

HUMANISTICKÁ PSYCHOTERAPIE PRO SCHIZOFRENIKY

GARY PROUTY

První obecný rámec humanistické psychologie vypracoval v roce 1954 Maslow (Misiak, 1973). Definoval ji jako vědecké studium kreativity, lásky, vyšších hodnot, autonomie, růstu, sebeaktualizace a základního naplnění potřeb. Humanistická psychologie se v té době stala významným a zajisté potřebným korektivem soudobé psychologie, avšak tehdejší „zeitgeist“ bohužel nebyl příliš nakloněn zkoumání těžce postižených klientů, například mentálně retardovaných, trpících chorobami stáří nebo psychózou. Humanistická psychoterapie byla tehdy považována za léčbu pro „existenciálně deprimované“ osoby vyšší intelektuální úrovně.

V této kapitole se budu zabývat výzkumem humanistické psychoterapie schizofreniků, kteří byli hospitalizováni v posledních padesáti letech. Mým záměrem je nashromáždit dostatek důkazů, jež prokazují, že humanistická psychoterapie není vhodnou formou léčby jen pro „znepokojené intelektuály“. Tato kapitola předkládá výsledky výzkumu, recenze i předpokládaný vývoj výzkumu do budoucna. Navíc uvádíme odkazy na konkrétní případy z existenciálně fenomenologické tradice.

ROGERIÁNSKÁ HYPOTÉZA

Rogersův přístup k psychoterapii spočíval především v poskytování řady *klíčových podmínek*, jež podporují klientovu sebeaktualizaci (Mearns & Thorne, 1990). Mezi tyto podmínky patří bezpodmínečné pozitivní přijetí, empatie a kongruence. Rogers definuje *bezpodmínečné pozitivní přijetí* jako „vřelé přijetí všech aspektů klientova prožívání“

(Rogers, 1957, s. 98). *Empatii* definuje jako „vnímání klientova soukromého světa, *jako by* byl náš vlastní“ (s. 99). *Kongruence* je definována „v rámci terapeutického vztahu: kongruentní terapeut je otevřeně a hluboce sám sebou a uvědomuje si své bezprostřední prožívání“ (s. 97). *Nedirektivní přístup* (Raskin, 1947), ačkoli to sám Rogers formálně neuvádí, je významným prvkem rogeriánské terapie. Můžeme ho definovat jako „pokorné“ následování klientova vlastního záměru, směřování a procesu jeho terapeutem.

Tichý mladý muž: případ pana Vaca

„Tichý mladý muž“ (Rogers, Gendlin, Kiesler & Truax, 1967) je klasickou ukázkou Rogersovy terapeutické práce s pacientem trpícím schizofrenií. Podle Rogerse a dalších terapeutů zaměřených na klienta (např. Bozarth & Brodely, 1991) je tato krátká ukáзка vynikajícím příkladem využití Rogersovy teorie v rámci úspěšné léčby schizofrenního klienta. Tímto klientem je mladý muž, jemuž táhne na třicítku. Zapojil se do výzkumného projektu a v době terapeutických sezení byl hospitalizován již dva a půl roku. Jeho lékařská diagnóza zněla „schizofrenní reakce, jednoduchý typ“. Čtyři psychoterapeuti jiných teoretických zaměření zaznamenali ve slepém testu tohoto případu terapeutický „posun“, zatímco dva další psychoterapeuti nikoli. Následující ukázky vybrané z případové studie názorně ilustrují využití empatie, bezpodmínečného pozitivního přijetí a kongruence.

Empatie

Klient se zoufale snažil vyjádřit své sebevražedné pocity plné beznaděje a vlastní méněcennosti. Řekl: „Chci prostě utýct a umřít,“ a Rogers na to později zareagoval takto:

Rogers: Myslím, že teď, když jsem se do toho víc ponořil, opravdu cítím, jak, jak hluboce ten pocit působí, že vy ... myslím, že ten obrázek, který se mi vyjevil v mysli, připomíná ... zraněné zvíře, které se chce odplazit pryč a umřít. Myslím, že takhle nějak se asi cítíte ... že prostě chcete pryč odsud a zmizet. Zdechnout a přestat existovat.

Klient: (téměř neslyšitelně) Celej včerejšek a celý dnešní ráno jsem si přál, abych byl mrtvej. Dokonce jsem se včera večer modlil, abych směl umřít. (Rogers a kol., 1967, s. 407)

Rogers v tomto případě klientovi nenabízí pouze kognitivní porozumění, ale také své osobní prožívání toho, co mu klient sdělil. Jeho empatie je kongruentní.

Bezpodmínečné pozitivní přijetí

V následujícím příkladě dává klient svou bezmocnost a s ní související sebevražedné myšlenky bezprostředně najevo.

Klient: Proto chci odejít (umřít), protože je mi jedno, co stane.

Rogers: Hm. Chcete odejít, protože vám na sobě vůbec nezáleží. Je vám prostě jedno, co se stane. A já bych vám asi chtěl říci, že mně na vás záleží a taky mi záleží na tom, co se stane. (třicetisekundové ticho, Jim se rozpláče a nesrozumitelně vzlyká), (terapeut: citlivě) A vy pořád jen pláčete, pláčete a zase pláčete. (Jim pořád vzlyká, vysmrká se do kapesníku a těžce dýchá.) (Rogers a kol., 1967, s. 409)

V této citaci dal Rogers klientovi empaticky najevo, že mu na něm osobně záleží, a uvolnil tak klientovy zadržované pocity.

Kongruence

Klient řekl: „Nikdo po mně ani neštěkne, tak proč bych měl žít?“ A Rogers mu po několika dalších větách odpověděl:

Nevím, možná vám to pomůže a možná taky ne, ale chtěl bych vám říci, že ... myslím, že vám velice dobře rozumím ... jaké to je, cítit, že nikomu nejste dost dobrý, protože i já sám jsem se kdysi takhle cítil. A vím, že to může být opravdu *kruté*. (Rogers a kol., 1967, s. 408)

Rogers se dělí s klientem o své hluboké prožitky a využívá při tom empatie typu „jestliže – pak“.

Tyto tři ukázky názorně dokládají, že subjektivní podmínky postulované Rogersem jsou pro terapeutickou změnu nutné a dostačující.

Sám Rogers tyto krátké viněty považoval za moment změny. O dva roky později byl tento klient propuštěn z nemocniční péče a napsal dopis o nové náplni svého života, která zahrnovala studium ve škole, větší socializaci s přáteli a „úžasné léto“.

Výzkum: Wisconsinský projekt

Wisconsinský projekt (Rogers a kol., 1967) je obecně považován za ve své době pionýrský pokus o prozkoumání vlivu terapie zaměřené na klienta na pacienty trpící schizofrenií. Tento výzkum se nezabýval jen klasickými závislými a nezávislými proměnnými, nýbrž zkoumal také měření *terapeutického procesu*. Rogers se o Wisconsinském projektu vyjádřil, že „jde o zkoumání s cílem zjistit, zda některé specifické subjektivní podmínky terapeuta nebo terapeutického vztahu předpovídají nebo podstatným způsobem souvisí se specifickými procesy nebo terapeutickou změnou u klienta.“ (Rogers a kol., 1967, s.6)

