pochopení těžkého postavení otce

„Byl jsi nešťastným mužem.“ „Cítím, že jsi měl skutečně posranej život.“

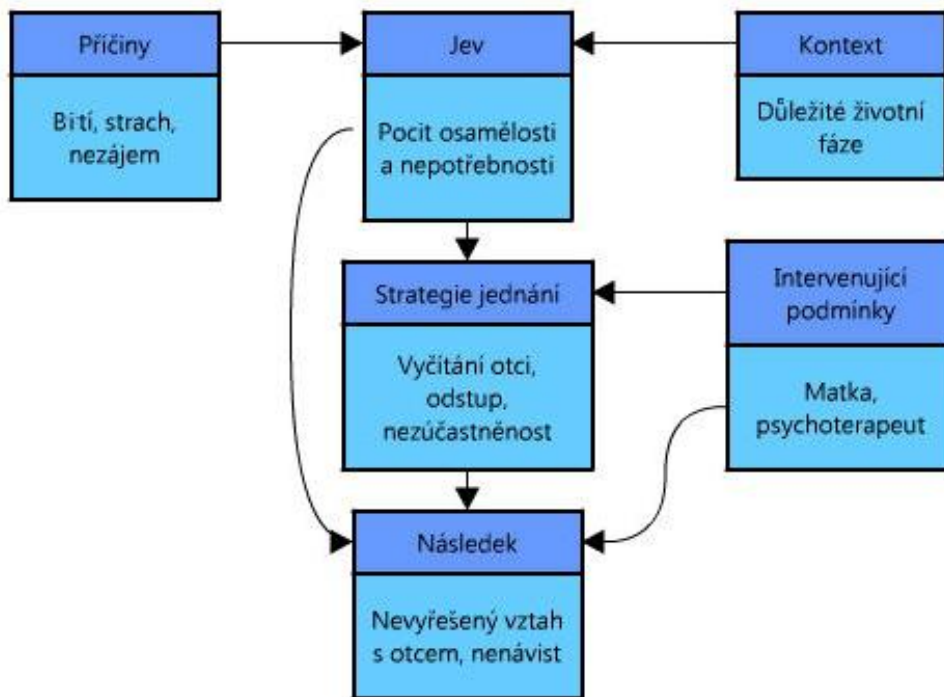
„Muselo to být tak těžké.“ „ Měl jsi spoustu síly, měl jsi spoustu síly.“

6b. sebereflexe a vyjádření lítosti

„Omlouvám se.“ „Bylo to tak snadné zapomenout.“

2.4.6.5.1.2 AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ

Výsledné kategorie byly propojeny v následujícím paradigmatickém modelu:



Obrázek 4 Paradigmatický model pacientky

Jako ústřední problém pacientky byl vybrán pocit nepotřebnosti a osamělosti. Tento jev byl zvýrazněn v důležitých životních fázích, v období dětství, svatby a narození jejího dítěte. Příčinnými podmínkami se staly bití a nezájem ze strany otce, které vyvolávaly na straně pacientky strach z otce. Jako intervenující podmínky byly zvoleni matka a terapeut. Matka svým nezúčastněným chováním a terapeut, který vstupuje na scénu a pomáhá pacientce danou situaci řešit. Pocity, které pacientka zažívala, způsobovaly odstup od otce, nezúčastněnost a následně i výčitky. Toto jednání mělo za následek pocity zloby až nenávisi vůči otci a celkový pocit nevyřešeného vztahu s otcem, který se promítal i do jednání s dalšími autoritami v životě pacientky.

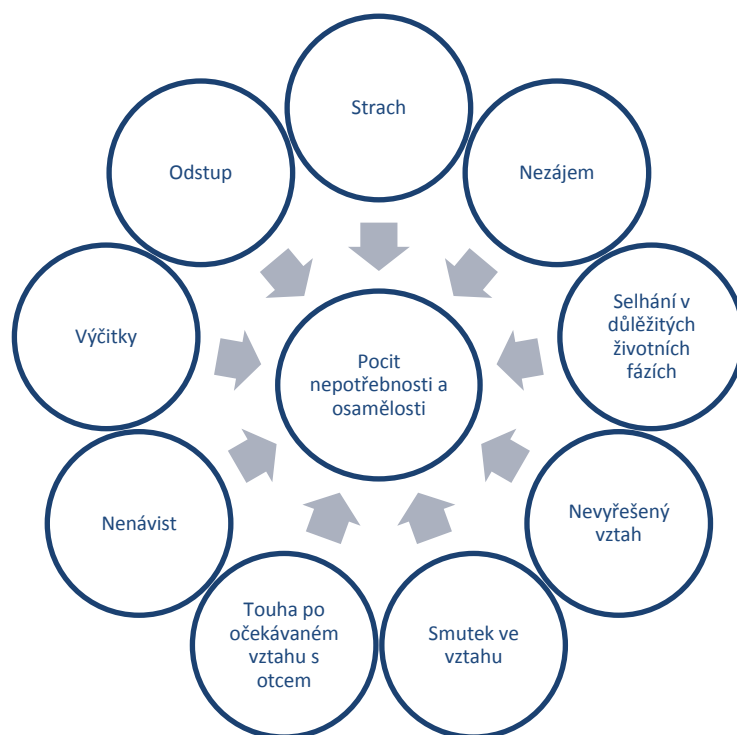
2.4.6.5.1.3 SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ:

Jako výsledná hlavní kategorie popisu pacientky problému, byl vybrán pocit nepotřebnosti a osamělosti.

„Moc často tam nebyl, moc tam nebyl. Nemůžu si vzpomenout, že bych ho objímala. Jsem si jistá, že jsem musela, ale nemohu si vzpomenout.“

„Cítím se tak smutná, že jsme nemluvili. Nebyla jsem pro tebe důležitá. Nebyla jsem pro tebe důležitá! Nebyl jsi schopný ukázat své pocity.“

Pocit osamělosti a nepotřebnosti byl způsobený selháním otce v důležitých životních fázích pacientky. Otcovo chování, bití pacientky, opilost a nezájem způsobovaly strach, který měla pacientka z otce. Ten dále vedl k postupnému odstupu, smutku z této situace a pocitům nenávisti. Zároveň se napříč celým pacientky vyprávěním táhne silná touha po očekávaném vztahu s otcem a celková situace by se dala popsat jako nevyřešený vztah s otcem.



Obrázek 5 Centrální kategorie pacientky

2.4.6.5.2 KVALITATIVNÍ ANALÝZA DAT TERAPEUTA

2.4.6.5.2.1 OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ

Při analyzování role terapeuta bylo vytvořeno 5 kategorií a 8 subkategorií. Výskyt jednotlivých kategorií je uveden v příloze č. 11 Za účelem hlubšího porozumění chování terapeuta v průběhu terapeutické události bylo do analýzy zahrnuto i neverbální chování. Terapeut používá otevřené i uzavřené otázky, iniciuje pacientky emocionální prožívání a ve svém neverbálním chování jí supluje otce.

1. kategorie - otevřenými otázkami snaha o navázání komunikace

Terapeut v průběhu terapeutické události klade pacientce množství otázek. Při podrobnější analýze byly otázky rozděleny na otevřené a uzavřené. Terapeut využívá otevřených otázek v případě snahy o navázání komunikace s pacientkou nebo v případě, kdy dává pacientce větší prostor pro její vyjádření. V celkovém rozvržení jsou otevřené otázky zastoupeny méně než uzavřené.

| Vlastnost | Dimenzionální rozsah |
|-----------|----------------------|
| Úspěšnost | Pozvolná |
| Výsledek | Uspokojivý |

„Takže, kde je otec?“ „Co ti říkal?“ „Kdy?“ „Co toho bylo příčinou?“ „Kdo by tady byl dobrým otcem?“ „Co bys řekla takovému otci?“

2. **kategorie** - iniciace emocionálního prožívání

Terapeut iniciuje emocionální prožívání pacientky různými prostředky. Používá uzavřené otázky, zmiňuje citlivá témata, vede pacientku k verbalizování a přímému vyjádření emocí. V průběhu terapeutické události vystavuje pacientku také situacím bohatým na emocionální prožívání, například při interakci s reálným a ideálním otcem. Z komunikačních prostředků nejvíce využívá uzavřené otázky. V mnoha případech uzavřené otázky obsahovaly citlivé body z vyprávění pacientky. Terapeut na tyto události klade důraz i neverbálním chováním, naklání se více k pacientce a přichází do její těsné blízkosti. Tato kategorie byla rozdělena dle jednotlivých nuancí na následující subkategorie.

| Vlastnost | Dimenzionální rozsah |
|-----------|----------------------|
| Intenzita | Vysoká |
| Formy | Různé |
| Úspěšnost | Patrná |

2a. uzavřené otázky obsahují citlivá témata – snaha o navození určitého emočního stavu

*„Ale před nehodou byl v pořádku?“ „Nazvala bys ho otcem?“ „Jsi na něj našťvaná?“
„Objala jsi ho někdy?“ „Ale jako dospělá?“ „Ale jako dítě?“ „Zajiskřilo to ve tvém otcí, co myslíš?“ „Myslíš si, že jsi nešťastný člověk?“*

2b. záměrné zmiňování citlivých témat za účelem navození určitého emočního stavu.

„Zemřel před krátkým časem?“ „Měla by dítě se strýcem.“ „Když jsi byla dítě?“ „Se strýcem?“ „Jsi na něj našťvaná?“ „Objala bys takového otce?“ „To byla ta nehoda?“

2c. Podpora ventilace emocí.

„Tak mu to řekni.“ „Řekni mu to.“ „Zopakuj to.“ „Řekni to znovu.“

„Nech mi říct, co si o tom myslím.“

3. kategorie – ujištění

Terapeut v určitých momentech opakuje po pacientce její výroky. Čeká na její odezvu a následně jí dává prostor pro další vyjádření k danému tématu. Na závěr terapie shrnuje změnu, ke které došlo na straně pacientky a potvrzuje si, že to vidí stejně jako on.

| Vlastnost | Dimenzionální rozsah |
|---------------|----------------------|
| Úspěšnost | Patrná |
| Přesvědčivost | Vysoká |

3a. opakování již řečených faktů-povzbuzení k dalším sdělením.

„Tys ho potkala ve snu.“ „Takže už jste byli oddáni, když se to stalo.“

3b. potvrzení o navození určitého stavu, pocitu.

„V pořádku.“ „Jsi na něj našťvaná.“ „Otec.“ „Když jsi byla dítě.“

3c. vyhodnocení pozitivního posunu.

