Psychoterapeutické směry užívané v psychiatrii

19.05.2007

PSYCHOANALÝZA

Tvůrcem psychoanalýzy je Sigmund Freud /1856-1939/. Narozen v Příboře na Moravě, většinu života strávil ve Vídni, na sklonku života, již vážně nemocen, emigroval před nacisty do Londýna.
Vystudoval medicínu, původně se věnoval neurologii, studoval hypnózu u Charcota, postupně přešel k metodě volných asociací, vytvořil učení o přenosu, nevědomí a vývoji libida.
Psychoanalýza rozlišuje v psychice kromě vědomí ještě nevědomí a předvědomí – složku, ze které se za určitých podmínek mohou některé obsahy zvědomit. Ač nevědomé procesy, na psychiku člověka mohou mít značný vliv.
Za základní pudové síly Freud považuje eros /pud lásky, libido/ a thanatos /puzení ke smrti , související s agresí/. Prvořadý význam má však libido.

Vývoj libida probíhá dle Freuda v několika fázích :
l. orální fáze – do 18 měsíců věku dítěte, primárním místem uspokojení jsou ústa, uspokojení se získává sáním. Uspokojování orálních potřeb může mít vliv na vývoj některých osobnostních rysů – optimismu x pesimismu apod.
Osoby fixované v orálním stadiu mají tendenci udržet si ústa jako svou primární erogenní zónu /orientace na jídlo, kouření/.
2. sadisticko–anální fáze - mezi 18 měsíci a 3 roky věku – primárním zdrojem slasti se stává konečník, uspokojení se hledá v zadržování a vypuzování stolice. Opět se mohou vytvořit charakterové rysy – pořádkumilnost, šetrnost x rozhazovačnost, plýtvání a uvolněnost, obojí v souvislosti s výchovným působením.
3. falická fáze – autoerotická fáze zaměřená na penis či klitoris, v tomto období /mezi 3. a 6. rokem / vzniká též tzv. oidipovský komplex – nevědomý erotický vztah a incestní přání vůči rodiči opačného pohlaví.
4. období latence – sexuální zájmy jsou v pozadí
5. období normální genitální sexuality – vzniká s nástupem puberty.

Libido a přání vzniklá působením sexuálního pudu se dostávají dle Freuda do konfliktu se společenskými omezeními, vlivem cenzury se dostávají do nevědomí. Psychiku rozdělil Freud do tří složek – ideály a normy nazval Superego, biologické pudy Id a regulující instanci duševního života Ego. Mezi jednotlivými složkami může dojít k intrapsychickému konfliktu, jehož vytěsněním do nevědomí vznikají neurózy. Konflikt se často projevuje skrytě ve snech či chybných úkonech.
Neurózy dělila psychoanalýza do dvou skupin: aktuální neurózy / neurastenii a úzkostnou neurózu/ a psychoneurózy /hysterii, fobickou a obsedantní neurózu/. Zaměřovala se na léčbu psychoneuróz, za základní podklad vzniku považovala úzkost a mechanismy jejího potlačování /obranné mechanismy – vytěsnění, izolace, projekce, přesunutí, přeměna v opak.../.
Vývoj psychoanalytické teorie můžeme rozdělit do tří fází, kterým odpovídají i tři základní teoretické modely osobnosti:
l. traumatický model – traumatické vzpomínky se disociují od vědomí, je potřeba je znovu vybavit a s emočním doprovodem uvolnit.
2. topografický model – 3 systémy /vědomí, předvědomí, nevědomí/ - cílem léčby je převést nevědomé do vědomého.
3. strukturální model – 3 psychické instance – Ono, Já, Nadjá – úkolem terapie je rozšiřovat oblast Já.

Raný vývoj psychoanalytického hnutí (Kratochvíl 1997)

Psychoanalýza měla v počátcích mnoho stoupenců a příznivců, mnozí z nich se však s Freudem rozešli a některá tvrzení změnili. K nejvýznamnějším z nich patří:
Wilhelm Steckel – odmítl Freudovo dělení neuróz, upustil od volných asociací, používal spíše psychagogických metod. Využíval též kontaktů s pacientovým okolím, což Freud odmítal.
Sandor Ferenczi - odklonil se od Freudova pojetí terapeuta jako nestranného pozorovatele, přišel s pojetím „dobrého rodiče" a znovuprožíváním infantilních zážitků, které mělo za cíl poskytnout příležitost ke zpracování konfliktů.
Otto Rank – potřeba znovuprožití „porodního traumatu" a jeho zpracování v terapii.
Wilhelm Reich - z jeho učení vychází bioenergetika, velký význam přikládal úplnému vybití sexuální energie, potlačování sexuálních pocitů může naopak vést k neuróze. Duševní problémy jsou dle něj

spojeny s určitým držením těla, mimikou, terapeut se může dostat k problémům skrze tělesné projevy, se kterými fyzicky manipuluje a mění je.