Hypotézy

Základní výzkumné otázky Wisconsinského projektu (Rogers a kol., 1967) jsou podle Rogerse tyto: (a) Jaké terapeutovo chování účinně ovlivňuje klientovu změnu? (b) Jaké klientovo chování spoluvytváří „proces“ změny? a (c) Jaké jsou výsledky tohoto procesu? „Chování“ terapeuta, které je nezbytné pro uskutečnění změny, odpovídá terapeutickému přístupu (bezpodmínečné pozitivnímu přijetí, empatii a kongruenci). Kvalita procesu změny u klienta souvisela s úrovní prožívání. Výsledky byly měřeny pomocí různých posuzovacích testů, hodnocena byla psychopatologie a mezi posuzovatele byli zařazeni i zaměstnanci nemocnice. Rogers zmíněné otázky rozpracoval do několika hypotéz. První a nejobecnější hypotéza předpokládala, že čím vyšší je úroveň klíčových podmínek v rámci terapeutického vztahu, tím větší zážitkový posun naměříme. Druhá odvozená hypotéza předpokládala, že ty samé procesuální proměnné budou typické jak pro jedince trpící akutní či chronickou schizofrenií, tak i pro jedince považované za normální nebo za neurotiky. Třetí hypotéza předpokládala, že terapeutická skupina dosáhne výrazně většího posunu, než kontrolní skupina. Čtvrtá

hypotéza předpokládala, že skupiny nebo jedinci v terapeutických podmínkách vysoké úrovně dosáhnou pozitivnějších terapeutických výsledků než skupiny či jedinci v terapeutických podmínkách nízké úrovně. Poslední hypotéza předpokládala, že čím lepší hodnoty v procesuálním posunu zaznamenáme, tím lepší budou konstruktivní terapeutické výsledky.

Design

Základní výzkumná populace Wisconsinského projektu se skládala ze tří skupin ($N = 48$): (a) spíše chroničtí, (b) spíše akutní a (c) normální účastníci výzkumu, kteří byli srovnáni s kontrolní neléčebnou skupinou. Účastníci byli náhodně rozděleni podle pohlaví, věku, socioedukačního statusu a míry postižení (Luborsky Health-Sickness Rating Scale; Luborsky, 1962). Data byla zpracovávána v tříměsíčních intervalech. Základní terapeutické proměnné (bezpodmínečné pozitivní přijetí, empatie a kongruence) byly hodnoceny pomocí Truaxovy škály přesnosti empatie (Truax's Scale of Accurate Empathy, 1967a), Truaxovy škály měření bezpodmínečného pozitivního přijetí (Truax's Scale for the Measuring of Unconditional Positive Regard, 1967b) a Kieslerovy posuzovací škály kongruence (Kiesler's Scale for the Rating of Congruence, 1967). Procesuální proměnné byly hodnoceny pomocí Gendlinovy a Tomlinsonovy posuzovací škály prožívání (Gendlin and Tomlinson's Scale for the Rating of Experiencing, 1967), Gendlinovy škály způsobů vztahování se (Gendlin's Scale for the Manner of Relating, 1967) a Van der Veenovy a Tomlinsonovy posuzovací škály způsobu vyjádření problému (Van der Veen and Tomlinson's Scale for the Rating Manner of Problem Expression, 1967). Výsledky byly měřeny pomocí Rorschachova testu, Minnesotského multifázového inventáře osobnosti (MMPI) a Tematického apercepčního testu (TAT). Dále bylo využito Wechslerova testu inteligence dospělých, Q-třídění, Truaxovy škály hodnocení úzkosti (1961) a personál byl hodnocen podle Whitebornovy psychiatrické škály (Whiteborn & Betz, 1954). *Vnímání* vztahu mezi posuzovateli, pacienty a terapeuty bylo hodnoceno pomocí Barrett-Lennardova vztahového inventáře (1962).

Výsledky

Výsledky obsahovaly jak pozitivní, tak i negativní zjištění. První hypotéza, tedy předpoklad, že čím vyšší úroveň terapeutických podmínek máme, tím většího procesuálního pokroku dosáhneme, nebyla potvrzena. Schizofrenici vykazovali velice malý procesuální pokrok. Výzkum druhé hypotézy, která předpokládala, že ke stejnému procesuálnímu pokroku dochází u psychotiků, normální populace i u neurotiků, odhalil, že schizofrenici se zaměřují spíše na vytváření vztahu, zatímco neurotici se zabývají spíše sebezkoumáním a prožíváním. Třetí hypotéza, tedy předpoklad, že terapeutický proces terapeutické skupiny bude úspěšnější než u kontrolní skupiny, nebyla potvrzena. Hospitalizovaní, ale neléčení klienti vykazovali téměř stejný pokrok. Odvozená hypotéza, která předpokládala, že skupina s terapeutickými podmínkami na vysoké úrovni dosáhne většího pokroku než skupina s terapeutickými podmínkami na nízké úrovni, rovněž nebyla potvrzena. Na druhé straně však bylo zjištěno, že jedinci, kteří pracovali v terapeutických podmínkách na nejvyšší úrovni, vykazovali nejvyšší úroveň prožívání mezi schizofreniky, neurotiky a normálními účastníky. Poslední hypotéza, která spojovala terapeutické výsledky s procesuálním pokrokem, byla potvrzena částečně. Schizofrenní jedinci, jimž byla nabízena empatie v nejvyšší míře, vykazovali zlepšení na podškále MMPI měřící schizofrenii a výrazné zlepšení na TAT. Délka hospitalizace se rovněž výrazně zkracovala.

Diskuse

Výsledky Wisconsinského projektu by měly být interpretovány nejprve v kontextu výzkumného designu. Rogers a kol. (1967) se domnívají, že by výsledky mohly být pozitivnější, kdyby byli schizofrenní pacienti srovnáváni s kontrolní skupinou podle úrovně terapeutického procesu. Jednou z nevýhod byla malá velikost výběru. Klienti navíc nespolupracovali dobrovolně, takže jejich motivace variovala. V takovém případě léčba neprobíhala snadno. Rogers a kol. měli navíc pocit, že škála terapeutických podmínek nezachycovala nepodmíněné pozitivní přijetí, empatii a kongruenci v celé šíři. Dalším omezením studie byla

nedostatečná klinická zkušenost terapeutů, kteří pracovali s populací psychotiků. Tento výběr nebyl „očištěn“ od farmakoterapie nebo jiných forem nemocniční terapie, ovlivňovali ho matoucí proměnné, jejichž vliv nebyl započítán. Zpětně viděno, Rogers a kol. byli rádi, že se vliv terapeutických podmínek a procesuálních proměnných vůbec prokázal (vysoká úroveň terapeutických podmínek souvisela s vysokou mírou terapeutického pokroku a vyšší úroveň procesu částečně souvisela s terapeutickými výsledky). Podle mého názoru měl projekt ještě další nedostatky. Zaprvé, klient byl označen za chronického po pouhých osmi měsících! *Nemocnice, kde probíhal výzkum, nebyla zaměřena na léčbu chronicky nemocných*. Toto zařízení bylo vlastně okresní spádovou nemocnicí, která se zabývala akutnějšími případy. Pacienti, kteří nereagovali na léčbu, byli odesláni do státních nemocnic. Ve zkoumané populaci se nevyskytovaly těžké nebo dlouhodobě léčené případy (léčené pět a více let), což je obvyklé ve státních zařízeních. Tato okolnost omezuje výsledky výzkumu na středně těžké a akutní klienty.

Rogers a kol. (1967) uvádí klinické zlepšení do souvislosti s vysokou úrovní terapeutických podmínek, a tím celá věc získává na složitosti. Přisuzuje těmto klientům vyšší socioedukační úroveň a zároveň vyšší úroveň verbálních schopností. Toto tvrzení je v souladu s mnoha výsledky zkoumání, které potvrzují, že klienti s vyšší socioekonomickou úrovní obecně dosahují lepších psychoterapeutických výsledků. A to nás opět přivádí k otázce sociální podmíněnosti léčby schizofrenie.