„Tak to máme nový objev. Protože jsme začali s tím, že se vůbec nestará.“

4. kategorie – použití ostatních pacientů

Terapeut do průběhu terapie zapojuje ostatní pacienty. První pacient představuje reálného otce, jiný ideálního. Pacient, který představuje reálného otce, přečte na začátku popis reálného otce. Dále již v žádném bodě interakce s pacientkou nemluví. Pacientka se v jeden moment zastaví a zaraženě si uvědomí, že spolupacient znázorňuje jejího otce opravdu věrohodně. *„Ještě abys odešel pryč! Nestaráš se! Proč nic neříkáš? Nestaráš se!“* Role ideálního otce v této terapeutické události je klíčová. Pacient v roli ideálního otce během interakce s pacientkou vůbec nemluví, většinu času setrvávají ve vzájemném objetí. Ale i výraz jeho tváře a neverbální přístup je úplně odlišný od reálného otce a svých chování vystihuje ideální přístup k pacientce.

| Vlastnost | Dimenzionální rozsah |
|-------------------|----------------------|
| Vliv pacientů | Značný |
| Skupinový kontext | Zřetelný |

„Takže, kde je otec?“ „Kdo by tady byl dobrým otcem?“

5. kategorie - Suplování otce

Terapeut v průběhu terapeutické události nahrazuje postrádané chování otce. Při analyzování role terapeuta bylo zřetelné, že svým jednáním dělá přesně opak toho, co pacientce tak vadilo a chybělo u svého otce. Mluví s ní a podobně jako otec dceři jí vysvětluje jednotlivé věci. Neverbálním chováním jí dává najevo zájem, podporu a to, že je s ní i v těžkých situacích.

| Vlastnost | Dimenzionální rozsah |
|-----------|----------------------|
| Projev | Skrytý |
| Výskyt | Postupně narůstající |

5a. Nahrazování výpovědí pacientky za účelem vyjasnění situace

„Jsem si teď skoro jistá. Nebyl jsi schopen ukázat své pocity.“

„Tak jsem si myslela, že pro tebe nejsem důležitá. Ale neznám tě.“

„Je mi tě líto.“ „Opravdu ses staral.“

„Je v tobě tolik zloby. Ale nechávám to jít. Cítím s tebou víc, je mi tě líto.“

5b. Podpora pacientky

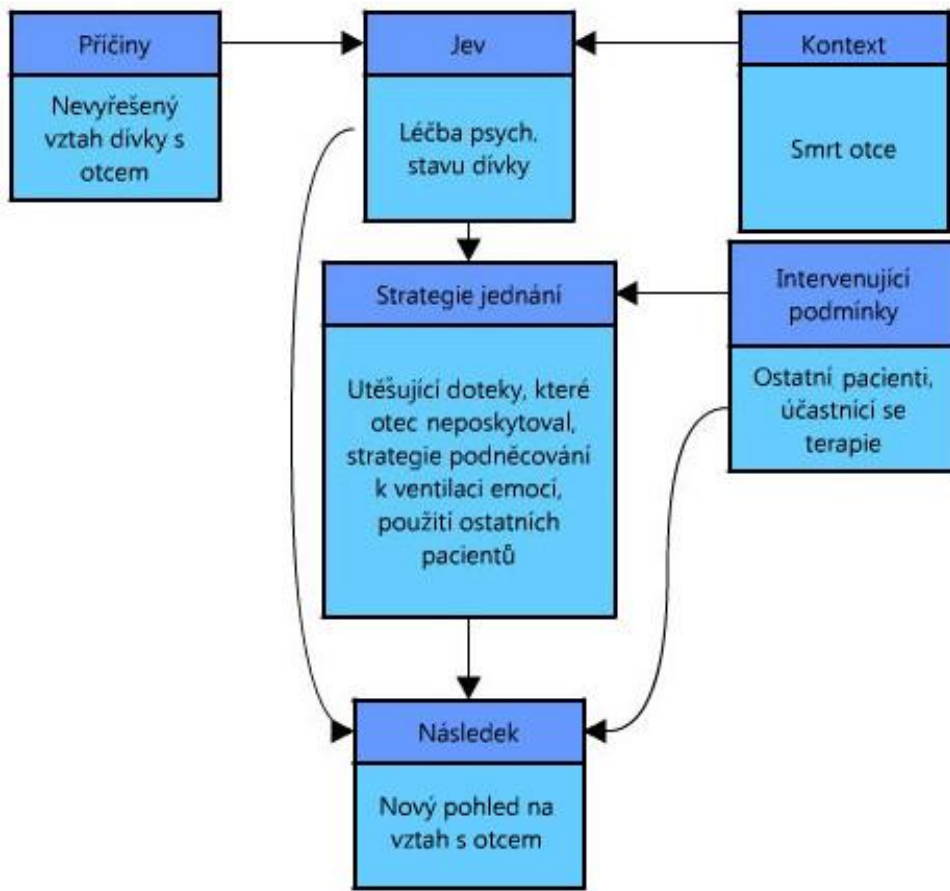
„Drží za jednu ruku reálného otce, za druhou pacientku.“ „Stojí poblíž pacientky.“

„Přichází blíž k pacientce, naklání se k ní, klade jí ruku na záda.“

„Přichází ještě blíže k pacientce, klade jí ruku na rameno.“

„Vede pacientku k ideálnímu otci a sám odstupuje do pozadí.“

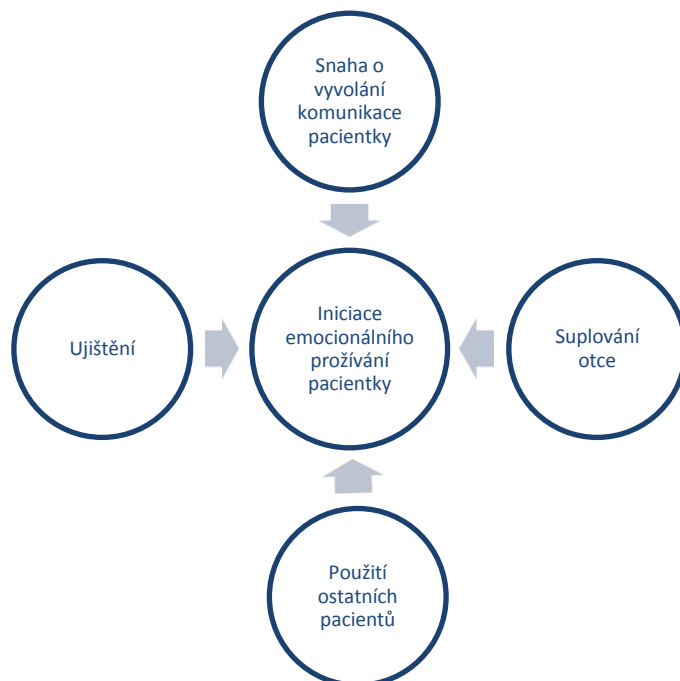
2.4.6.5.2.2 AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ



Obrázek 6 Paradigmatický model terapeuta

Při analýze jednání terapeuta bylo, jako ústřední jev zvoleno, léčení psychického stavu pacientky. Terapeutická událost se týká nevyřešeného vztahu pacientky s otcem, jež byl ještě umocněn nedávnou smrtí otce. Jako intervenující podmínky byli zvoleni pacienti účastníci se terapie. Terapeut se snaží podněcovat pacientku k ventilaci emocí a zároveň ji svým přístupem znázorňuje chování otce, jež jí chybělo. Výsledkem této strategie je zlepšení stavu pacientky v kontextu vztahu s otcem, jež by se dalo charakterizovat jako prožívání vztahu jiné kvality. Pacientka přijela nový pohled a je smířená s danou situací.

2.4.6.5.2.3 SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ:



Obrázek 7 Centrální kategorie jednání terapeuta

Jako centrální kategorie v jednání terapeuta byla vybrána iniciace emocionálního prožívání pacientky. Terapeut o ni usiluje mnoha různými způsoby, kladením otázek, zaměřením na citlivá místa ve vyprávění pacientky a opakováním klíčových slov. Do procesu terapie zapojuje také další pacienty a i svým jednáním nahrazuje pacientce toužené chování otce. V průběhu terapie se emocionalita pacientky dostává do pohybu, mění se v jednotlivých fázích a je prostředkem pro celkové zlepšení situace pacientky.

2.5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Na začátku výzkumu bylo vytvořeno schéma struktury videozáznamu a určeny jednotlivé fáze terapeutické události: popis otce, interakce pacienta v roli otce a pacientky, abreakce pacientky, interakce s ideálním otcem, nová korektivní zkušenost a náhled na daný vztah. Rovněž byl analyzován verbální projev. Největší procentuální zastoupení má v průběhu terapie ticho a v těsném závěsu pacientka. Na grafu č. 6 je znázorněno rozvržení verbálních vstupů terapeuta a pacientky v průběhu terapie. Terapeutická událost začíná terapeut, pacientka odpovídá krátce a příliš nekomunikuje. Postupně stále více hovoří pacientka sama, již bez pomoci terapeuta. Z grafu č. 7 je patrné, že emocionální prožívání pacientky se v průběhu terapie pohybuje od neutrální

polohy přes negativní a vrací se zpátky do neutrální, avšak jiné kvality. K procesu změny na straně pacientky dochází postupně na základě strategie jednání terapeuta. Pacientka přibližně v polovině časového úseku ventiluje své negativní emoce vůči otci a následně zažívá novou korektivní zkušenost ve vztahu s ideálním otcem. Při rozboru jednání terapeuta se ukázalo, že polovinu času mlčí a ve zbylém čase převážně klade pacientce otázky. Neverbální chování terapeuta je velmi rozmanité, bylo vytvořeno 17 kategorií a zjištěno, že nejvíce času terapeut stojí poblíž pacientky a dává jí najevo podporu, např. pomocí kladení ruky na záda. Při zkoumání videozáznamu v různých stupních zrychlení vyvstalo, že roli ideálního otce nepředstavoval jen spolupacient, ale zároveň terapeut, což nebylo na první pohled patrné. Korektivní zkušenost je zde zastoupena ve dvou rovinách, nejdříve při interakci a hlavně při objetí s ideálním otcem a na druhé straně v jednání a chování terapeuta.

Pomocí zakotvené teorie byla kódována data pacientky a terapeuta. Jako ústřední problém pacientky byl vybrán pocit nepotřebnosti a osamělosti. Na přehledu v příloze č. 7 je patrné, jak se jednotlivé kategorie pacientky proměňují v průběhu psychoterapeutické události. Nejdříve se pacientka ve svém projevu zaměřuje na formální popis faktů týkajících se otce. V průběhu terapie se postupně otevírají citlivější oblasti a pacientka popisuje prožívání vztahu s otcem a následně ventiluje daný vztek, naštvaní, nenávisť. K závěru se projev pacientky opět proměňuje a více mluví o otci, o jeho situaci, o tom jak se cítil on. V jejím projevu se zrcadlí větší porozumění a mluví o něm úplně jinak než na začátku terapeutické události. Jako centrální kategorie v jednání terapeuta byla vybrána iniciace emocionálního prožívání pacientky. Terapeut k tomu používá mnoho různých způsobů: klade zavřené a otevřené otázky, soustřeďuje se na citlivá místa vyprávění pacientky opakuje po pacientce, vede jednotlivé fáze a uspořádává rozestavení aktérů psychoterapeutické události

Jednotlivé výzkumné strategie se prolínají a shodují ve zjištěných údajích. Jako výzkumné otázky byly stanoveny: Kdy a jakým způsobem dochází k procesu změny u pacientky? Jakým způsobem postupuje terapeut při této metodě? Jakých komunikačních prostředků používá? V generalizované formě lze říci, že IP se orientuje na problém. Zároveň zohledňuje osobnostní i situační kontexty. Působení terapeuta uvádí do pohybu emocionalitu pacientky. Vývoj emocionalitu pacientky se pohybuje od neutrální polohy

k negativní a opět se vrací do neutrální polohy jiné kvality. Terapeut při integrované psychoterapii používá otevřené, uzavřené i reflektivní otázky, které doplňuje příkazy. Uzavřenými otázky se dotýká citlivých míst. V případě, že mluví za pacientku, iniciuje tím ventilaci pocitů, prožitků a zkušeností, které si pacientka zatím ponechává role pro sebe. Způsobem, kterým terapeut rozestavuje jednotlivé aktéry a dále s nimi hýbe, navozuje s určitým postupem citlivé okamžiky bohaté na emoce. Terapeut přivádí pacientku do blízkosti otce nebo například stojí v těsné blízkosti u pacientky. Určuje také vývoj terapeutického setkání, nejprve je pacientka vedena k ventilaci negativ vůči reálnému otci, poté k představě ideálního otce a nakonec k vzájemnému propojení. Terapeut svým chováním a dotyky pacientku nejen uklidňuje, ale zároveň nahrazuje jednání, které jí chybí od otce.