Současné trendy v psychoanalytickém hnutí (Kratochvíl 1997)

Egopsychologie

Heinz Hartman /1939/ – podrobnější pochopení „Já"- vývoj je dán zčásti pudově, zčásti interakcí s okolním světem

Margareta Mahlerová /1975/ - dětská psychoanalytička, zabývala se dětským vývojem, vývojová období dělila na : novorozenecké – autistické, 2.-4. měsíc – symbiotické, do 3 let separace a individuace, následuje období objektní stálosti. Podstatný faktor raného vývoje ega tvoří proces separace a individualizace.

Erik Erikson /1950/ - nevěnoval se pouze dětskému věku, propracoval i pozdější vývoj, běh života rozdělil do 8 stádií, přidal opět i vliv na možný charakterový vývoj.

Psychologie objektních vztahů

Otto Kernberg /1976, 1984/ - kromě pudů mají určující charakter na chování lidské vztahy, které nazýval „objektními".

Selfpsychologie

Heinz Kohut /1913-1981/ - zaměřen na rozpracování a pochopení narcistické patologie.

Vzhledem k náročnosti psychoanalýzy na motivaci, čas i finanční vklad pacienta, i vzhledem k malému počtu praktikujících terapeutů, zůstává psychoanalýza spíše přístupem výjimečným a nadstandardním. S úspěchem se užívá především u neurotiků, u lidí toužících po seberozvoji, klientů, kteří mohou mít v anamnéze trauma /a to i v minulé generaci/ a nyní se cítí „divně". Je přístupem, z kterého čerpaly mnohé jiné směry a i když se od Freudových dob změnila, stále zůstává směrem zásadním a důkladně teoreticky rozpracovaným

ADLEROVSKÁ PSYCHOTERAPIE

Alfred Adler /1880–1937/ - narodil se ve Vídni, v dětství slabý, trpěl rachitidou, už v mládí se rozhodl stát lékařem. Spolupracoval s Freudem, předseda Vídeňské psychoanalytické společnosti, v r. 1911 se od Freudovy skupiny odtrhl, začal prosazovat vlastní koncepci.

Individuální psychologie zná pojem nevědomí, narozdíl od psychoanalýzy však pro lidský vývoj nepovažuje za důležitý sexuální pud, ale životní cíl. Cíl určují dva faktory: potřeba začlenit se do společnosti /"společenský cit"/ a potřeba jedince se v této společnosti uplatnit /potřeba sebeuplatnění, touha po moci/.

Vliv raného věku Adler pozoroval při vzniku tzv. rodinných konstelací, závislých na pořadí dětí v rodině a vzniku odlišných osobnostních rysů.

Hnací silou člověka je dle Adlera pocit méněcennosti a touha po převaze, při ztrátě odvahy vzniká neuróza. Neuróza je vlastně obrana před bezcenností /„kdybych nebyl nemocen..."/.

Úkolem terapeuta je poznat pacientův nerealistický životní plán, vést pacienta ke změně stylu a dodávat mu odvahu.

Terapie se užívá především v terapii neurotických poruch, některých poznatků užívá i rodinná terapie.

JUNGOVSKÁ PSYCHOTERAPIE

C.G. Jung /1875–1961/ se narodil v rodině švýcarského evangelického faráře. Od dětství měl sklon k snění, ostatním dětem se vyhýbal, nejraději si sám četl. Vystudoval medicinu, věnoval se psychiatrii. S Freudem byli přátelé, vzájemně spolupracovali, Freud ho dokonce označoval za svého nástupce. Později se názorově i osobně rozešli.

Jung je znám jako autor asociačního experimentu k odkrývání nevědomých komplexů, což je soubor představ a tendencí, silně afektivně nabitý, který může blokovat přirozený běh duševního života a projevovat se jako "druhé já", které stojí v protikladu k vědomému.