Doplňkové studie

Jedna z raných studií Van der Veena (1965), která využívala databáze Wisconsinského projektu, zkoumala vzájemný vliv interakcí terapeuta a schizofrenního klienta v průběhu terapie. Van der Veen obecně předpokládal, že „terapeut i pacient své terapeutické chování navzájem ovlivňují a že terapeutické chování jednoho z nich je v pozitivním vztahu s terapeutickým chováním druhého z nich“ (s. 21). Jak terapeut, tak i klient se výrazně podíleli na dosažené úrovni vyjádření problému a klientova prožívání. Dále se potvrdilo, že jak terapeut, tak i klient, ovlivňují empatii a kongruenci terapeuta.

Van der Veen (1967) využil údajů o terapeutickém procesu a proměnných ze stejné databáze, ale mezi pacientovým procesem a úrovní terapeutických podmínek, vnímáním terapeutických podmínek pacientem nebo výsledky případu korelaci neměřil. Na druhé straně našel pozitivní korelaci mezi úrovní empatie a kombinovanými výsledky měření. Bezpodmínečně pozitivní přijetí mělo pozitivní vazbu na kratší hospitalizaci. Nejvyšší a nejnižší úrovně terapeutických podmínek (empatie a kongruence) rozhodovaly o větším či menším úspěchu terapie. Navíc, vyšší úroveň prožívání souvisela s lepšími výsledky v daném případě. Výsledky daného případu nesouvisely s vnímáním terapeutických podmínek. Terapeutický vliv na přístup a prožívání byl podobně jako u analýzy původních dat minimální.

S databází Wisconsinské studie pracoval rovněž Truax (1970), který zkoumal vývoj pacientů a kontrolní skupiny před a po hospitalizaci. Nezaznamenal žádný rozdíl ve dnech, které pacienti a kontrolní skupina strávili mimo nemocnici, ale skupina, která pracovala v terapeutických podmínkách na vysoké úrovni, odcházela a zůstávala mimo nemocnici výrazně déle (měřeno podle analýzy rozptylu), než skupina s terapeutickými podmínkami na nízké úrovni. Korelace byla naměřena také mezi výtěžností a větším rozsahem terapeutických podmínek.

Související studie

Pugh (1949) v jedné zajímavé studii zkoumal *kombinovaný* vliv elektrošoků a terapie zaměřené na klienta u malého výběru ($N = 6$) pacientů trpících paranoidní schizofrenií. Pugh provedl pretest a posttest Steinova testu doplňování vět (Stein Sentence Completion Test), MMPI a Rorschachova testu. Výsledky Steinova testu doplňování vět prokázaly zvýšený výskyt pozitivnějších témat odpovídající úrovni významnosti 0,05. Hodnoty na Rorschachově škále deprese se snížily na úroveň významnosti 0,10. Paranoidní schizofrenická symptomatologie se nezmírnila. O elektrošocích je obecně známo, že zmírňují depresi, a proto nelze tyto kombinované výsledky v plné míře přičítat vlivu terapie zaměřené na klienta.

Z některých empirických výzkumů vyplývá, že terapeuty lze rozdě-

lit pomocí inventáře míry profesního zájmu (Strong Vocational Interest Inventory) na „typ A“ (Seidman, 1971) a na „typ B“ (Betz, 1967), přičemž B označuje terapeuty, kteří nebyli při léčbě schizofrenních klientů příliš úspěšní. Seidman (1971) v rozšířené studii porovnal terapeuty typu A a B se schizoidními a neurotickými projevy pacientů. Zjistil, že úroveň terapeutovy tolerance a empatie odpovídala typu A či B a klientově „diagnóze“. Terapeuti typu A byli vůči schizoidním projevům tolerantnější a empatictější, zatímco terapeuti typu B byli tolerantnější a empatictější k neurotickým projevům. Studie Beutler, Johnsonová, Neville & Workman (1972) potvrdila předpoklad, že terapeuti typu A, kteří pracovali se schizofreniky, a terapeuti typu B, kteří pracovali s neurotiky, budou výrazně empatictější, než by tomu bylo v opačné kombinaci. Tyto studie, na rozdíl od většiny ostatních výzkumů, potvrzují, že Rogersovy terapeutické podmínky jsou interakční a nedirektivní.

Studie Teusch, Beyerle, Lange, Schenk & Stadtmüller (1981) se zmiňuje o výzkumu akutních schizofreniků ($N=60$) se zaměřením na klienta. Tyto pacienty by bylo možné rozdělit do tří kategorií: (a) autisti, nejsou schopni sebeohalení ani aktivního zapojení do procesu; (b) poněkud zranitelní, ale jejich potíže již téměř vymizely, minimum afektivních poruch nebo poruch motivace a (c) neutrální skupina s menšími nebo dokonce žádnými poruchami myšlení či afektivními poruchami a poruchami motivace.

Hospitalizace trvala od dvou do čtyř měsíců. Primárním nástrojem měření byl dotazník klientova prožívání (Client-Experiencing Questionnaire, Eckert, Schwartz & Tausch, 1977). Faktorová analýza tohoto dotazníku odhalila čtyři prvky: (a) nejistota a neschopnost verbálního projevu, (b) interakce, (c) ujištění v optimistickém očekávání změny a (d) fyzické napětí a emoční stres. Nejprve byla naměřena opačná korelace mezi dotazníkem klientova prožívání a frankfurtským dotazníkem zdravotních potíží (Sullworld, 1977). Podle Teusche a kol. (1981) to potvrzuje zjištění Wisconsinského projektu, že schizofrenní pacienti nevnímají „terapeutické podmínky“, i když jsou objektivně přítomny a potvrzeny nezávislými posuzovateli. Druhým zjištěním bylo, že pacienti s menším postižením byli na začátku léčby „optimističtější

v očekávání změny“. Mezi schizofrenními pacienty a „nejistotou a neschopností verbálního projevu“ existovala zřetelná korelace. Optimistické očekávání změny tendovalo k pozitivním terapeutickým výsledkům. Teusch (1990) rovněž uvádí, že srovnání pretestů a posttestů Freiburgerova osobnostního inventáře ukazuje na výrazné zmírnění deprese a fyzických potíží u schizofrenické populace. Dále bylo zaznamenáno výrazné zlepšení sebevědomí. 75 % pacientů vykazovalo v důsledku terapie zlepšení na celkové klinické škále. Těmto zjištěním lze vytknout především chybějící kontrolní skupinu. Interpretace výsledků rovněž opomíjí vliv psychofarmak.

Hinterkopfová a Brunswick (1981) učili akutní a chronické schizofreniky reflexi a focusingu. Schopnost reflexe a focusingu byly měřeny pomocí posuzovací škály poradce a mluvčího (Helper and Talker Rating Scales, Hinterkopf & Brunswick, 1975). Vzájemná reliabilita výzkumníků těchto škál byla 0,91. Experimentální skupina vykazovala výrazný rozdíl hodnot před a po terapii. Škála mluvčího (focusing) a poradce (reflexe) byla podrobena t -testu pozitivních výsledků. Hinterkopfová a Brunswick prokázali, že se schizofrenní pacienti zlepšili v přístupu ke svému prožívání (focusing) a v empatickém „naslouchání“ druhým. Analýza pozitivních výsledků ukázala, že výsledky hodnocení podle inventáře připravenosti na propuštění z nemocnice (Discharge Readiness Inventory, Community Adjustment Potential; Hogarty & Ulrich, 1972) byly u experimentální skupiny výrazně lepší než u kontrolní skupiny.