Na základě těchto závěrů byla formulována teorie metody ideálního otce a matky, která je obsažena v diskusi.

3 DISKUSE - METODA IDEÁLNÍHO OTCE A IDEÁLNÍ MATKY

Člověk přichází na svět jako součást primární (originální) triády: matka, otec, dítě. Primární triáda je první ze sledu systémů, jejichž součástí se jedinec stane. Tento prvotní rodinný systém má na vývoj jedince patrně největší vliv.¹⁶⁶ V minulosti i dnešní době bylo provedeno mnoho pokusů o přesunutí rodičovské péče na jiné osoby, skupiny i stát. Ale dítě ke svému vývoji potřebuje kromě zajištění primárních potřeb i stabilní prostředí (domov) a přítomnost stabilních osob (rodičů), na jeho vývoji vysoce citově angažovaných.¹⁶⁷ Aby jedinec byl schopný vyrůst v plně fungující a vědomou lidskou bytost, potřebuje v kontextu primární triády podporu, která jde za hranici fyzických potřeb pro přežití.¹⁶⁸ Jak uvádí J. Prekopová ve své knize: „*Bez tepla hnízda není možný let*“.¹⁶⁹

¹⁶⁶ (Banmen, Gomoriová, & Greberová, 2005, str. 25)

¹⁶⁷ (Matoušek, Rodina jako instituce a vztahová síť, 1993)

¹⁶⁸ (Banmen, Gomoriová, & Greberová, 2005, str. 25)

¹⁶⁹ (Prekopová, 2007, str. 8)

S jedinci, kteří měli problém ve vztahu s rodiči, se autorka práce setkávala už od začátku psychotherapeutického výcviku. Jako červená nit se toto téma táhlo napříč jednotlivými setkáními. Ačkoli lidé přicházeli s rozdílnými obtížemi, často se hlavní zdroj problému nacházel v tomto primárním vztahu.

Mezi teorie zabývajícími se vztahem dítěte a rodičů, patří koncept vztahové vazby neboli attachmentu. Terapeuti různých zaměření dnes respektují význam rané vztahové vazby a její roli při vysvětlování interpersonálních problémů.¹⁷⁰ Autor teorie attachmentu, John Bowlby uvádí, že psychické zdraví člověka je - od kolébky až po hrob - úzce spjaté se vztahem k primárním osobám, které jedinci poskytují emocionální podporu a fyzickou ochranu. Jedinec si zážitky ze vztahu s rodiči zvnitřňuje a uchovává v rámci kognitivních struktur - tzv. modelů vztahové vazby. Na základě interakcí dítěte s primární pečující osobou si vytváří vnitřní modely sebe a druhých, zahrnující mimo jiné způsoby interpretace, zpracování informací a očekávání spojená s chováním druhých lidí. V návaznosti na ně také reguluje vlastní chování a emoce.¹⁷¹

Ferdinand Knobloch souhlasil s myšlenkami Johna Bowlbyho, ale oproti němu se nezaměřoval primárně na vztah matka - dítě, kladl důležitost i dalším signifikantním osobám. Zvnitřněné vzorce v teorii attachmentu jsou v IP analogií ke schématům daného jedince. Oblast vztahu s rodiči má dle IP vliv rovněž na jiné kategorie skupinového schématu, například na jednání s ostatními autoritami nebo na výběr intimních partnerů. Může docházet k nepatřičné generalizaci očekávání a hodnocení osob v podobné roli. Přijetí mylné hypotézy, extrapolaci z malého vzorku (jednoho případu - otce) na celou populaci mužských autorit představuje přenos. Setkáváme se třeba s tím, že daný člověk má problémy v práci s nadřízenými, protože na autority reaguje jako na otce, jenž jedince vždy urážel. To může vést k sebepodrávajícímu chování daného člověka.¹⁷² V partnerském životě si ženavybírá rizikové partnery a potom tvrdí, že "všichni muži jsou

¹⁷⁰ (Vybíral & Roubal, Současná psychoterapie, 2010, str. 281)

¹⁷¹ (Bowlby, Attachment (Attachment & Loss), 1983; Holmes, John Bowlby and Attachment Theory, 1993; Cassidy & Shaver, 2008)

¹⁷² (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 148)

lumpové".¹⁷³ Nebo se můžeme setkat s tím, že muž stále hledá ve svých přítelkyních matku. V případě věřících pacientů lze prvky ze vztahu s rodiči spatřovat i ve vztahu k Bohu.

3.1.1 VZNIK METODY

V knize Psychoterapeutické systémy uvádějí Prochaska & Norcross případ ženy, která přichází do psychoterapie kvůli problémům s manželem. Pacientka pochopila, že její zahořklost má kořeny v pubertě, kdy ji otec nutil hrát si s penisem a osahával ji. Terapeut využívá postupů expozice a tzv. terapie zaplavením. Terapeut pacientku požádal, aby si co nejživěji představila zážitek sexuálního zneužívání z dětství. Dále ji vedl k představě, že místo pasivní odevzdanosti sáhne po láhvi. Pacientka v představě vynaložila všechnu sílu a rozbila mu ji o hlavu. Opakovaná expozice různých implozivních scén ji pomohla uvolnit intenzivní strach a nenávist k mužům.¹⁷⁴

Když zmíněný případ četl F. Knobloch, uvědomil si, že se v tomto způsobu léčby vyskytuje jen negace. Přemýšlel, jak do tohoto procesu zařadit něco pozitivního. Poté přišel s myšlenkou techniky ideálního otce a ideální matky, kterou následně uplatnil při skupinové terapii s třicetiletou učitelkou Ursulou.

Tato žena nenáviděla a zavrhl oba rodiče, vyloučila je ze svého života a nechtěla o nich dále mluvit. Když na ni F. Knobloch naléhal, aby si je našla mezi spoluúčastníky, odmítla způsobem, který F. Knobloch v těchto kurzech ještě nikdy nezažil. Namítala, že svůj hněv vůči nim projevila znovu a znovu v mnoha podobných kurzech, že to nikam nevedlo a nevidí důvod, proč to opakovat. Terapeut tedy ustoupil, řekl, aby zapomněla na své rodiče a požádal ji, aby si představila, že je dítětem a může si vybrat své rodiče, tak aby si vybrala mezi spoluúčastníky takové, kteří jsou ve směru ideálních rodičů. Neochotně vyhověla, chodila v kruhu, vybírala a nebylo to snadné, nemohla si vybrat. Během jejího chození byla několikrát požádána o monolog zahrnující její pocity a vzpomínky. Konečně si vybrala a pak se do toho tak vžila, že to přineslo mnoho slz nejen jejích, ale též několika účastníků, kteří měli s ní lítost, a také jim to leccos připomnělo. A když pak, daleko

¹⁷³ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 36)

¹⁷⁴ (Prochaska & Norcross, 1999, str. 191)

*přístupnější, vyhověla a vybrala si skutečné rodiče, k našemu všeobecnému překvapení si vybrala jako skutečného otce téhož staršího muže, který byl jejím ideálním otcem. F. Knobloch střídal scény skutečných a ideálních rodičů, a došlo k silné abreakci. Poprvé v životě objevila nějaké pozitivní vlastnosti svých rodičů. Na konci sezení terapeuta objala - zázračný kontrast k jejímu předchozímu nenávistnému výbuchu. Od té doby byla jednou z nejlépe spolupracujících účastníků kurzu a za půl roku napsala F. Knoblochovi milý dopis do Kanady“.*¹⁷⁵

Vyventilování vzteku bylo doplněno o korektivní zkušenost. Vybití vzteku je mnohdy důležitou a nezbytnou součástí, ale jen jako článek v procesu korektivní zkušenosti.¹⁷⁶ U pacientky v uvedeném případě došlo během velmi krátké doby k dramatické změně. Uvedený případ rozhodně nepatří k ojedinělým, podstatné změny lze pozorovat také v analyzovaném materiálu v empirické části. Při konzultaci s autorkou práce F. Knobloch uvedl hypotézu, že tyto rychlé a až „zázračně“ působící převraty jsou umožněné díky etologickému podkladu. Domnívá se, že v základu jedincova života je vztah k otci a matce dobrý a v případě použití této metody se pouze reaktivuje neboli „vzkřísí“. Dodává, že tomu vždy při léčbě pacient věřil a z tohoto tvrzení vycházel. O podobných úvahách píše Brisch ve své knize Poruchy vztahové vazby. Uvádí, že pro terapii má velký význam představa, že by u pacienta mohly být přítomny „zdravější“, ale do pozadí ustupující vzorce vztahové vazby. Mohly by se pak v terapii reaktivovat a nemusely by se od základu budovat v terapeutickém vztahu.¹⁷⁷

3.1.2 POPIS A VYSVĚTLENÍ JEDNOTLIVÝCH FÁZÍ:

Tato metoda je jedinečná svou univerzálností. Stejně jako bylo uvedeno v teoretické části, konkrétně při popisu hraní rolí, rovněž zde je možné vrátit se do minulosti, řešit přítomnost nebo jednat s výhledem do budoucnosti.

¹⁷⁵ Pozn.: Objetí s terapeutem podněcené pacientem je přípustné ve skupině, kde je objímání zvykem, dokonce je někdy navrhne („kdo cítí s plačícím pacientem, ať přijde a obejmě jej“). Oproti tomu v individuální terapii by k němu mělo docházet jen výjimečně a nikoli z podnětu terapeuta. (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 151)

¹⁷⁶ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 212)

¹⁷⁷ (Brisch, 2011, str. 124)

Děj může být reálný, možný i fantazijní. Komunikačních prostředků lze využít verbálních i neverbálních. Výhodou techniky je její aplikovatelnost i tehdy, jsou-li rodiče daných lidí již po smrti.

„Například na skupinu přichází pacient s tím, že se poslední dobou necítí dobře a že by si chtěl vyřešit vztah s rodiči. Oba jsou již tou dobou mrtví. Také že má problém s autoritami, což mu komplikuje situaci v práci.“

Můžeme ji používat v individuální i skupinové terapii, avšak s jistými rozdíly. Při skupinové psychoterapii se do procesu terapie zapojují i členové skupiny. Dle výběru pacienta jeden představuje reálného otce, jiný (nebo stejný) pak ideálního. V individuální terapii je nutné nahradit spolupacienta jiným způsobem. Možné varianty budou popsány v konkrétních situacích později. Pacient si pomocí hraní rolí daného člověka zpřítomní, hovoří k němu, hraje jeho roli a může i projevit zlost, kterou k němu pociťuje. F. Knobloch uvádí, že tato technika přímé interakce je nesrovnatelně rychlejší a účinnější než klasická práce s přenosem v psychoanalýze. Zároveň k tak rychlým a převratným změnám dochází v případě terapeutické skupiny a většinou ne v individuální terapii.¹⁷⁸

Dále budou nastíněny jednotlivé fáze této metody na základě poznatků zjištěných z předešlého výzkumu a teoretické části. Pro rozšíření pohledu je popis doplněn kazuistikami pacientů, kteří měli problémy ve vztahu s rodiči a při jejichž terapii byla tato technika použita. Uvedené segmenty příkladů jsou ze skupinové i individuální terapie, při nichž autorka práce byla přítomná. Pokud tomu tak není, je vždy uveden daný zdroj. Kazuistiky jsou uveřejněny se svolením daných pacientů. Tato práce je orientována hlavně na vztah k otci, ale stejné principy se dají využít i ve vztahu k matce nebo ideální matce.