V terapii viděl Jung jako nejdůležitější objasňování nevědomých souvislostí. Velký význam měla i analýza snů a tzv. aktivní imaginace.

Do psychoterapie dále Jung zavedl pojem kolektivní nevědomí, které stojí v protikladu k nevědomí osobnímu. Kolektivní nevědomí obsahuje zkušenosti celého lidstva, charakteristické obrazy či vzorce, v kterých se nevědomí zobrazuje, nazval archetypy /archetyp matky, otce, moudrého starce.../.

Dle Junga není vývoj rozhodnut v dětství, ale po celý život máme motivaci se měnit, zrát. V první polovině života je úkolem socializace / úkoly ve společnosti a rodině/, ve druhé pak individuace /zaměření dovnitř, integrace nevědomých a vědomých složek osobnosti/.

DYNAMICKÁ PSYCHOTERAPIE

Dynamická psychoterapie vznikla na podkladě psychoanalýzy, od níž přejala koncept nevědomí, intrapsychických konfliktů a významu dětských zážitků. Oproti tomu se postavila proti jednostrannému biologizujícímu a sexualizujícímu pojetí psychoanalýzy a přesunula důraz na sociální faktory a na současné problémy v interpersonálních vztazích.

Dynamická psychoterapie zkoumá interpersonální vztahy, současné konflikty a jejich důsledky ve vztazích, které jsou mnohdy neadaptivní, opakující se, v souladu s minulou zkušeností, minulými konflikty, frustracemi a traumaty. Dynamická psychoterapie se snaží původ a mechanismy udržování neefektivního chování a reagování ve vztazích ozřejmit a umožnit člověku tvořit vztahy na vyšší úrovni, zralejší, otevřenější.
K průkopníkům tohoto dnes rozšířeného směru patřili především K. Horneyová, H. Sullivan a F. Alexander. K dynamické psychoterapii mají blízko i přístupy označované jako „psychoanalytická psychoterapie" (Kratochvíl 1997).

Pojetí K. Horneyové
Karen Horneyová /1895–1952/ se narodila ve vesnici nedaleko Hamburku, v rodině padesátiletého norského kapitána, panovačného a nevrlého a jeho o 17 let mladší ženy, atraktivní, živé a svobodomyslné. Manželství rodičů bylo konfliktní, stejně tak jako pozdější manželství Horneyové, z kterého měla tři dcery, a které se záhy rozpadlo. Důležitý byl pro Horneyovou vztah s Frommem. Vystudovala medicinu, absolvovala psychoanalytický výcvik, v r. 1932 emigrovala do USA, kde v New Yorku založila Americký ústav pro psychoanalýzu, jehož úkolem bylo překonat Freudovo jednostranné biologizující pojetí.
Horneyová protestovala proti devalvujícímu Freudovu výkladu o nižším sebevědomí žen na základě „ závisti penisu", a toto dala do souvislosti především s kulturními a sociálními podmínkami, s diskriminací žen.
Původ neurotických obtíží viděla především v rodině, plynoucí z neuspokojení /kladného emočního ladění/ a z nedostatku bezpečí. Z nedostatku lásky a vřelosti u dítěte vznikají
hostilní pocity, které pak vedou k úzkosti a různým obranám vůči ní. Bazální konflikt vzniká na podkladě protichůdných tendencí – snahy přiblížit se, vzdálit se a jít proti ostatním.
Vyvíjejí se tři neurotické postoje: podrobivost, stažení se do sebe a útočnost.
Vzhledem k tomu, že Horneyová pokládala veškeré chování za naučené, nabízela i možnost v terapii chování změnit (Kratochvíl 1997).