Přehled

Tyto individuální „fotografie“ nám samozřejmě celkový obrázek empirického vztahu mezi terapií zaměřenou na klienta a schizofrenii neposkytují. V nepřehledném množství informací jsme sesbírali pouhé střípky významů. Po pravdě řečeno, rogeriánskou hypotézu podporuje jen málo důkazů. Tento názor sdílí též Greenberg, Elliott a Lietaer (1994), kteří u schizofrenních klientů zaznamenali slabší účinek než u jiných skupin klientů terapie zaměřené na klienta. V literatuře se stává zvykem spojovat terapeutické podmínky s naměřenými výsledky (Rogers a kol.,

1967; Teusch, 1990; Truax, 1970; Van der Veen, 1965). A ještě tu máme jedno významné zjištění. Neexistuje žádný přímý kauzální vztah mezi terapeutickými podmínkami a pokrokem klienta (jak se tradičně předpokládalo), ale spíše interaktivní působení mezi klientem a terapeutem (Beutler a kol., 1972; Seidman, 1971; Van der Veen, 1965). Matoucí proměnnou představuje užívání antipsychotických léků u hospitalizovaných pacientů. Bez pomoci vědeckých nástrojů by nebylo možné zkoumat přímý či proporcionální účinek terapie zaměřené na klienta. Žádná z uvedených studií tento problém nijak neosvětlila, pouze Karonovi a van den Bosovi (1981) se podařilo experimentálně odlišit farmakoterapii od úspěšné psychoanalytické terapie. Dalším omezujícím faktorem je zřejmě také zaměření těchto studií na akutní, a nikoli na chronické pacienty. Obrázek, který nám poskytují, vypovídá pouze o jednom úseku z celé škály pacientů a nevypovídá téměř nic o omezeném světě chronicky nemocných. Tento nedostatek, daleko více než ostatní omezení, svědčí o nutnosti rozšíření Rogersovy původní práce o koncepty a techniky, které lze využít při práci s těžce postiženými a narušenými klienty.

GESTALT TERAPIE

Serok a Zemet (1983) si byli vědomi nedostatku kvantitativních výzkumů gestalt terapeutické léčby psychotiků, a tak se rozhodli ověřit účinek skupinové gestalt terapie na schizofrenní klienty. Vyšli z teoretického předpokladu, že direktivní zážitková cvičení klientům napomáhají integrovat realitu, a proto by gestalt terapie měla znatelně zvyšovat míru diferenciaci a vnímání skutečnosti. Experimentální skupina čítala devět účastníků a kontrolní skupina osm. Experimentální skupina se scházela jednou týdně na 75 minut po dobu dva a půl měsíce. Kontrolní skupina se ve stejnou dobu zabývala pracovní terapií. Serok a Zemet chtěli prozkoumat účinek terapie na diferencní vnímání konkrétního, logické myšlení a internalizaci reality. Pretest a posttest byl hodnocen pomocí Neiggerovy a Falkovy škály reality Rorschachova tes-

tu. Výsledky prokázaly statisticky významné zlepšení na Neiggerově škále reality a výrazné zlepšení vnímání reality u Falkova testu. Podobně jako u rogeriánských studií, tento experiment nezapočítal vliv léků, a proto je interpretace těchto výsledků omezená.

Studie Serok, Rabin & Spitz (1984) popsala léčbu schizofrenických klientů pomocí klasických termínů užívaných v gestaltu jako proces rekonstrukce figury a pozadí. Zabývali se především tím, zda jednotlivá cvičení zaměřená na realitu opravdu zlepšují vnímání reality u klientů.

Nově hospitalizovaní pacienti byli rozděleni podle pohlaví, věku, vzdělání, etnického původu, zaměstnání, socioekonomického statusu, diagnózy a počtu předchozích hospitalizací. Devět pacientů navštěvovalo skupinovou terapii čtyřikrát týdně po dobu tří měsíců. Terapie měla posílit vnímání a internalizaci reality a rovněž logické uvažování. Měření probíhalo jeden týden před a jeden týden po skončení experimentu. Vnímání sebe sama a ostatních bylo hodnoceno pomocí testu kresby lidské postavy od Goodenoughové (The Goodenough Human Figure Drawing Test, Brill, 1935). Tento test kromě zobrazení těla, jeho rozměrů a postoje či kvality kresby rovněž zachycoval případné deformace. Zobrazování těla se výrazně zlepšilo u účastníků obou pohlaví. Postavy, které kreslili muži, byly výrazně méně zdeformované. Postavy, které kreslily ženy, měly lepší proporce, postoj i kvalitu kresby.

Celkové hodnoty a úroveň zlepšení dosáhly statistické významnosti. Pacienti byli též hodnoceni pomocí škály sebepojetí (Fitts, 1972) o sto položkách a jejich výsledky opět potvrdily zlepšení na úrovni statistické významnosti. Jednalo se zejména o pocit spokojenosti a identity v rodině. Rovněž míra integrace osobnosti výrazně vzrostla. Zdravotní personál u nich zaznamenal výrazné zlepšení komunikativních schopností a míry kontaktu s ostatními. Míra fyzické a verbální agrese rovněž poklesla. Tyto výsledky, podobně jako u předchozí studie, prokazují vliv gestalt terapie, ale nerozlišují podíl psychoterapie a léků. Přesto můžeme potvrdit, že gestalt cvičení zaměřená na uvědomování si reality mají vliv na sociální i vlastní integraci klientů.

PSYCHOSOCIÁLNÍ PROGRAMY

Soteria House

Mosherová a Menn (1978, 1979) popsali Soteria House jako „historickou“ dvanáctipokojovou budovu v „tranzitní“ čtvrti San Franciska, v níž se může pohodlně ubytovat osm až deset lidí. Místní personál tvořili neprofesionálové a psychiatrický poradce na poloviční úvazek. Neprofesionální účastníci rezidenčního programu měli za úkol „být s“ klienty ve fenomenologickém smyslu, tedy pozitivně a bezpředsudečně přijímat jejich psychotické zážitky. Za nejdůležitější Mosherová a Menn považovali těchto šest složek programu: (a) pozitivní očekávání, že nás psychóza něčemu naučí, (b) flexibilita rolí, vztahů a reakcí, (c) dostatečná délka pobytu v domě, aby pacienti mohli personál napodobit a identifikovat se s ním, přičemž to, jak psychotik prožívá sám sebe, by mělo být přijímáno jako oprávněné, (d) primární povinnost personálu „být s“ narušenými obyvateli domu a uznat, že pacienti nemusí nic dělat, (e) velká tolerance vůči „bláznivému“ chování bez znepokojení a snahy něco měnit a (f) normalizace psychotických zážitků. Léky ovlivňující psychiku byly využívány minimálně, v 7 % až 10 % celkového času, na rozdíl od 100% diety u klasických nemocničních programů.

Ve studii Mathews, Roper, Mosher & Menn (1979) se srovnávala recidiva pacientů propuštěných ze Soteria House a pacientů hospitalizovaných na psychiatrické klinice. Údaje o diagnóze, pohlaví, manželském statutu, vzdělání, sociálním postavení a počtu předchozích hospitalizací u 32 účastníků experimentu byly porovnány s údaji u kontrolní skupiny. V rámci statistické analýzy se používala tabulka přežití. Tato metoda se běžně využívá při zkoumání vytrvalosti pacientů v různých léčebných podmínkách, ale je vhodná i pro odhadování délky léčby psychiatrických pacientů. Pacienti ze Soteria House vykazovali během 24 měsíců větší výdrž než pacienti v rámci tradičního programu. V porovnání s ostatními pacienty vykazovali o 20 % nižší recidivu. Účastníci programu Soteria, kteří *neužívali žádné léky*, vykazovali v porovnání s pacienty tradiční *kontinuální farmakoléčby* výrazně nižší recidivu díky psychosociálnímu vlivu terapie v délce 6, 12, 18 a 24 měsíců.