Jednotlivé fáze se v praxi často prolínají, některé třeba ani nenastanou. Pro pochopení dané problematiky je představen jejich postupný vývoj. Zároveň to neznamená, že předložený koncept je jediným možným řešením. Terapie je velmi často uměním odvíjejícím se dle specifik daného případu, okamžiku a kreativity terapeuta i pacienta.

3.1.2.1 POPIS OTCE

¹⁷⁸ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 152)

V integrované psychoterapii se již na začátku terapie při vyplňování Vancouverského dotazníku boduje a vyplňuje kolonka otec, matka. Následně si pacient vepisuje rodiče na vybrané pole do skupinového schématu. Již v tomto bodě můžeme zaznamenat první signály problematického vztahu k rodičům.

„Například pacientka si problém s otcem uvědomila při vyplňování Vancouverského dotazníku. Jednotlivé položky dokázala v pohodě vyplnit, kromě vztahu s otcem. Vůbec nevěděla, co zde napsat a uvědomila si, že je zde nějaký problém. Chtěla se v terapii zaměřit na tuto oblast.“

„Další příkladem může být pacient, který nemá napsaného otce v autoritách, i když má být součástí skupinového schématu a nedokáže odpovědět na to, proč ho tam nenapsal. Případně má zaznamenanou nulu (bez problémů v této oblasti) a přitom k tomu popis, nestýkáme se.“

Někdy pacient vůbec neví, jaké číslo uvést, anebo to striktně odmítne. *“Maminka je milá, obětavá, moc hodný člověk. Po nějaké době pacient přiznává, že je na něm zároveň závislá a jen by ho pořád kontrolovala.”*

Můžeme se setkat také s tím, že pacient měl velmi dobrý vztah s rodičem, ale otec náhle nečekaně umřel a pacient neví, jak se s tím vyrovnat, i když už je to několik let.

Při popisu otce/matky se člověk zaměřuje nejdříve na formální informace: výšku, typ postavy, barvu vlasů apod. Dále uvádí zaměstnání, zájmy a popíše charakter daného člověka. Pacient může také zmínit, co má a nemá na daném člověku rád. Dále dle individuálních potřeb dané jedince může uvést aktuální vztah, specifikovat problém v jejich vztahu anebo se soustředit na několik klíčových událostí.

Možnou variantou je projít s jedincem také životní křivku se zaměřením na daný vztah s otcem nebo matkou. *“Moje první vzpomínka s tebou je... Když jsem chodila do školky/školy tak ty jsi...”*

Další možností je použití volných asociací. Pacient je vyzván, aby volně ventiloval své myšlenky a fantazie. Na obsahu těchto asociací se podílí minulé i současné pocity a

asociace. Tento způsob umožňuje přivést do pacientova vědomí disociovaný nebo vytěsněný materiál a dále je možné probrat jeho obsah, dynamiku a původ.¹⁷⁹

Jako součást popisu se terapeut může zaměřit i na raný vztah mezi pacientem a rodiči, vycházejí z teorie vazby. Pro inspiraci je možné použít otázky z vyšetření vztahové vazby u dospělých (Adult Attachment Interview).¹⁸⁰ Jako příklad lze uvést několik otázek:

*Když jste se jako dítě necítil dobře, co jste dělal? Mohl byste si vzpomenout, kdy jste jako dítě byl poprvé od svých rodičů odloučený? Jak jste to odloučení prožíval? Cítil jste se jako dítě někdy odmítnutý? Cítil jste se někdy svými rodiči ohrožený? Máte nějaké vysvětlení, proč se k vám rodiče chovali tak, jak se chovali?*¹⁸¹

Individuální terapie

V individuální terapii máme několik možností. Například můžeme použít 2 židle (tato technika se někdy nazývá "prázdná židle") a pacient si přisedává z jedné na druhou, podle toho, koho zrovna znázorňuje, zda sebe, nebo otce. Vede za jednotlivé aktéry dialog.

Také je možné otce nahradit nějakým předmětem, kostkou, kamenem, postavičkou z lega, nakreslit ho na papír, vymodelovat apod. Výběr předmětu či realizace zadání nám v tomto případě poskytuje možnost dalšího porozumění. Například pacient popisuje, proč si vybral jako otce daný kámen. *"Má takovou drsnou strukturu, stejně tak se choval můj otec"*.

Skupinová terapie

Pacient si vybírá spolupacienta do role reálného otce. Staví se proti sobě, mají spojené ruce a pacient popisuje svého otce. Může také deskribci otce napsat předem a spolupacient ji může přečíst.

¹⁷⁹ (Fromm-Reichmannová, 2003)

¹⁸⁰ (Main M. B.)

¹⁸¹ (Brisch, 2011)

Terapeut

Empatická a povzbudivá komunikace je důležitá zejména v této počáteční fázi. Terapeut se v tomto bodě snaží navázat vztah s pacientem, dát mu najevo oporu, povzbudit ho a zároveň se zorientovat v daném problému. Používá otevřené otázky a neverbálně projevuje pacientovi podporu a důvěru.

Pacient

Pacient si formuluje myšlenky, začíná si ujasňovat, co je důležité. Ve svém vyprávění by se měl vracet ke konkrétním zkušenostem, událostem.

3.1.2.2 VYVOLÁNÍ POCITŮ – AKTIVACE NAHROMADĚNÉHO HNĚVU

*„Emoce jsou součástí každého problému i každého řešení.“*¹⁸² (Lip 20)

Tuto fázi bychom mohli také nazvat zvyšování vědomí. Již Freudův základní cíl zněl “učinit nevědomé vědomým”.¹⁸³ I když je pro pacienta tato fáze často obtížná, je nutná k otevření celého tématu, uvědomění si pacientova prožívání a pocitů vůči rodičům. Zároveň vyvolané emocionální prožívání aktivuje terapeutický proces.

Individuální i skupinová terapie nemá větších rozdílů v jednání terapeuta i pacienta, uspořádání pokračuje podle předešlého nástinu.

Terapeut

Jak je patrné z předešlého výzkumu, terapeut se svým působením zaměřuje právě na klíčové body pacientova vyprávění. K vyvolání pocitů na straně pacienta používá zejména uzavřené otázky a verbalizuje pacientovo prožívání daného vztahu i jednotlivých událostí, o kterých dotyčný vypráví.

Poté, co je pacient schopný již sám verbalizovat co prožíval a jak pociťuje vztah k svému otci, terapeut ustupuje do pozadí a nechává větší prostor pacientovi. Zároveň stojí poblíž na jeho straně a dává mu tím najevo podporu.

¹⁸² (Lipchik, 2002, str. 20)

¹⁸³ (Prochaska & Norcross, 1999, str. 22)

V případě analyzovaného materiálu je otec pacientky již po smrti. Terapeut tuto část uvádí větou, *“kdybys ho potkala ve snu.”*

Pacient

Od prostého a formálního popisu událostí se pacient přesouvá k uvědomění a formulaci pocitů ve vztahu k otci/matce. Jeho emocionalita se začíná pohybovat od neutrální polohy směrem k znovuprožívání negativních emocí vůči otci.

Příklad: *„Tati, cítím se tak smutná. Cítím se tak smutná. Kvůli způsobu života, který jsi vedl. Jsem naštvaná, že jsi zneužíval moji matku. Jsem naštvaná, kvůli všemu tomu strachu, který byl doma. Jsem na tebe naštvaná, že jsi nás nemiloval. Jsem na tebe naštvaná, že jsi mě bil. Jsem naštvaná za tvé opilství. Jsem naštvaná za to, že jsi nás opustil. Nenávídím tě!”¹⁸⁴*

3.1.2.3 ABREAKCE – VYČERPÁNÍ NAHROMADĚNÉHO HNĚVU

Abreakce dává možnost k otevřenému a bouřlivému projevu žalu, hněvu, zloby apod., po kterém následuje uklidnění.¹⁸⁵ Někdy se vyvine spontánně a tvoří důležitý stupeň k získání korektivní zkušenosti. Avšak F. Knobloch upozorňuje, že sama abreakce nepomáhá, nevede-li ke kognitivní restrukturaci.¹⁸⁶

Individuální terapie

V individuální terapii pacient tluče obuškem do židle, pohovky nebo boxovacího pytle. Během toho může verbalizovat jednotlivé pocity: „Nenávídím tě, nestaral ses o mě, neměl jsi mě rád apod.“

Skupinová psychoterapie

Předstupně samotné abreakce je interakce se signifikantní osobou v roli spolupacienta. Drží se za ruce a přetlačí se. Dále může pacient projevit zlost užitím

¹⁸⁴ Ukázka z analyzovaného videozáznamu.

¹⁸⁵ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 155)

¹⁸⁶ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 160)

speciálně upraveného molitanového obušku. Bouchá jím do spolupacienta, který zobrazuje reálného otce, strefuje se pouze do dolní zadní části těla. Spolupacient podporuje ventilaci vzteku a také tluče obuškem do pacienta.

Terapeut

V této etapě se terapeut stahuje spíše do pozadí a nechává prostor pacientovi. V případě potřeby je možné užít techniku opakování vět. Volba vět, které se opakují při abreakci, je důležitá a vyžaduje značnou dávku vžití se do situace pacienta. Terapeut pečlivě volí slova dle předešlého pacientova vyprávění.

Pacient

Pacient má v tomto momentu projevit zlost na otce. Dochází k uvolnění nahromaděné bolesti. V průběhu toho, jak se pacient ve vzpomínkách dostává do minulosti, jeho reakce na oživené a znovu prožívané situace z dětství se mohou rychle měnit.¹⁸⁷

Příklady:

Spolupacient v roli otce ji objal a najednou se Lucka naplno rozbřečela. Tato reakce pro ni byla velkým překvapením, zaskočením. V objetí a pláči setrvali cca 10 minut.

Jak uvádí pacient v individuální terapii: „Uvědomil jsem si, že mohu projevit bolest, vztek, díky setkání s vámi a tím, že jste mi řekla, že mohu vyjádřit vztek. Já jsem to celý život v sobě potlačoval. Také jsem si uvědomil, že mohu projevovat emoce i vůči Bohu.“

3.1.2.4 NOVÁ KOREKTIVNÍ ZKUŠENOST S IDEÁLNÍM OTCEM

Fantazie vztahu k ideálním rodičům - tato fáze je předpokladem zpracování starých maladaptivních vzorců vztahu s rodiči. Umožňuje nový afektivní začátek ve smyslu korektivní emoční zkušenosti. Korektivní zkušenost odhaluje svět v přijatelnějším světle, kterého se není třeba tolik bát a který je přátelštější a zvládnutelnější, než jedinci

¹⁸⁷ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 158)

předpokládali. Je přípravou ke konečné fázi změn, kdy se do procesu zařadí skutečné signifikantní osoby.¹⁸⁸

Individuální terapie

Navazuje na předešlou část. Pacient si vybírá nový předmět, kostku, kámen, postavičku z lega, kreslí na papír apod. tentokrát ideálního otce. A stejně jako u reálného otce popíše, jaký je. Jak vypadá, jaké má vlastnosti, co na něm má rád. Je možné využít varianty s popisem reálného otce, ale mluvit s pacientem o tom, jaké by to bylo, kdyby tam to byl ideální otec. Ideální otec může být znázorněn i nějakou filmovou či pohádkovou postavou nebo pomocí jiného příběhu.