Pojetí H. Sullivana
Harry Sullivan /1892–1949/ se narodil v rodině irských emigrantů v malém městě na severu státu New York. V dětství se cítil izolován, stejně tak v rané dospělosti po přestěhování do velkého města. Byl uzavřený, jen zvolna si tvořil vztahy, snad proto měl i velké pochopení pro schizoidní osoby a schizofreniky. Vystudoval medicinu, pracoval jako psychiatr, je zakladatelem tzv. washingtonské psychiatrické školy.
Sullivan klade důraz na interpersonální chování, vznik poruch chápe v kontextu vztahů mezi lidmi, upouští od zařazování poruch do diagnostických jednotek a celou psychiatrii nazývá vědou o interpersonálních vztazích.
Podobně jako Horneyová i Sullivan považuje za základní potřeby potřebu uspokojení a potřebu bezpečí. První se spíše biologická /hlad, sex/, druhá je spjata s interpersonálními vztahy a směřuje k vyhnutí se nejistotě a úzkosti.
Jedním ze způsobů, jak se člověk úzkosti brání, je podle Sullivana „selektivní nepozornost" – zážitky vyvolávající úzkost jsou vytěsňovány z vědomí.
Z vývojových období Sullivan opět připisuje zásadní význam dětství a dětským zkušenostem. Zkušenosti dle něj probíhají ve třech formách – prototaktické /primitivní, dítě ztotožňuje okolí se svými pocity/, parataktické /jedinec si uvědomuje určité jevy, ale nepoznává příčinné souvislosti/ a syntaktické /postihující vše podstatné, využívající symbolů a jazyka, reflexe a srovnávání dějů/. Parataktická distorze – podobná přenosu v psychoanalýze – má souvislost s patologií. Pacient generalizuje své dětské zkušenosti z interpersonálních vztahů do vztahů současných. Ve vztahu k terapeutovi může zažít zkušenost novou, zbavit se úzkosti a dosáhnout pocitu bezpečí (Kratochvíl 1997).

Pojetí F. Alexandra
Franz Alexander /1891-1963/, se narodil a vystudoval v Maďarsku, na psychiatrii se specializoval v Německu, kde pracoval v berlínském psychoanalytickém ústavu. R. 1932 založil Chicagský psychologický ústav, v posledních letech svého života vedl psychosomatický výzkumný ústav v Los Angeles a byl profesorem Univerzity Jižní Kalifornie.
Psychoterapii vnímá Alexander jako způsob emoční převýchovy. Jako předchozí autoři, i on vychází z pojetí vlivu dětských zážitků a naučených způsobů chování a vztahování, které se snaží člověk neuroticky opakovat i v dospělosti. Úkolem terapeuta je zaměřovat klientovu pozornost na současné problémy a jejich řešení, osvětlení motivů současných iracionálních reakcí. Důležitá je emoční podpora ze strany terapeuta, při systematické psychoterapii též přenos, s jehož využitím a zpracováním může dojít ke korektivní emoční zkušenosti (Kratochvíl 1997).
Dynamická psychoterapie má všestranné využití. Dá se užít jako metoda či cesta k seberozvoji, k lepšímu porozumění sobě i okolí, k zušlechtění interpersonálních vztahů. Léčebně pak především u

neurotických a osobnostních poruch, skupinovou i individuální formou.

ANTROPOLOGICKÁ PSYCHOTERAPIE

Antropologická psychoterapie patří k proudu humanistického hnutí, pojímá psychoterapii daseinsansalytickou, zaměřenou na člověka, na jeho bytí ve světe /dasein/.
Daseinsanalytická psychoterapie vznikla v Německu, vychází z filozofického učení Martina Heideggera /existenciální filozofie/ , které svým fenomenologickým přístupem navazuje na dílo Edmunda Husserla.
Zakladatelem daseinsanalýzy byl Ludwig Binswanger /1881- 1966/, německý psychiatr, k jeho následovníkům patřil např. Medard Boss /1903- 1991/ nebo Gion Condrau.
Daseinsanalýza svým fenomenologickým zaměřením staví na zachování původních a přirozených lidských skutečností, zkušeností a hodnot, existenciálním pohledem podněcuje k obnově lidské svobody a odpovědnosti. Lidské věci nechává tak, jak jsou, jak byly popsány a vyřčeny /důležitý je též přirozený jazyk/, neredukuje je, nepoužívá žádných předem daných konstruktů, vychází z věci samé a z jejích souvislostí.
Cílem je uvědomění si lidské jedinečnosti a svobodné a odpovědné začlenění do lidské společnosti.
Užití daseinsanalýzy je široké, v našich podmínkách je nejvíce zkušeností s léčbou poruch neurotických a psychosomatických.