Mosherová, Vallone a Menn (1995) porovnali dvě psychiatrická oddělení okresních nemocnic se dvěma Soteria programy. Experimentální skupinu tvořilo 55 pacientů (Soteria program) a kontrolní skupinu rovněž 55 pacientů (psychiatrická oddělení okresních nemocnic). U pacientů se porovnávalo deset demografických, pět psychopatologických, sedm prognostických a sedm psychosociálních proměnných. Pro měření kvality životního prostředí bylo využito škály posuzující atmosféru na psychiatrickém oddělení (Ward Atmosphere Scale – WAS) a škály posuzující životní prostředí komunitního programu (Community Environment Program Environmental Scale – COPEs, Moos, 1975). Z výsledků vyplývá, že experimentální Soteria programy si byly navzájem velice podobné a od obou kontrolních programů se výrazně odlišovaly (psychiatrických oddělení okresních nemocnic).

Srovnání dat o životním prostředí v průběhu šesti týdnů neodhalilo žádné rozdíly v naměřených hladinách psychopatologie či míry zlepšení. Míra zmírnění symptomů byla rovněž shodná. Jinými slovy, oba typy prostředí vykazovaly stejnou míru klinického zlepšení. Psychosociální program s minimálním nasazením léků si vedl v kritickém období osobní dezorganizace stejně dobře jako standardní farmakoléčba. Experimentální skupinu bylo na základě srovnání 27 proměnných možné rozdělit na skupinu, která neužívala léky, a na skupinu s farmakoléčbou. Pacienti bez léků vykazovali výrazně větší zlepšení na škále celkové patologie. Soteria House byl obecně stejně úspěšný jako standardní psychiatrický program, ale co je důležité, léčba bez léků vedla k výrazně většímu zlepšení než farmakoléčba.

Soteria Berne

„Soteria Berne“ byl psychosociální léčebný program, který se uskutečnil ve švýcarském Bernu. Program měl k dispozici dvanáctipokojový dům se zahradou, v němž se mohlo ubytovat šest až osm pacientů. Terapeutický tým tvořilo pět zdravotní sester z psychiatrického oddělení, čtyři poloprofesionálové a vedoucí na částečný úvazek. Léčba byla rozdělena do čtyř fází. V první akutní fázi pečovatel během psychotických prožitků pacientovi nabízel „podpurný“ vztah. Následovala aktivační fáze,

postupný návrat do reality. Během třetí fáze mělo dojít k postupnému sociálnímu, pracovnímu a environmentálnímu přizpůsobení. Poslední fází bylo kontrolní vyšetření po dvou letech, které sloužilo jako prevence proti recidivě schizofrenních symptomů a opětovné hospitalizaci.

Soteria Berne podrobil vědeckému výzkumu Ciompi a kol. (1992). Moosova škála posuzující atmosféru na psychiatrickém oddělení (1974) pozitivně odlišila Soteria Berne od ostatních psychiatrických oddělení v dané oblasti. Přibližně dvě třetiny pacientů ze Soteria Berne vykazovaly „dobré“ až „velmi dobré“ výsledky. Těchto výsledků bylo dosaženo s využitím léků, jejichž dávky tvořily v průměru jednu pětinu až jednu desetinu standardů platných ve Spojených státech. Navíc, pacienti ze Soteria Berne, kteří brali nižší dávky neuroleptických léků, vykazovali lepší léčebné výsledky. Ciompi ve shodě s původní sanfranciskou studií Soteria programu nezaznamenal žádný rozdíl ve srovnání s jinými psychiatrickými podmínkami u sedmi proměnných: psychopatie, ubytování, zaměstnání, celkové výsledky, autonomie, recidiva a náklady. Z toho vyplývá, že zlepšení u standardních psychiatrických programů, u nichž lze předpokládat vliv léků, je zhruba stejné jako u psychosociálních programů s minimálním či nulovým ovlivněním neuroseptickými léky.

PRETERAPIE

V této části kapitoly se budeme zabývat nejnovějšími koncepty a objevy na poli humanistické či na klienta zaměřené terapie pro psychotiky. Tyto koncepce vycházejí ze zjištění, že metody normativní terapie nejsou obecně u této populace účinné, a to ze dvou důvodů: (a) psychotici daleko hůře navazují interpersonální kontakt a vztah a (b) psychotici mají daleko větší potíže s interpersonální komunikací než lidé, kteří touto chorobou netrpí. Zážitková a na člověka zaměřená psychoterapie musela vyvinout novou strategii pro klienty trpící chronickou schizofrenií, psychotiky, mentálně postižené či jinak duševně postižené klienty (Prouty, 1994).

Psychologický kontakt

Rogers (1959) považoval psychologický kontakt za první podmínku terapeutického vztahu. Prouty (1990) však připomíná, že Rogers *předpokládá* přítomnost psychologického kontaktu mezi klientem a terapeutem za nutnou podmínku jaksi bezdůvodně a že ji nedokázal definovat teoreticky ani klinicky. Teoretické rozpracování psychologického kontaktu je proto nezbytné. Preterapie je teorie a metoda, která považuje psychologický kontakt za nutnou podmínku vzniku psychoterapeutického vztahu u klientů, kteří nedokážou navázat normální kontakt, jako jsou například mentálně postižení klienti nebo chroničtí schizofrenici. Psychologický kontakt je v existenciálně fenomenologickém smyslu definován jako žitá, prereflektivní a vědomá zkušenost světa, sebe sama a ostatních lidí. Psychologický kontakt se stává terapeutickým, jestliže terapeut pracuje s klientem následujícím způsobem: (a) reflektuje kontakt, (b) využívá funkcí kontaktu a (c) sleduje chování v průběhu kontaktu.

Kontaktní reflexe

Kontaktní reflexe „poukazuje ke konkrétnímu“. Jedná se o zrcadlové, doslovné a konkrétní reakce na klientovu omezenou úroveň vyjádření. Prouty rozeznává pět druhů kontaktních reflexí: situační reflexe (SR), reflexe výrazu obličeje (RVO), doslovná reflexe (DR), reflexe tělesných projevů (RTP) a zopakovaná reflexe (ZR).

Situační reflexe. Jedná se o reflexi klientovy situace, životního prostředí a podmínek. Například: „Johnny sedí na podlaze“ nebo „Mary se dívá z okna.“ Cílem této reflexe je pomoci klientovi navázat kontakt s realitou.

Reflexe výrazu obličeje. Mnozí z těchto regresivních a psychotických klientů nedokážou navázat afektivní kontakt v důsledku psychologické izolace, (ústavní) nebo přehnané farmakoterapie. Reflexe výrazu obličeje je reflexí klientova předexpresivního afektu. Tento typ reflexe napomáhá afektivnímu prožívání. Například: „vypadáte smutně“ nebo přesněji „máte v očích slzy“.

Doslovná reflexe (word-for-word reflection). Většina chronicky ne-

mocných pacientů komunikuje velice chaoticky, vytvářejí například echolalické novotvary a míchají slova. Jejich komunikace je často směsicí srozumitelného a nesrozumitelného projevu. Klient může například říci: „strom“ (nesrozumitelné slovo), „kůň“ (nesrozumitelné slovo) a „tráva“. Terapeut to slovo od slova zopakuje: „strom, kůň, tráva“. Jestliže to pomůže zlepšit nebo obnovit komunikaci, terapeut může zopakovat útržky vět, nedokončené věty a někdy dokonce i zvuky.