Skupinová terapie

Pacient si vybere jiného pacienta do role ideálního otce. Popíše ho a s pomocí terapeuta namodeluje, jak by vypadal život s ním.

Terapeut

Ze závěrů výzkumu této práce vyplývá, že terapeut pro pacienta také znázorňuje ideálního rodiče. Jak uvádí John Bowlby: „Terapeutova role je analogií k tomu, co matka poskytuje jejímu dítěti s bezpečnou vazbou, z které objevuje svět.“¹⁸⁹ Jedna z klíčových hypotéz v knize od Jeremyho Holmese zní: „*Co dobří terapeuti dělají s jejich pacienty je podobné tomu, co úspěšní rodiče dělají s jejich dětmi.*“¹⁹⁰ Z některých aspektů lze uvést terapeutovu spolehlivou, předvídatelnou, emocionální přítomnost.

Individuální terapie klade v tomto případě na terapeuta velké nároky. Je nutné neustále kalkulovat se sociální směnou, aby terapie nebyla pro pacienta spojena s příliš velkou emocionální blízkostí. Zvláštní zřetel je rovněž dobré směřovat na situace, které se

¹⁸⁸ (Enachescu – Hroncová, 2005, str. 59)

¹⁸⁹ (Bowlby, A secure base: parent, 1988, str. 140)

¹⁹⁰ (Holmes, The Search for the Secure Base: Attachment Theory and Psychotherapy, 2011, str. XI)

týkají vztahové vazby a odloučení. K tomu patří začátek a konec sezení, přerušení léčby onemocněním, dovolenou, posun hodin nebo odřeknutí setkání terapeutem.¹⁹¹

Pacient

V tomto bodě si často pacienti vezmou to, co jim chybělo (zájem, zastání, fyzický kontakt). Je možné se zaměřit na nějaký klíčový zážitek, okamžik anebo projít s ideálním otcem znovu celou životní křivku a namodelovat ji tak, jako kdyby tam daný otec byl přítomný. V tomto procesu je dobré se soustředit na konkrétní okamžiky, např. chodil jsi se mnou na ryby.

Příklady:

„Poté se jí jednotliví účastníci začali ptát na různé věci. Například na vztah s manželem apod. Lucce to bylo nepříjemné, nedokázala na to odpovídat. Jedinec v roli ideálního otce říká: „Já ze své role říkám, nechte moji Lucinku na pokoji!“ Následuje objetí a pacientka brečí. Bylo to pro ni poprvé, kdy se jí někdo takovýmto způsobem, zvláště otec, zastal. Následovalo postupné uklidnění.“

„Byla bys tu pro mě, měla mě ráda, byla bys na mě hrdá, uměla bys mi dát lásku najevo, žena v roli ideální matky odpovídá: „Mám Tě ráda, vždycky jsem měla.“ Honza pokračuje: „když mi bylo pět, hrála sis se mnou, když jsem si rozbil koleno, hned jsi mi ho pofoukala, když jsem šel poprvé do školy, šla jsi se mnou, když jsem se učil hrát na kytaru, poslouchala si moje písně, když jsem dospíval a řešil holky, mohli jsme o všem mluvit. Pak jsi byla ráda, že jsem si vybral tak skvělou manželku, často jsi za námi chodila a hrála si s vnučaty.“

„Pacient v individuální terapii: „Vždycky mě všichni manipulovali, ale vy jediná jste mě nikdy do ničeho netlačila – tak jsem si uvědomil, že když jste taková vy, tak že Bůh je také takový. Tak jsem si to začal uvědomovat a poznal jsem, jaká je Boží láska.“

3.1.2.5 NÁHLED

Náhled znamená pochopení dříve neuvědomovaných souvislostí ve vlastní psychice, chování a vztazích ve spojitosti s malaadaptivním chováním.¹⁹² Po předešlé fázi

¹⁹¹ (Brisch, 2011, str. 122)

se často k překvapení pacienta ukáže, že skuteční rodiče také měli některé pozitivní vlastnosti. Nebo to alespoň s dítětem dobře mysleli, i když to špatně realizovali. Tento krok přehodnocení rodičů musí pacient prožít sám. Terapeut, který by chtěl proces smíření urychlit a sám rodiče hájil, by snadno tento citlivý proces zastavil nebo zmařil.¹⁹³ Pacienti bývají schopni nově uvažovat o daném vztahu s otcem/matkou a jsou schopni vidět další alternativní pohledy na to, co se přihodilo, jak vnímají daný vztah apod.

Individuální terapie

Pacient reflektuje proběhlé fáze. Zároveň je terapeutem veden k pojmenování toho, zda něco z popisu ideálního otce mohlo platit i o jeho reálném otci.

Skupinová terapie

Pacient může být zároveň v interakci s ideálním a reálným otcem. Může každého držet za jednu ruku anebo jen stát u nich. Jak již bylo uvedené v individuální terapii, snaží se najít podobnosti mezi oběma otci.

Pacient

Na straně pacienta dochází k nové úrovni pochopení situace.

Terapeut

Terapeut pomáhá pacientovi pojmenovat, vysvětlit a zařadit s čím sám přichází.

Příklady

„Poprvé v životě se objevila nějaké pozitivní vlastnosti svých rodičů.“¹⁹⁴

“Tatínek mě měl rád, ale neuměl to dát najevo”

„Pacient říká, že matce odpustil, ale stále vnímal, že ho vztah s ní nějak ovlivňuje, i přes to, že je již nějakou dobu mrtvá. Po interakci s ideální matkou uvádí, že má v sobě

¹⁹² (Kratochvíl, Psychoterapie, 1992, str. 88)

¹⁹³ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 152)

¹⁹⁴ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 151)

příjemný pokoj, ví, že ho maminka v rámci svých možností měla ráda a že i teď stojí při něm.“

„Petr měl vždycky pocit, že otcí na něm nezáleželo, ale během povídání si uvědomuje, že se na něj nevykašlal, že se snažil za ním chodit a chtěl se k němu dostat.“

3.1.2.6 USMÍŘENÍ A CO DÁL?

V tomto bodě se emocionální prožívání pacienta vrací opět do neutrální polohy, ale jiné kvality. Můžeme se setkat s tím, že pacienti nachází smíření daného vztahu, najednou dokáží obnovit roky nefunkční vztahy.

Ve skupinové terapii je možné spolupacienty vyzvat, aby kdo cítí s daným pacientem, přišel a objal jej. Následují reflexe spolupacientů k danému terapeutickému procesu.

Jak uvádí F. Knobloch, v této fázi je dobré přivést do terapeutického sezení reálného otce nebo matku. Ale provádět celý proces se skutečnými osobami z dětství se spíše nedoporučuje, kvůli riziku ztroskotání a ohrožení budoucího vztahu s rodiči navždy.¹⁹⁵

Konečnou zkouškou jedincova psychoterapeutického pokroku je, zda po terapii funguje lépe v běžném životě.

Příklady

„Pacientka uvádí, že je to jakoby z ní spadl veliký šutr a mohla jít dále. Po návratu z terapeutické skupiny si domluvila rozhovor s otcem. Když mu vyprávěla, jak jejich vztah roky prožívala, jak moc ji zraňoval, otec to pochopil. Otec to přijal a uznal, že udělal chybu, mrzí ho to. Od té doby se jejich vztah naprosto změnil, jsou schopní komunikovat, budovat a prohlubovat vzájemný vztah. Dokonce nacházejí porozumění a podobnosti v jejich

¹⁹⁵ (Knobloch & Knoblochová, Integrovaná psychoterapie v Akci, 1999, str. 150)

prožívání. „Lucko, já Ti rozumím.“ Vztah, který měla Lucka předtím s otcem, vůbec nedokáže popsat.“

„Výraz v Margotině obličeji se změnil. Vypadala mnohem více odpočatě a otevřeně. Cítila, jak z ní bylo sejmuté dlouholeté břímě, a byla náhle lehčí. Několik členů skupiny jí řeklo, že jim je bližší a že se mohou identifikovat s částí jejích zážitků.“¹⁹⁶

3.2 SMĚR DALŠÍHO VÝZKUMU

Souhrn poznatků získaných v této práci otevírá prostor pro množství dalších otázek a výzkumů. Dá se diskutovat o tom, které z uvedených terapeutických postupů jsou nezbytné pro dosažení změny na straně pacienta a které mohou být až sekundární, jaké chování na straně terapeuta psychoterapeutický proces podporuje a které naopak zpomaluje, pro který typ pacientů je tato metoda aplikovatelná a jaká jsou její omezení a rizika. Zajímavým poznatkem by mohlo být také srovnání této metody v teoriích, metodách a praxích dalších psychoterapeutických zaměření. Samostatné studie by si zasloužily odděleně rovněž individuální a skupinová terapie v kontextu této metody. Zaznamenání rozdílů v použití této metody u dětí, adolescentů, dospělých a samotných rodičů by mohlo rozšířit její aplikovatelnost. Nabízí se otázka jaký vliv má použití této metody v terapii na jedincův vlastní rodičovský přístup.

Nejdůležitější otázka zní, jestli se pacientova reprezentace vztahové vazby může v procesu psychoterapie skutečně trvale měnit směrem k jisté vztahové vazbě. První empirické studie ukazují, že změna reprezentace vztahové vazby je psychoterapií možná.¹⁹⁷

¹⁹⁶ (Schoenholtz - Read, 2011)

¹⁹⁷ (Brisch, 2011, str. 292; Fonagy, 1995)

4 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá tématem integrované psychoterapie a skládá se ze dvou částí, teoretické a empirické. Teoretický oddíl je započat vymezením současných psychoterapeutických přístupů a nastíněním celkové atmosféry dnešní psychoterapeutické scény. Výzkum od Johna C. Norcrossa a Jamese O. Prochasky ukazuje, že největší počet amerických odborníků v oblasti psychoterapie se orientuje eklekticko – integrativně. V následujícím segmentu se proto autorka práce věnuje integrativnímu proudu v psychoterapii.

Průkopníkem integrované psychoterapie v České republice je Prof. Ferdinand Knobloch a svým přístupem předběhl vývoj psychoterapie o několik desítek let. Právě jemu a jeho metodě je věnována druhá kapitola. Začíná životním příběhem autora, který neodmyslitelně souvisí s vývojem tohoto směru. Pokračuje postupným formováním a vývojem myšlenek v integrované psychoterapii. Stavebními kameny IP jsou skupinové schéma a sociální směna. Nejdříve jsou představeny jednotlivé pojmy a poté jejich užití v integrované psychoterapii i jiných psychoterapeutických směrech. Předposlední část je věnována procesu IP, vymezením cílů a základních úkolů. V závěru teoretické části je uveden přehled technik a více vysvětlené ty, které jsou důležité pro pochopení empirické části.

V empirické části se předmětem zkoumání stal videozáznam psychoterapeutické práce Ferdinanda Knoblocha v Day House v Kanadě. Pomocí případové studie a zakotvené teorie byl z různých úhlů analyzován daný materiál. Cílem výzkumu se stala snaha více porozumět procesu této metody. Jako výzkumné otázky byly stanoveny: Kde a jakým způsobem dochází k procesu změny u pacienta? Jakým způsobem pracuje terapeut při této metodě? Jakých komunikačních prostředků používá?

V poslední části jsou prezentovány výsledky výzkumu, jako podklad pro vznik teorie této techniky. Zajímavým zjištěním bylo, že ideální otec je zde ve dvou rovinách, nejen prostřednictvím vybraného pacienta, ale i prostřednictvím terapeuta. Tím, že se terapeut zaměřuje na daný problém a neřeší emocionalitu pacienta, ji uvádí do pohybu. Emocionální prožívání pacientky se v průběhu terapie pohybuje od neutrální polohy přes negativní a vrací se zpátky do neutrální, jiné kvality. Jsme svědky abreakce a nové korektivní zkušenosti.