LOGOTERAPIE

Tvůrcem logoterapie /existenciální analýzy/ byl vídeňský neurolog a psychiatr Viktor Frankl.
Zpočátku ovlivněn psychoanalýzou, později existenciálními filozofy, principy svého učení promyslel ještě před válkou, aby je pak po své zkušenosti z věznění v koncentračních táborech rozvinul do podoby terapeutického přístupu, zaměřeného na hledání smyslu života.
Vedle Freudovy „touhy po slasti" a Adlerovy „touhy po moci" postavil Frankl „touhu po smyslu". Dle jeho přesvědčení mnoho duševních potíží /noogenních neuróz/ pramení právě z existenciální frustrace. Logoterapie pomáhá klientu hledat smysl života v souladu s jeho přesvědčením, klient se neptá „co ještě mohu čekat od života", ale „co ještě život čeká ode mne".
Spolu se smyslem věnoval Frankl velkou pozornost i hodnotám. Hodnoty dělil na hodnoty tvůrčí /práce/, zážitkové /četba, studium/ a postojové /utrpení/. Člověka vnímal trojdimenzionálně – v tělesné oblasti nevědomé /puzení/, v duševní oblasti vědomé /chtění/ a v oblasti duchovní /svědomí/. Za základní atributy považoval svobodu a odpovědnost, konečným cílem člověka neměla být seberealizace, ale sebetranscendence (Kratochvíl 1997).
Logoterapie svým směřováním k budoucnosti a smyslu obohatila pohledy ostatních psychoterapeutických škol, dá se využít při léčbě neurotických poruch, ale i při práci s dětmi (Lukasová 1997), zvláštního významu však nabývá při terapii klientů s onemocněními s infaustní prognózou.

GESTALT TERAPIE

Zakladatelem a nejznámější osobností Gestalt terapie byl Fritz Perls /1893 – 1970/, berlínský židovský psychiatr a psychoanalytik. Jako psychoterapeutický systém se Gestalt terapie objevila v 50. Letech v USA, kam Perls emigroval se svou manželkou. Gestalt terapie vznikla jako protipól racionální a strnulé psychoanalýzy. Jejími hlavními zdroji byla psychoanalýza samotná, Gestalt psychologie, existencialismus a fenomenologie, filozofie Martina Bubera, zen-buddhistická filozofie. Poprvé se představila v knize Gestalt terapie vydané v roce 1951 (Perls, Hefferline, Goodman in Kratochvíl 1997). Velký rozvoj a popularitu zaznamenala v 60. letech, v 70. – 90. letech se rozšířila do mnoha států světa.
Gestalt terapie je holistická terapie, která je definována třemi principy: teorií pole, fenomenologickou metodou a dialogem. Cílem je maximální stupeň uvědomění klienta a přijetí odpovědnosti za to, jak klient sám narušuje svůj kontakt s okolím, tzn. jak se podílí na tom, že nedochází k plynulé organismické seberegulaci (Fišerová). Důraz je kladen na proces, cílem je postupné uzavírání nedokončených „gestaltů" /tvarů/. Klient se postupně dostává do kontaktu i s těmi částmi, které byly dosud odcizeny a přebírá za ně odpovědnost. V konečném důsledku dochází k rozšíření klientova uvědomění toho, jak sám vidí svět a jak přispívá k tvorbě své osobní zkušenosti. Dále dochází k rozšíření klientovy kapacity prožívání a schopnosti kontaktu. V kontaktu terapeuta a klienta je zdůrazňovám kontakt horizontální, přenosu a protipřenosu se nepřiznává takový význam, na rozdíl od klientovy fenomenologie. Důležitý je i vztah, terapeut do něj vstupuje s maximální autentičností a podporuje u klienta intenzivní prožívání včetně uvědomování si prožitků tělesných. Součástí Gestalt terapie je i práce s tělem. Důraz je kladen na prožitek přítomnosti, i když jde o tématiku z minulosti či budoucí plány. Vztah není hierarchický a hodnotící, terapeut neinterpretuje, odpor není pojednán jako překážka, ale jako v té době nejlepší způsob klientovy seberegulace, který je zkoumán jako ostatní fenomény.
3 základní principy:
a/ teorie pole – autorem je K. Lewin, pole je nahlíženo jako kontext, ve kterém žijeme