Reflexe tělesného projevu. Mnozí klienti mají bizarní tělesný projev, například strnulé pozice těla nebo echopraxii. Rozeznáváme dva druhy tělesných reflexí. První je verbální, například: „máte ruku zdviženou ve vzduchu“ nebo „stojíte prkenně“. Druhá je konkrétnější a doslovnější: terapeut sám zaujme klientovu tělesnou pozici. Tyto techniky mají klientovi pomoci, aby začal vnímat své tělo a vytvořil si tělesné ego.

Zopakovaná reflexe (reiterative reflections). Nejde o nějakou specifickou techniku, ale spíše o *princip opakování kontaktu*. Pokud se některé z reflexních metod kontaktu podaří vyvolat klientovu reakci, terapeut ji zopakuje. Tato metoda posiluje prožívání komunikace mezi klientem a terapeutem. Rozlišujeme bezprostřední zopakování reflexe a zopakování reflexe po uplynutí delší doby. Bezprostřední zopakování většinou následuje v krátkém časovém odstupu od úspěšné reflexe, která dříve u klienta vyvolala odezvu. Například: „Když jsem řekl strom, tak jste se usmál.“ Druhý typ zopakované reflexe následuje po delší pauze. Například, když jsem své klientce řekl: „Naposledy jste ukázala prstem na svoje břicho,“ a později zjistil, že prodělala potrat.

Kombinace těchto reflexních technik vytváří metodu psychologického kontaktu s empatickou odezvou na *omezenou úroveň* klientových *kommunikačních* schopností. Poskytuje komunikační síť pro izolovaného klienta.

Praktické využití. Následující ukázka je příkladem využití reflexních metod kontaktu. Jde o van Werdeho (viz Prouty a kol., 1998) popis interakce mezi klientem Harrym (H) a terapeutem (T) belgické psychiatrické kliniky.

Harry je třináctiletý mladík s chaotickou komunikací. Funguje na nízké úrovni, a proto byl zařazen do skupiny 1 (malé skupiny s intenzivní a individuální péčí). Jeho motivace, spolupráce a emoční naladění neustále fluktuuje. Nedokáže u ničeho vydržet a soustředit se, a proto je s ním velice těžké spolupracovat. On sám ve skupině fungovat nedokáže. Vyžaduje veškerou pozornost pro sebe a často se chová jako dítě. Ten den Harry dorazí pozdě a bez kláves, na něž se učí patnáct minut denně hrát.

H: (*Vějde do místnosti a položí hlavu na klávesy.*)

T: Ahoj Harry ...

(*Harry má pořád hlavu na klávesách*)

(*Harry cosi nesrozumitelného mumlá, hlavu má pořád položenou na klávesách*)

T: (SR) Něco jsi říkal ...ale nerozuměl jsem ti ...

T: Máš hlavu na klávesách ...

(*Harry ještě chvíli setrvá ve stejné pozici a pak se najednou rozpláče*)

T: (RVO) Pláčeš ...

(*Harry pořád pláče a zůstává ve stejné pozici*)

T: (OR, SR) Pláčeš s hlavou na klávesách ...

(*Harry zvedne hlavu ... vzdychne ... utře si slzy z obličeje*)

T: (SR) Díváš se na mě ...

T: (RVO) Povzdychl sis ...

T: (RVO) Máš na tváři slzy ...

T: (SR) Utřel sis slzy ...

H: Klávesy ...

(*Harry mlčí, svěsí hlavu a ramena*)

T: (RSS) Klávesy ...

T: (OR) Minulý týden jsi tu byl každý den ve stejnou dobu s klávesami

...

T: (RTP) Svěsil jsi hlavu a ramena ...

H: Dneska nemám chuť hrát ... jsem moc unavený ...

(*Harry se podívá terapeutovi do očí a začnou se mu třást ruce*)

T: (SR) Díváš se na mě ...

T: (RTP) Třesou se ti ruce ...

H: Tento týden jsem necvičil.

T: (RSS) Necvičil jsem ...

H: Pohádal jsem se s otcem.

(*Harry svěsí hlavu, vypadá smutně*)

T: (RSS) Řekl jsi, že ses pohádal s otcem ...

(*Harry mlčí*)

T: (RTP) Svěsil jsi hlavu ...

(Harry stále mlčí, na první pohled žádná reakce)

T: (RVO) Tváříš se smutně ...

H: Můj otec je hrozně přísný, každý večer musím jít spát v půl desáté, dokonce i o víkendu ...

Od této chvíle Harry hovoří o sobě a o věcech, které ho trápí, plynule a kongruentně: o špatném vztahu mezi otcem a synem a o komunikačních problémech, které mezi sebou mají. Konverzace probíhá „normálně“ a krátce si o problému promluví. Harry se dostane do správné nálady, která mu umožňuje, aby mohl pokračovat v aktivitách plánovaných na toto sezení. Prvním krokem bylo navázání kontaktu. Pak následovala interakce a možnost další aktivity. (Prouty a kol., 1998, s. 139–140)

Kontaktní funkce

Perls (1969) definuje kontakt jako *funkci ega*. Preterapie toto pojetí rozšiřuje o funkce kontaktu, které jsou definovány jako: (a) kontakt s realitou, (b) afektivní kontakt a (c) komunikativní kontakt. Jde v podstatě o funkce uvědomování. Teoretickým záměrem preterapie je navázat či obnovit komunikaci a kontakt s realitou a emocemi, což je nezbytnou podmínkou psychoterapeutické léčby.

Kontakt s realitou. Kontakt s realitou je definován jako uvědomování si lidí, míst, věcí a událostí. Lidé jsou fyzickými „předměty“, které se nacházejí ve světě. Místo se nachází tam, kde věci „vznikají“. Věci jsou skutečnými předměty. Události představují dobu, v níž věci vznikají. Věci jsou hmatatelným aspektem našeho *smyslu pro realitu*.

Afektivní kontakt. Afektivní kontakt je definován jako uvědomování si nálad, pocitů a emocí. Jde o fenomenologicky odlišné formy afektu. Nálada tvoří málo zřetelné a jakoby mlžné pozadí. Zabarvuje události. Pocity jsou zřetelnější, jasnější a svým způsobem vystupují do popředí. Emoce jsou o poznání silnější a výraznější a jakožto afektivní zkušenost srozumitelnější. Nálad, pocity a emoce jsou stabilní součástí našeho prožívání.

Komunikační kontakt. Komunikační kontakt je definován jako symbolické vyjádření toho, jak si uvědomujeme realitu a jak působíme na ostatní lidi. Není to jen informace. Jde o to, jak komunikujeme s ostatními lidmi o našem vnímání světa a o sobě samých. Jak sdělujeme denotativní a konotativní významy našeho zkušenostního univerza, jak se otevíráme ostatním lidem. Komunikativní kontakt umožňuje psy-

chologický kontakt s ostatními lidmi. Lidé *žijí v jazyce*, což je další z nekonečného množství vlastností lidské zkušenosti.

Viněta. Následující ukázka, kterou jsem získal od své studentky, názorně dokládá přítomnost a podpůrnou funkci kontaktu.

„Dorothy“ je pětadesátiletá žena, jedna z nejhůře postižených pacientek na psychiatrickém oddělení X. Něco si pro sebe mumlá, což je pro ni typické. Tentokrát jsem však v tom zmatku rozeznala i nějaká slova. Opakovala jsem pouze slova, jimž jsem jasně rozuměla. Asi po deseti minutách jsem zaslechla i celé věty.

K: Pojď se mnou.

T: (RSS) Pojď se mnou.

(Pacientka mě dovedla do rohu společenské místnosti. Velmi dlouhou dobu jsme tam jen tak v tichosti stály. Nemohla jsem s ní komunikovat, a tak jsem sledovala pohyby jejího těla a co nejpřesněji je napodobovala.)