V diskusi jsou uvedeny shrnuté poznatky z teoretické i empirické části a na základě nich formulovaná teorie metody ideálního otce a matky, doplněná o několik příkladů z různých kazuistik pro lepší porozumění dané problematice. Metoda ideálního otce a matky je rozdělena na několik fází. Jednotlivé kroky byly stanoveny jako popis otce, vyvolání pocitů, abreakce, interakce s ideálním otcem, náhled a usmíření s vlastní situací. Celoživotní hněv a výčitky rodičům jsou pro člověka velkým zatížením a je důležitým cílem psychoterapie jedince tohoto břemene zbavit. Jak uvedl Ferdinand Knobloch v osobním rozhovoru, prvotní nápad k vytvoření této metody pojal při četbě kazuistiky od Johna C. Norcrosse. Žena v dané případové studii byla plná negace vůči otci a ani v průběhu terapie se to neměnilo. F. Knobloch přemýšlel o tom, jak do toho procesu zařadit něco pozitivního. Své myšlenky realizoval při terapii s jednou pacientkou v Německu a byl překvapen k jak velké a rychlé změně došlo. Autor metody se domnívá, že je to způsobeno etologickým podkladem. Dle něj je v základu jedinceva života vztah k otci a matce dobrý a v případě použití této metody se „reaktivuje. Tato práce je věnována několika tématům současné psychoterapie, integrované psychoterapii, skupinovému schématu a sociální směně. Jsou to pojmy, které Ferdinand Knobloch formuloval již před několika desítkami let. Výstižně proto působí název jednoho jeho příspěvku „Back to the future“ („Zpátky do budoucnosti“). Dá se zároveň předpokládat, vzhledem ke zvýšenému zájmu o teorii attachmentu, že v budoucnosti bude terapie hledat více prostředků pro práci s pacienty a jejich rodiči. Metoda ideálního otce a matky by mohla být dobře aplikovaným konceptem.

Je pozoruhodné, že Česká republika přinesla terapeutickému světu několik velkých jmen. Jako příklad lze uvést Sigmunda Freuda, „zakladatele psychoterapie“, jenž se narodil v městě Příbor nebo o několik desítek let později spatřil na pražském Smíchově světlo světa Ferdinand Knobloch, „otec moderní psychoterapie“.

5 ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá tématem integrace v psychoterapii, jenž se stalo, jedním z nejvýznamnějších témat posledních dekad vývoje psychoterapie. Zaměřuje se hlavně na integrovanou psychoterapii prof. Ferdinanda Knoblocha, který ji v České republice vytvářel od roku 1940. Svým přístupem předběhl vývoj psychoterapie o několik desítek let. Specifickým a stěžejním úkolem této práce je formulovat metodu ideálního otce a matky, která nebyla dosud systematicky popsána. Předmětem zkoumání empirické části se stal videozáznam psychoterapeutické práce prof. Ferdinanda Knoblocha v Kanadě v Day House. Záznam obsahuje úsek terapie s mladou ženou, kde byla použita již zmíněná metoda. Pozornost při výzkumu byla upřena na proces změny na straně pacientky, terapeutovo působení a jejich vzájemnou interakci. Závěry vyplývající z této práce jsou uvedeny v diskusi.

Klíčová slova

Integrovaná psychoterapie, Ferdinand Knobloch, Sociální změna, Skupinové schéma, Metoda ideálního otce a ideální matky.

6 ABSTRACT

This presented diploma thesis deals with integration in psychotherapy. This topic has become one of the most significant in recent decades of psychotherapy evolution. This thesis is mainly focused on integrated psychotherapy of Professor Ferdinand Knobloch, which was created in 1940 in the Czech Republic. By his own attitude, he skipped the evolution of psychotherapy over many decades. The specific and very important task of this thesis is to set the method of ideal father and mother, which has not been systematically described so far. The goal of the empiric research was an analysis of a video of psychotherapeutic work of Professor Ferdinand Knobloch in Canada at Daily House. The record contains part of the therapy with a young lady, where the mentioned therapy was used. The thesis is focused on the process of change on the patient's side, on actions of the therapist and on the interaction between them. The conclusions are presented in the discussion section.

Keywords

Integrated psychotherapy, Ferdinand Knobloch, Social change, Group schema, Method of the ideal father and mother.

7 CITOVANÁ LITERATURA

- Adler, M. (2001). *Kronika 2001*. Získáno 23. 05 2012, z INCIP: <http://www.incip.cz/Czech/Kronika/kron2001.htm>
- Andrlová, M. (2005). *Současné směry v české psychoterapii*. Praha: Triton.
- Banmen, J., Gomoriová, M., & Greberová, J. S. (2005). *Model růstu - Za hranice rodinné terapie*. Brno: Cesta.
- Baštecká, B., & Goldmann, P. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- Baštecká, B., & Kolektiv. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- Behr, H., & Hearstová, L. (2007). *Skupinově analytická psychoterapie*. Praha: Triton.
- Bell, E. (1980). Family therapy. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* .
- Bible, Písmo svaté Starého a Nového zákona. Ekumenický překlad.* (1995). Praha: Česká biblická společnost.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (1983). *Attachment (Attachment & Loss)*. London: Basic Books.
- Brisch, H. K. (2011). *Poruchy vztahové vazby: od teorie k terapii*. Praha: Portál.
- Cain, D. J., & Seeman, J. (2006). *Humanistická psychoterapie: příručka pro výzkum a praxi*. Praha: Triton.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2008). *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. London: he Guilford Press.
- Castongunay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Clarkson, P. (1992). *Transactional Analysis Psychotherapy: An Integrated Approach*. Routledge.
- Corey, G., Schneider Corey, M., Callanan, P., & Russell, M. J. (2006). *Techniky a přístupy ve skupinové psychoterapii*. Praha: Portál, s.r.o.
- Cosmides, L., & Tooby, J. (2005). Neurocognitive adaptations designed for Social. *Evolutionary Psychology Handbook* .
- Dainton, M. (2007). *Attachment and Marital Maintenance*. Philadelphia: La Salle University.
- Eibl-Eibesfeld, I. (1970). *Ethology. The Biology of Behavior*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Enachescu – Hroncová, I. (2005). *Teorie sociální změny*. Brno: Masarykova Univerzita v Brně.
- Evans, K. (2011). *Úvod do integrativní psychoterapie*. Praha: Triton.
- Foa, U. 1. (1974). *Societal structures of the mind*. Springfield: Charles C. Thomas.

Fonagy, P. (1995). Attachment, borderline states and the representation of emotions and cognitions in self and other. V P. a. Fonagy, *Emotion, Cognition and Representation. Rochester Symposium on Developmental Psychopathology* (stránky 371 - 414). New York: University of Rochester Press: Rochester.

Freedman, A., Kaplan, H., & Sadock, B. (1975). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Fromm-Reichmannová, F. (2003). *Principy intenzivní psychoterapie*. Praha: Triton.

Generální konzulát České republiky. (nedatováno). Získáno 1.. 6. 2012, z Cena GRATIAS AGIT:

http://www.mzv.cz/toronto/cz/kultura_krajane_a_skolstvi/cena_gratias_agit/cena_gratias_agit.html

Goldfried, M. R. (1995). *From cognitive-behavior therapy to psychotherapy integration*. Michigan: Springer.

Harper, R. A. (1974). *Psychoanalysis and psychotherapy*. J. Aronson.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, s. r. o.

Holmes, J. (1993). *John Bowlby and Attachment Theory*. London: Routledge.

Holmes, J. (2011). *The Search for the Secure Base: Attachment Theory and Psychotherapy*. London: Routledge.

Holmes, J., & Bateman, A. (2002). *Integration in Psychotherapy: Models and Methods*. New York: Oxford University Press.

Hoskovec, J., & Hoskovcová, S. (2008). *Malé dějiny české a střeoevropské psychologie*. Praha: Portál.

Integrovaná psychoterapie. (nedatováno). Získáno 2. 6 2012, z Psychoterapeutický institut o.s.: http://www.psin.cz/?cz_intpsych=

Karásek, M. (2006). Světoznámý psychiatr oslavil v Kroměříži devadesátiny. *Kroměřížský zpravodaj*, 8.

Kast, V. (2003). *Otcové - dcery, matky - synové*. Praha: Portál, s. r. o.

Keller, J. (2006). *Úvod do sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Kelley, H. H., & Thibaut, J. W. (1978). *Interpersonal relations – a theory of interdependence*. New York: John Wiley & Sons.

Knobloch, F. (5. 5 1996). Individual, group, or meta-selection? *ASCAP*.

Knobloch, F. (11. 9 1997). Integrated psychotherapy and evolutionary psychology. *ASCAP*.

Knobloch, F. (4 2001). Integrovaná psychoterapie a pražská filozofie vědy. *Psychiatrie*, 4/2001.

Knobloch, F. (7. 11 1995). Interpersonal meaning of music and ethology. *ASCAP*.

Knobloch, F. (20.. červen 2005). Jedna slunečná červnová neděle v Praze?

- Knobloch, F. (1949). *Pokus o metodologický rozbor psychoanalýzy*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Knobloch, F., & Enachescu-Hroncová, I. (2009). Integrovaná psychoterapie, Back to the future. *Psychiatria* .
- Knobloch, F., & Knobloch, J. (1979). *Integrated psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Knobloch, F., & Knoblochová, J. (1993). *Integrovaná psychoterapie*. Praha: Grada a.s. společně s Avicem.
- Knobloch, F., & Knoblochová, J. (1999). *Integrovaná psychoterapie v Akci*. Praha: Grada Publishing.
- Knobloch, F., & Šefrnová. (1954). Příspěvek k technice rodinné psychoterapie. *Neurologie a psychiatrie* .
- Knobloch, F., Junová, H., Petrusová, M., & Šapošnicková, O. (1964). Psychogymnastika jako prostředek pøeuòování mezilidských vztahù. *Èeskoslovenská psychologie* .
- Knoblochová, J. (1964). *Láska, manželství a ty*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Kratochvíl, S. (1992). Psychoterapie. V J. Rùžicka (Editor), *Psychoterapie*. Praha: Triton.
- Kratochvíl, S. (1978). *Skupinová psychoterapie neuros*. Praha: Avicenum.
- Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Larson, D. G. (1977). *Therapeutic Schools, Styles, and Stereotypes: A Questionnaire Study of Behavioral, Gestalt, Psychoanalytically Oriented, and Transactional Analysis Psychotherapists*. Berkeley: University of Carolina.
- Lipchik, E. (2002). *Beyond Technique in Solution-Focused Therapy: Working with Emotions and the Therapeutic Relationship*. New York: Guilford Press.
- Main, M. B. (nedatováno). *Adult attachment interview protocol*. Získáno 15. 03 2012, z Psychology department Stony Brook University:
http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aai_interview.pdf
- Main, M. B. (nedatováno). *Adult attachment interview protocol*. Získáno 5. 6 2012, z
<http://www.psychology.sunysb.edu/psychology/>:
http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aai_interview.pdf
- Marlinová, O. (2011). *Vzpomínky na Lobeč*. Praha.
- Matoušek, O. (1995). *Potřebujete psychoterapii?* Praha: Portál, s.r.o.
- Matoušek, O. (1993). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Norcross, J. C., & Golfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford: Oxford University Press, Inc.

- Nürberger, S. (2008). *Jak Freud nahlížel na protipřenos*.
- Parloff, M. B. (1977). *Shopping for the right therapy*. Washington: Rockville.
- Prekopová, J. (2007). *Nese mě řeka lásky*. Brno: Cesta.
- Prochaska, O. J., & Norcross, C. J. (1999). *Psychoterapeutické systémy - průřez teoriemi*. Praha: Grada Publishing. spol. s. r. o.
- Raboch, J. (2011). Úvodní projev na konferenci Integrované psychoterapie. Praha.
- Růžička, J. (2011). *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě*. Triton.
- Růžička, J. (2003). *Péče o duši*. Praha: Triton.
- Schoenholtz - Read, J. (2011). *Integrated Psychotherapy Today I conference*. Praha.
- Skočovský, K. D. (2007). *Akceptabilita metod přirozené kontroly početí*. Brno: Filozofická fakulta Masarykovy univerzity.
- Sobotková, I. (2001). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- Steele, H., & Steele, M. (2008). *Clinical Applications of the Adult Attachment Interview*. New York: The Guilford Press.
- Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.
- Stricker, G., & Gold, J. R. (nedatováno). *Psychotherapy Integration: An Assimilative, Psychodynamic Approach*. Získáno 05. 06 2012, z CyberPsych Supported Groups: <http://www.cyberpsych.org/stricker.htm>
- Sullivan, H. S. (2006). *Psychiatrické interview*. Praha: Triton.
- Šnýdrová, I. (2008). *Psychodiagnostika - Ivana Šnýdrová*. Praha: Grada.
- Thibaut, J. W., & Kelley, H. H. (1959). *The Social Psychology of Groups*. New York: John Wiley.
- Timulák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton.
- Timulák, L. (2006). *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru*. Praha: Portál, s. r. o.
- Trapková, L., & Chvála, V. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál s. r. o.
- Van der Horst, F. C. (2011). *John Bowlby - From Psychoanalysis to Ethology*. Cleveland: John Wiley & Sons.
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- Vybíral, Z., & Skálová, M. (2009). *Integrace v psychoterapii*. Trenčanské Teplice: přednáška na 27. česko-slovenskou psychoterapeutickou konferenci.
- Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing.
- Vymětal, J., & kolektiv. (2004). *Obecká psychoterapie*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing a. s.

Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Yalom, I. D. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.

Zeig, J. K. (2005). *Umění psychoterapie*. Praha: Portál.

8 SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ, TABULEK A PŘÍLOH

| | |
|---|----|
| Obrázek 1 Psychoterapie a ostatní vědy | 10 |
| Obrázek 2 Schematické uspořádání skupinového schématu..... | 35 |
| Obrázek 3 Rozmístění terapeutické situace | 56 |
| Obrázek 4 Paradigmatický model pacientky | 72 |
| Obrázek 5 Centrální kategorie pacientky | 73 |
| Obrázek 6Paradigmatický model terapeuta..... | 78 |
| Obrázek 7 Centrální kategorie jednání terapeuta..... | 79 |
| | |
| Graf č.: 1 Schéma struktury videozáznamu | 57 |
| Graf č.: 2 Procentuální rozvržení verbálního projevu 1. poloviny záznamu | 58 |
| Graf č.: 3 Procentuální rozvržení verbálního projevu 2. poloviny záznamu..... | 59 |
| Graf č.: 4 Procentuální rozvržení verbálních vstupů terapeuta a pacienta..... | 59 |
| Graf č.: 5 Časové rozvržení verbálních vstupů terapeuta a pacienta..... | 60 |
| Graf č.: 6 Graf četnosti emočních projevů pacientky | 61 |
| Graf č.: 7 Procentuální zastoupení verbálních výpovědí terapeuta | 62 |
| Graf č.: 8 Analýza terapeutových verbálních výpovědí v průběhu terapie | 62 |
| Graf č.: 9 Procentuální zastoupení kategorií neverbálního chování terapeuta | 63 |
| Graf č.: 10Rozvržení kategorií neverbálního chování pacienta | 64 |
| | |
| Tabulka č: 1 Hlavní teoretické orientace amerických psychoterapeutů | 12 |

9 PŘÍLOHY



Příloha č.: 1 Fotografie z Day house v Kanadě



Příloha č.: 2 Ferdinand Knobloch a Jacob Moreno



Příloha č.: 3F. Knobloch při natáčení Genusu



Příloha č.: 4 F. Knobloch s rodinou Eibesfeltových

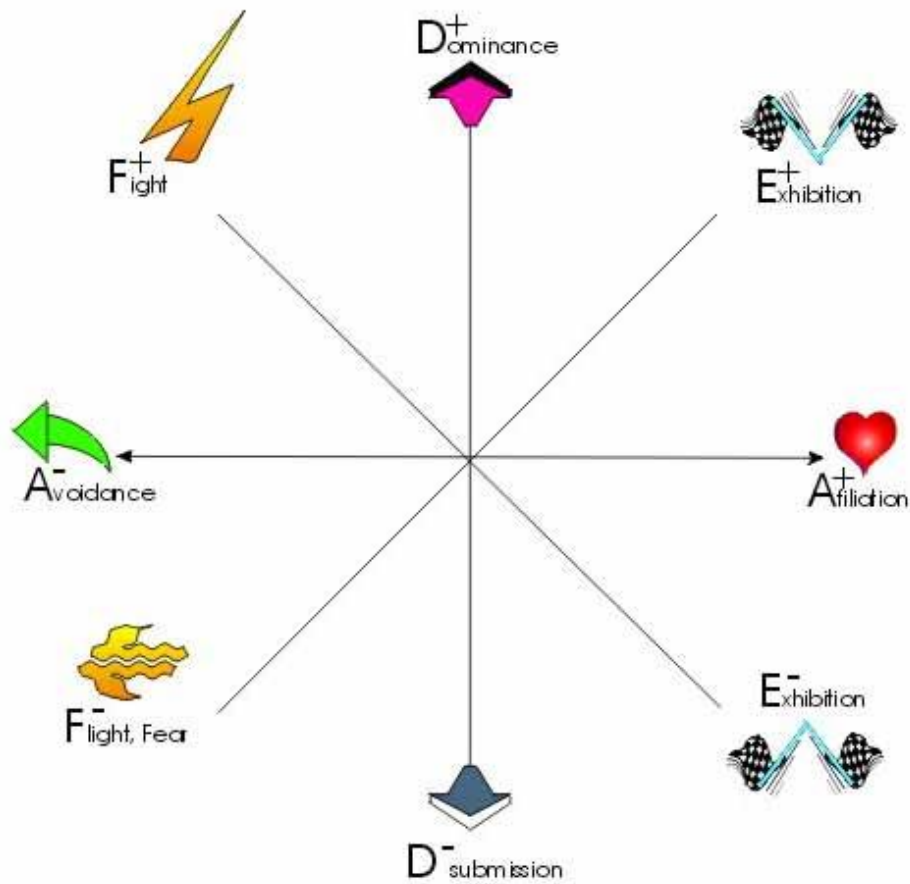


Příloha č.: 5 F. Knobloch a J. Knoblochová



Příloha č.: 6 Knoblochovi, Evans, autorka práce

Příloha č.: 7 Graf Multiplexu



Jeho vodorovná osa je:

A+, A- (afiliace–autonomie, vzdálení se /avoidance) a svislá osa je

D+,D- (dominance–submise).

Interpersonální tendence cirkumplexu jsou:

D+: Dominance = vede, radí, poroučí.

D-: Submise = hledá vedení, pomoc, radu, podrobuje se.

E+: Exhíbice + (exhíbice kvalitou) = upozorňuje na sebe, předvádí se, chlubí se nadbytkem (domnělé) kvality: mocí, krásou, přitažlivostí, bohatstvím.

E-: Exhíbice – (exhíbice nekvalitou) = zdůrazňuje nedostatek nějaké kvality: jsem trpící, slabý, nešťastný, nemocný: volá po sympatii, soucitu, péči.

A+: Afiliace = projevuje náklonnost, zve k spolupráci, přátelství, lásce.

A-: Autonomie (Avoidance vyhýbání se) = distancuje se, vzdaluje se, izoluje se.

U+: Útok = boj, agrese, vztek: útočí, zlobí se, zuří, nadává.

U- : Útěk = prchá, je v panice, má strach (zabrzdný útěk).

Příloha č.: 8 Podklady pro Analýzu dat pacientky

P: Ano, **nedávno**. (Pacientka stojí vedle terapeuta.)

P: Ano, **byl emočně zmrzačený. Nebyl schopný oslovit lidi. Posledních 12 let jeho života byl psychicky nemožný.**

P: Ano.

P: **Měl vážnou nehodu v den, kdy jsem se vdala s Aaronem.**

P: Ano.

P: Ano, **byl fyzicky postižený.**

P: **Když jsem byla dítě.**

P: Ano. **(Stojí před otcem a mlčí.)**

P: **Tati, cítím se tak smutná. Cítím se tak smutná.** O, o způsobu života, který vedl. **(Pacientka vzlyká mezi jednotlivými slovy.) A tvé osamocení. (Ukazuje směrem k otci.) A cítím se tak smutná, že jsme nemluvili. Nebyla jsem pro tebe důležitá.**

P: **Nebyla jsem pro tebe důležitá!**

P: **Nebyl jsi schopný ukázat své pocity. (Pacientka přikyvuje a opakuje po terapeutovi.)**

P: **(Pacientka pláče) Jediný důvod, že přišel na mou svatbu, byl, že tam byla má matka. (povzdechla si)**

P: Ne, **byli oddělení**, rozvedení v tu dobu a přišla **s někým jiným**, a **to tě tak naštvalo. Byl skutečně opilý**, když odjížděl a najel autem do nákladáku. A byl...

P: Ano. A **byl v nemocnici a ztratil zrak a přišel o jedno oko. A musel mít sdrátované všechny kosti v obličeji a potom už nikdy nefungoval. Nepřišel. Nepřišel za mnou. A nepřišel jsi, když se mi narodilo dítě. A.. (Pláče a ukazuje směrem k otci.)**

P: **Hodně jsi mě vystrašil, když jsem byla dítě. Hodně jsi mě vystrašil.**

P: **(Pohybuje se ke svému otci.) Takhle blízko.**

P: Ano.

P: Když jsem chodila spát.

P: Jako dítě.

P: Ano.

P: Moc často tam nebyl, moc tam nebyl. Nemůžu si vzpomenout, že bych ho objímala. Jsem si jistá, že jsem musela, ale nemohu si vzpomenout.

P: Ano.

P: Jsem našťvaná, že jsi zneužíval moji matku. Jsem našťvaná, kvůli všemu tomu strachu, který byl doma. Jsem na tebe našťvaná, že jsi nás nemiloval. Jsem na tebe našťvaná, že jsi mě bil. Jsem našťvaná za tvé opilství. Jsem našťvaná za to, že jsi nás opustil. Nenávidím tě! Skutečně tě nenávidím! Nenávidím tě! (Hází obušek) Nenávidím tě! (Opakovaně.) Vůbec se o mě nestaráš, tak tvrdě si mě zasáhnul. Jenom tam tak stojíš a nestaráš se! Ještě abys odešel pryč! Nestaráš se! Proč nic neříkáš? Nestaráš se!

P: Michael. (Pacientka se dívá na ideálního otce, stále se hladí po vlasech, zdá se, že je nervózní.)

P: Že se o mě stará, že mi pomohl. Ty mi pomáháš.

P: (objet) Miluji tě.

P: Miluji tě a mohu cítit tvou lásku.

P: Ano.