K: (Pacientka položila ruku na zed.) Studená.

T: (RSS, RTP) (Položila jsem ruku na stěnu a zopakovala to slovo po ní.) Studená.

(Celou dobu mě držela za ruku, ale když jsem ji napodobila, stiskla ruku pevněji. Dorothy začala mumlat útržky slov. Opakovala jsem jen slova, jimž jsem rozuměla. To, co říkala, začalo dávat smysl.)

K: Už nevím, co tohle znamená. (Dotkla se stěny: kontakt s realitou) Stěny a židle už pro mě nic neznamenají (existenciální autismus).

T: (RSS, RTP) (Dotkla jsem se stěny.) Už nevíš, co tohle znamená. Židle a stěny pro tebe už nic neznamenají.

K: (Pacientka se rozpláče: afektivní kontakt)

K: (Po chvíli se opět rozhovoří. Tentokrát hovoří srozumitelně.) (komunikační kontakt) Nelíbí se mi tu. Jsem hrozně ... hrozně unavená.

T: (RSS) (Něžně jsem se dotkla její paže, tentokrát jsem stiskla její ruku já. Zopakovala jsem její větu.) Jsi unavená, velmi unavená.

K: (Pacientka se usmála a vyběhla mě, abych se posadila na židli, která stála přímo před ní, a začala se mi probírat ve vlasech.)

Preterapie v této ukázce vystupuje jako terapeutická teorie a filozofie. Ukázka ilustruje, jak lze využít kontaktní reflexe k posílení kontaktních funkcí. Setkáváme se s afektivními a komunikačními funkcemi a funkcemi, které zprostředkovávají vnímání reality, a umožňují srozumitelnější projev.

Kontaktní chování

Kontaktní chování je chování, které je výsledkem kontaktních funkcí a reflexe. Poskytuje „behaviorální“ materiál pro operacionalizované měření. Kontakt s realitou (se světem) je operacionalizován jako klientova verbalizace lidí, míst, věcí a událostí. Afektivní kontakt (já) je operacionalizován jako výraz tváře nebo tělesné vyjádření afektu. Afektivní kontakt lze rovněž operacionalizovat s využitím „léčivých slov“, jako je například *smutný* nebo *rozzlobený*. Komunikativní kontakt (s druhým) lze operacionalizovat s využitím společenských slov či vět.

Jedna starší pilotní studie (Hinterkopf, Prouty & Brunswick, 1979), která využívala metodu preterapie, zaznamenala u pacientů trpících chronickou schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou, která se zúčastnila rekreační terapie, výrazné zlepšení kontaktu s realitou a komunikativního kontaktu. Pacienti, kteří se zúčastnili studie, byli hospitalizováni v průměru dvacet let, takže nám umožnili prozkoumat skutečně chronickou část schizofrenní populace, což se dosavadním studiím zaměřeným na klienta zatím nepodařilo.

Pilotní jednopřípadová studie (Prouty, 1990) hodnotila účinek preterapie u klienta s dvojitou diagnózou schizofrenie/autismu a mentálního postižení s IQ 17 podle Stanford-Binetovy škály. Zlepšení afektivního a komunikativního kontaktu a kontaktu s realitou bylo hodnoceno podle frekvence klientova kontaktního chování za minutu. Klinické hodnocení prováděl nezávislý psycholog, který účel studie neznal. Podle jeho mínění se zlepšila pacientova schopnost snášet frustraci a zároveň se zmírnila jeho agresivita. Dále u pacienta zaznamenal internalizovaný mechanismus sebekontroly a větší emoční a behaviorální stabilitu. Tato studie je prvním výzkumem zaměřeným na klienta, která se zabývá psychotikou na spodním konci škály intelektuální populace.

V další pilotní jednopřípadové studii Prouty (1994) ověřoval konstrukční validitu psychologického kontaktu. Mladá klientka byla hospitalizovaná se schizofrenií / mentální poruchou a léčena pomocí preterapie. Pozorování probíhalo na dvou úrovních: každý den a po třech měsících. Každodenní pozorování probíhalo vždy na začátku, uprostřed a na konci sezení a jeho součástí bylo skórování o 2 x 24 položkách

(1–20, 40–60 a 80–100 percentilů). Korelační koeficient 0,9847 byl dosažen při $p = 0,0001$. Párový t -test dosáhl hodnoty 2,3738 při $p = 0,0526$. Tato data naznačují, že výsledky skórování na úrovni významnosti 0,1 a 0,5 se od sebe neliší. Výsledkem tříměsíčního pozorování bylo devět párů průměrných skóre hodnocených nezávislými pozorovateli, které dosáhly korelačního koeficientu 0,9966 při $p = 0,0001$, a představují tedy silný argument oproti nulové hypotéze. Párový t -test dosáhl hodnoty 0,0964 při $p = 3,528$. Z těchto dat vyplývá, že výsledky skórování se od sebe neliší.

V další pilotní studii DeVre (1992) společně se svými kolegy van Werdem a Deleuem, znovu potvrdili konstrukční validitu a prokázali reliabilitu škály preterapie. Pracovali se třemi klienty. První dva klienti trpěli chronickou schizofrenií a měli normální inteligenci, třetí klient byl mentálně postižený. Při prvním měření shody mezi posuzovateli se $e = 0,39$. Po překladu z angličtiny do vlámsčiny stejní posuzovatelé u druhého klienta naměřili $e = 0,76$. U třetího klienta stejní posuzovatelé naměřili $e = 0,87$. Měření reliability probíhalo s pomocí zdravotních sester z psychiatrické kliniky, které prošly výcvikem zaměřeným na škálu preterapie. První měření přineslo nízké hodnoty, $e = 0,39$. Po překladu z angličtiny do vlámsčiny zdravotní sestry dosáhly $e = 0,7$ na úrovni významnosti 0,0005.

Danacci (1997) vypracoval videostudii klientů preterapie. Tato pilotní studie pracovala s jedním terapeutem, dvěma experimentálními klienty a dvěma kontrolními klienty s diagnózou schizofrenie / mentální postižení, kteří byli hospitalizováni 30 let. Tento experiment přinesl spolehlivé klinické a kvantitativní důkazy o výrazném zlepšení komunikace u téměř němých klientů. K hodnocení bylo využito škály hodnotícího kritéria preterapeutického rozhovoru (ECPI – Evaluation Criterion for the Pre-Therapy Interview), která hodnotí verbální koherenci a míru těžkého postižení. Danacci uvádí beta koeficient 0,77 a diferenci bodů dosažených při hodnocení komunikace v rozmezí 16,195 až 28,257 s 97,5% mírou spolehlivosti. Pacienti léčení preterapií dosáhli při prvním sezení v průměru o 22,226 bodů vyšší skóre při hodnocení komunikace, než kontrolní skupina. Diference dosáhla statis-

tické významnosti při $p < 0,02$. Tato statistická interpretace odhalila, že skóre klientovy komunikace odpovídalo daleko většímu výběru a nebylo důsledkem vnějších proměnných.

Stručně řečeno, preterapie se vyvinula z Rogersovy koncepce psychologického kontaktu jako první podmínky terapeutického vztahu. Psychologický kontakt popisuje jako terapeutickou metodu (kontaktní reflexe), klientův proces (kontaktní funkce) a měřitelné chování klienta (kontaktní chování). Pilotní studie klientů s těžkým mentálním postižením nabízí přesvědčivý materiál pro další empirický výzkum.

ZÁVĚR A NAVRHOVANÝ VÝZKUM

Předložit ucelený obrázek humanistického a na klienta zaměřeného výzkumu schizofreniků rozhodně není jednoduchý úkol. Porovnání jednotlivých teoretických struktur s různými proměnnými a způsoby měření je problematické. Přesto můžeme říci, že důkazy o hodnotě humanistického přístupu k léčbě těchto populací přichází z celého spektra humanistických studií.

Je jasné, že tradice zaměřená na klienta byla, co do kvantity výzkumu, nejproduktivnější. Neradujeme se však předčasně, neboť většina výzkumných zjištění svědčí ve prospěch Rogersova stanoviska jen zdrženlivě a omezuje se na méně postiženou část psychotické populace. Obrovský význam mělo rozšíření výzkumu na chronickou retardovanou populaci schizofreniků. Ústavy pro chronicky nemocné a chroničtí pacienti by měli být podrobeni dalšímu výzkumu. S tím také úzce souvisí aplikace metody preterapie, která byla navržena speciálně pro retardovanou populaci. Empirický výzkum metody preterapie je stále ještě v plenkách, ale díky svému zaměření na retardované klienty nás jistě obohatí o klinické a praktické zkušenosti. Rozhodně bychom měli pokračovat ve výzkumu validity a reliability škály preterapie a rovněž v měření její účinnosti.

Druhou závažnou oblastí výzkumného zájmu je otázka farmakoterapie. Léky jsou především vázanou proměnnou, která teoreticky mů-

že zastínit relativní účinnost psychoterapie v pozitivním i negativním smyslu. Karon a van den Bos (1981), Mosherová a její kolegové (Mosher & Menn, 1978, 1979; Mosher a kol., 1995) a Ciompi a kol. (1992) jsou spíše pro menší nebo nulové využívání neuroleptik. Může to sice přinést určité zdravotní komplikace, ale srovnávací výzkum farmakoterapie a léčby s minimálním či nulovým užíváním léků musí pokračovat. Další výzkum by se měl zaměřit také na účinnost farmakoterapie na symptomatologii. Foltz (2000) zaznamenal omezený účinek u farmakoterapie halucinací (hlasy) a paranoidní nedůvěry. Tato psychologická studie by měla být zopakována.

Další významná oblast výzkumného zájmu zahrnuje to, co Mahrer (1992) označil jako *psychoterapii zaměřenou na objevování*, která využívá terapie jako nástroj svého zkoumání. Proutyho výzkum (Prouty, 1977, 1983, 1986, 1991; Prouty & Pietrzak, 1988) šel ve stopách evropské existenciálně fenomenologické tradice (Binswanger, 1963, Boss, 1963; Laing, 1969; Minkowski, 1970; Strauss, 1966). Klinicky bylo zjištěno, že: (a) halucinace lze zážitkově zpracovat, (b) halucinace jsou zpracovávány do představ o realitě, (c) halucinace jsou fragmentem struktury self a (d) halucinace jsou silněji než sny „extrojikovány“ přes hranice self nebo ega. Další významná fenomenologická studie (Foltz, 2000) zkoumala „prožitek léčby“ u psychotických klientů. Všechna tato zjištění jsou důležitá pro porozumění psychotickému procesu z psychologické perspektivy. Z výsledků a podnětů uvedených v této kapitole je patrné, že základy pro další humanistický výzkum jedinců s těžkými psychickými poruchami již byly položeny.

ODKAZY

- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71–83.
- Bohart, A. C. (1990). A cognitive client-centered perspective on borderline personality development. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.), *Client-*

- centered and experiential psychotherapy in the nineties (pp. 599–622). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Bohart, A. C., O'Hara, M. & Leitner, L. M. (1998). Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 8, 141–157.
- Elliott, R. (1996). Are client-centered/experiential therapies effective? A meta-analysis of outcome research. In U. Esser, H. Pabst & G.-W. Speierer (Eds.), *The power of the person-centered approach: New challenges, perspectives, answers* (pp. 125–138). Köln, Germany: GwG Verlag.
- Elliott, R. (1998). Editor's introduction: A guide to the empirically supported treatments controversy. *Psychotherapy Research*, 8, 115–125.
- Elliott, R., Greenberg, L. & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 509–539). New York: Wiley.
- Farmer, A. (1999). The demise of the published case report: Is resuscitation necessary? *British Journal of Psychiatry*, 174, 93.
- Greenberg, L. S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research*, 1, 3–16.
- Haaga, D. A. F. & Stiles, W. B. (2000). Randomized clinical trials in psychotherapy research: Methodology, design, and evaluation. In C. R. Snyder & R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21st century*. New York: Wiley.
- Hayes, A. M., Castonguay, L. G. & Goldfried, M. R. (1996). The study of change in psychotherapy: A re-examination of the process-outcome correlation paradigm. Comment on Stiles and Shapiro (1994). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 909–914.
- Henry, W. P. (1998). Science, politics, and politics of science: The use and misuse of empirically validated treatment research. *Psychotherapy Research*, 8, 126–140.
- Leitner, L. M. (1995). Dispositional assessment techniques in experiential personal construct psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 8, 53–74.
- Leitner, L. M. & Pfenninger, D. T. (1994). Sociality and optimal functioning. *Journal of Constructivist Psychology*, 7, 119–135.
- Levins, R. (1968). *Evolution in changing environments: Some theoretical explorations*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181–1209.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J. S. & Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A „wild card“ in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95–106.
- Rice, L. N. & Greenberg, L. S. (Eds.). (1984). *Patterns of change*. New York: Guilford Press.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed by the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science: Vol. III. Formulations of a person and the social context* (pp. 184–256). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rosenwald, G. C. (1988). A theory of multiple case research. *Journal of Personality*, 56, 239–264.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–415.
- Schneider, C. K. & Stiles, W. B. (1995). A person-centered view of depression: Women's experiences. *Person-Centered Journal*, 2, 67–77.
- Sechrest, L. (1994). Recipes for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 952–954.
- Silberschatz, G. (1994). Abuse and disabuse of the drug metaphor in psychotherapy research: Hold on to the baby as you throw out the bath. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 949–951.
- Stiles, W. B. (1979). Psychotherapy recapitulates ontogeny: The epigenesis of intensive interpersonal relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 391–404.
- Stiles, W. B. (1983). Normality, diversity, and psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 183–189.
- Stiles, W. B. (1988). Psychotherapy process-outcome correlations may be misleading. *Psychotherapy*, 25, 27–35.
- Stiles, W. B. (1992). Producers and consumers of psychotherapy research ideas. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1, 305–307.
- Stiles, W. B. (1993). Quality control in qualitative research. *Clinical Psychology Review*, 13, 593–618.
- Stiles, W. B. (1994). Drugs, recipes, babies, bathwater, and psychotherapy process – outcome relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 955–959.
- Stiles, W. B. (1995). Stories, tacit knowledge, and psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 5, 125–127.
- Stiles, W. B. (1996). When more of a good thing is better: Reply to Hayes et al. (1996). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 915–918.

- Stiles, W. B. (1999a). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, 1–21.
- Stiles, W. B. (1999b). Evaluating qualitative research. *Evidence-Based Mental Health*, 2, 99–101.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. & Knobloch, L. M. (1999). Treatment process research methods. In P. C. Kendall, J. N. Butcher & G. N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 364–402). New York: Wiley.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439–458.
- Stiles, W. B. & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 942–948.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Elliott, R. (1986). „Are all psychotherapies equivalent?“ *American Psychologist*, 41, 165–180.
- Strauss, B. M. & Kaechele, H. (1998). The writing on the wall: Comments on the current discussion about empirically validated treatments in Germany. *Psychotherapy Research*, 8, 158–170.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, „all must have prizes.“ *Psychological Bulletin*, 122, 203–215.

VI

ANALÝZA A SYNTÉZA