P: (Držice ruce.) Ano, ano byl jsi nešťastným mužem. Velmi nepřátelský.

P: A tak si nás potřeboval. Nebyl tam nikdo, kdo by tě miloval a potřeboval jsi to. Omlouvám se.

(Objímá otce.) Omlouvám se. Bylo to pro tebe tak těžké. Bylo to tak těžké a byl jsi tak sám.

P: Cítím, že jsi měl skutečně posranej život.

P: A myslím, že je mi líto malých dětí, které se starají samy o sebe. Oh.

P: Měl jsi spoustu síly, měl jsi spoustu síly. Nikdy jsi od nás psychicky neodešel. Pokaždé si na nás dohlížel. Dokonce, i když to bylo tak těžké, neodešel si pryč od nás. To muselo být těžké. Muselo to být tak těžké.

P: Ano.

P: Ano, a vzal jsi dítě jako jedno z tvých vlastních, a tak moc ho miloval. Tolik si ho miloval.

P: Ano, tys ho skutečně miloval. A mám s tebou nějaké speciální vzpomínky.

P: Omlouvám se.

P: Omlouvám se.

P: Ano, to je pravda, ano. Způsobem, že se skutečně staráš.

P: Bylo to tak snadné zapomenout, jak ses staral.

P: Protože to nebylo, jako by to bylo a já jsem to nepoznala v tobě. Že ses staral.

P: Staral ses.

Příloha č.: 9 Podklady pro Analýzu dat terapeuta

T: Takže, kde je otec? (Pobízí gesty ke čtení.)

T: Zemřel před krátkým časem? (Gestem naznačuje, aby přišel reálný otec k nim.)

T: Tys ho potkala ve snu. Byl pro tebe také velmi důležitým bodem. (Drží za jednu ruku reálného otce, za druhou pacientku.)

T: Posledních 12 let? (Přikyvuje.)

T: Co toho bylo příčinou? (Dívá se pacientce do očí.)

T: Takže už jste byli oddáni, když se to stalo.

T: Ale před nehodou byl v pořádku? (Přikyvuje, lehce gestikuluje směrem k pacientce, dívá se pacientce do očí.)

T: A vztah s matkou a jeho bratrem začal, když ti bylo kolik? (Natáčí se k pacientce, přikyvuje, gestikuluje směrem ke skupině a pacientce.)

T: Když jsi byla dítě. (Sleduje dění ve skupině, vrací se pohled k pacientce.)

V pořádku. Takže jsi ho potkala ve snu. (Neverbálním gesty pobízí pacientku a otce. Ukazuje na ně, odchází dál od nich, založí si ruce a čeká.) Co ti říkal? (Naklání se k pacientce.) Nazvala bys ho otcem? (Se založenými rukama v tichu čeká.)

T: (Podívá se na kameramana. Dívá se zpátky na otce a pacientku. Chytne otce a pacientku a přesune je kvůli záběru kamery na jiné místo. Dává je dál od sebe, stoupá si vedle pacientky, stále ji drží za paži.) Otec. (Stoupne si dál od pacientky, dívá se na ni, v tichu ji nechává mluvit. Pohledem sleduje skupinu, kameramana a poté zas pacientku.)

T: Řekni to znovu. (Přichází blíž k pacientce, naklání se k ní, klade jí ruku na záda.)

T: Nech mi říct, co si o tom myslím. Jsem si teď skoro jistá. Nebyl jsi schopen ukázat své pocity. (Mluví velmi blízko u pacientky.)

T: Tak jsem si myslela, že pro tebe nejsem důležitá. Ale neznám tě. Tak... (Odchází pro toaletní papír, sloužící jako papírový kapesník, a podává ho pacientce.)

T: **Se strýcem?** (Stoupá si vedle pacientky, zakládá si ruce v bok, sleduje pacientku, která mluví.)

T: **To byla ta nehoda?** (Stojí vedle pacientky s rukama v bok. Během toho, co pacientka hovoří, sleduje skupinu a pak se zas navrácí pohledem k pacientce.)

T: **A co?** (Dává pacientce prostor, mlčí. Uklidňuje pacientku položením ruky na rameno.)

T: **Jak blízko** bys k němu šla? (Neverbálními gesty pobízí pacienta a otce.)

T: **To je mnohem lepší. Objala jsi ho někdy?** (Stojí poblíž pacientky.)

T: **Kdy?**

T: **Ale jako dospělá?**

T: **Ale jako dítě?**

T: **Jsi na něj našťvaná?** (Pokládá pacientce ruku na rameno, ukazuje směrem k otci.)

T: **Jsi na něj našťvaná.** (Spojuje ruku pacientky a otce.)

T: **Tak mu to řekni. Řekni mu to.** (Stojí u nich, když se rukama přetlačují, sleduje pacientku.)

(Odchází a podává pacientce a otci obušek.)

T: **Nejsem schopný ukázat žádné pocity. Může to tak být?** (Mluví za otce, ukazuje směrem k pacientce. Přichází k pacientce, klade jí ruku na záda.)

Kdo by tady byl dobrým otcem? (Jde blíže k Michaelovi, přesouvá reálného otce a ideálního staví vedle něj. Sám jde blíže k pacientce.)

T: **Co bys řekla takovému otci?** (Přichází ještě blíže k pacientce, klade jí ruku na rameno.)

T: **Objala bys takového otce?** (Vede pacientku k ideálnímu otci a sám odstupuje do pozadí.)

T: Řekni mu toho víc. (V tichu sleduje dění. Poté odchází ke skupině a opět se přibližuje, přichází k pacientce, hladí ji po zádech.)

(Ukončuje pacientky objetí s ideálním otcem, natáčí ji směrem k reálnému otci.)

T: Zajiskřilo to ve tvém otci, co myslíš? (Ukončuje pacientky objetí s ideálním otcem, natáčí ji směrem k reálnému otci. Spojuje jednu její ruku s reálným otcem a druhou s ideálním.)

T: Myslíš si, že jsi nešťastný člověk?

T: A ztratil jsi všechnu sebekontrolu.

T: Je mi tě líto.

T: Je v tobě tolik zloby. Ale nechávám to jít. Cítím s tebou víc, je mi tě líto.

T: Zopakuj to.

T: A žít s tvojí ženou, která měla jiný vztah ke svému manželovi.

T: Být tu pro tebe.

T: Měla by dítě se strýcem.

T: Řekni mu.

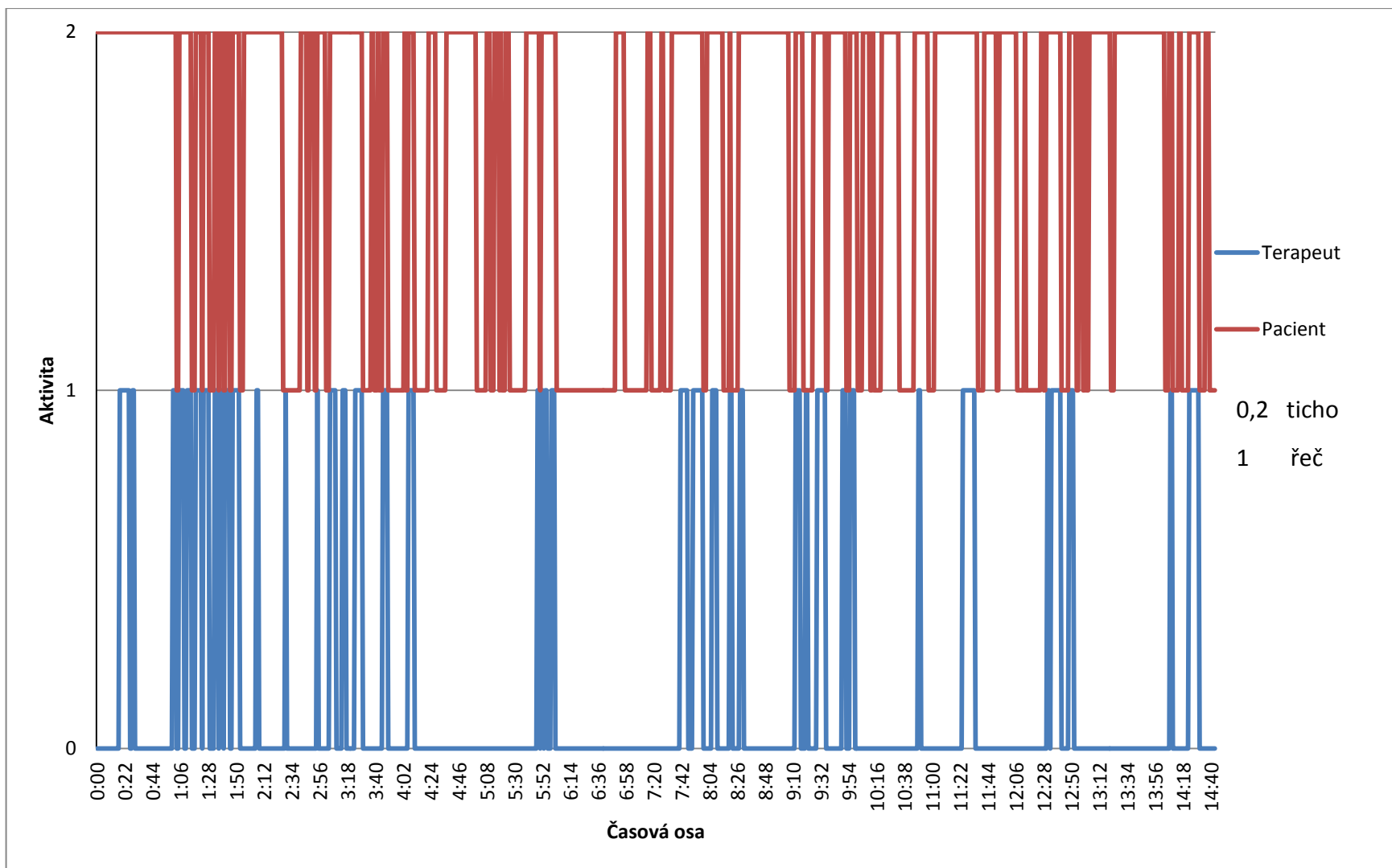
T: Řekni to znovu.

T: Tady je tvůj otec (přivádí dalšího muže). A jsem šťastný za objevení některých pozitiv k nim, o tobě.

T: Ano.

T: Opravdu ses staral.

T: Tak to máme nový objev. Protože jsme začali s tím, že se vůbec nestará. Pojdme objasnit další autority.



Příloha č.: 10 Časové rozvržení verbálních vstupů terapeuta a pacienta

Příloha č.: 11 Popis případové studie videozáznamu

Například žena středního věku s pláčem vylíčila svého brutálního otce, který s ní nikdy nemluvil, byl k ní chladný, když byl střízlivý a v opilosti jí bil. Bylo překvapující, jak tato zakřivená žena, kterou bylo běžně sotva slyšet se vůči pacientovi, reprezentujícímu otce rozkřičela, bila jej obuškem až k úplnému vyčerpání a úplnému zamítnutí otce. Byla potom vyzvána, aby si v komunitě vybrala ideálního otce a měla fantazii, jaké vzpomínky by na něj měla. Vybrala si jej, měla pozitivní fantazijní “vzpomínky” a objala jej. Ale tento proces měl účinek, který se divákům jevil jako zázrak: vybavila si skutečné pozitivní vzpomínky na svého skutečného otce a pocítila lítost nad jeho těžkým životem. Došlo tedy k jakémusi usmíření s otcem, které bylo prospěšné jejímu duševnímu zdraví. V následujících dnech byla změna celého jejího chování