- důležitá je výměna – interakce mezi člověkem a polem, „já" je funkcí pole, neustále vzniká a zaniká
5 principů teorie pole: l. princip organizace – chování záleží na organizaci celku
2. princip současnosti – zaměření na to, co právě je – „tady a teď„
3. princip jedinečnosti – individuálnosti
4. princip měnícího se procesu – neustálé změny pole
5. princip možné důležitosti – vše může být významné, je třeba tomu věnovat pozornost
b/ fenomenologie – věda o prožívání – možná existuje vnější svět, svět je však stále interpretovaný, měněný naší předchozí zkušeností. Důležitý je zájem o individuální klientovu zkušenost a respekt k ní a užití fenomenologické metody, způsobu, jak nezatíženě poslouchat. Dle pravidla horizontalizace věcem nepřipisujeme větší význam než jiným, dle pravidla deskripce neinterpretujeme, popisujeme pouze, co vidíme a slyšíme a spolu s klientem hledáme, jaký význam jeho prožívání má.
C/ dialog - dialog mezi klientem a terapeutem posouvá klientovu zkušenost, rozšiřuje vnímání světa. Terapie je „léčba setkáním", terapeut je k dialogu ochotný, plně přítomný, vtažený, dialog je vzájemný. Fragmentaci v osobě klienta vidíme v symptomech, které ho přivedly. Znovunabytím oddělených částí se klient stává celistvým. Dle Bubera je realita mezi lidmi v dialogu odlišná od realit obou partnerů, když ji prožíváme, stáváme se skutečně lidskými.
Gestalt terapie je vhodná pro klienty, kteří jsou otevřeni práci na sobě, nechtějí se zbavit pouze symptomů, ale chtějí žít pestřejší a rozmanitější život. Diagnosticky se může jednat o úzkostné stavy, fobie, deprese, psychosomatické obtíže, nízké sebevědomí, stud a sociální fobie.

ROGERSOVSKÁ PSYCHOTERAPIE

Tento terapeutický přístup, nazývaný „terapie zaměřená na klienta", „terapie zaměřená na člověka" či „terapie rozhovorem", byl vytvořen a v letech 1940–1978 rozvíjen americkým psychologem C. Rogersem.
Jedná se o přístup nedirektivní, otevřeným rozhovorem klienta a terapeuta, při němž terapeut neinterpretuje, neusměrňuje, ale chová se vřele, empaticky, opravdově a v souladu se svým prožíváním /kongruentně/. Tímto postojem umožňuje klientovi podněcovat jeho samostatný rozvoj, sebeuskutečňování a otevřené projevení se.
Dle Rogerse je právě tendence k sebeuskutečňování jedním z hlavních motivačních faktorů člověka. Vedle uspokojování fyziologických potřeb zahrnuje i snahu o duchovní růst, seberozvoj, tvořivost a sebeřízení. Rogers narozdíl od jiných terapeutických přístupů spatřuje člověka pozitivně, jako vrozeně dobrého a pouze vnějšími tlaky a nepříznivými životními událostmi poznamenaného směrem k nepřátelskému chování a neurotickým obtížím. V chápajícím, bezpečném prostředí terapeutického vztahu, se může dle Rogerse opět nastolit zdravý vývoj.
Rozvoj rogerovské psychoterapie probíhal ve čtyřech etapách (Kratochvíl 1997):
l. nedirektivní etapa /1940 – 1950/ - terapeut zajišťoval pouze vhodnou permisivní atmosféru, umožňující klientovo sebeobjasňování
2. reflektivní etapa /1950 – 1957/ - terapeut aktivnější, „zrcadlí" klientovy city
3. prožitková /1957 – 1970/ - terapeut projevuje už i své vlastní pocity, které jsou vyvolávány klientovými sděleními
4. čtvrtá etapa „setkání" /od r. 1970/ - zaměřená na dyadický vztah s možností práce i ve skupině, využití též k růstu duševně zdravých lidí
Rogersovská psychoterapie se užívá především v léčbě neuróz, úzkostných stavů, sníženého sebehodnocení, u osobnostních poruch. Jako podpůrná léčba se užívá i u lidí s těžkými somatickými poruchami, např. u onkologických pacientů. Významné je uplatnění v gerontopsychiatrii a pedopsychiatrii, kde posloužila jako východisko k postoji terapeuta při terapii hrou.

KOGNITIVNÉ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

KBT patří v současnosti k základním terapeutickým přístupům. Je terapií krátkodobou /l-20 sezení/, strukturovanou a direktivní. Vyžaduje aktivní spolupráci pacienta, který se podílí na programu a cílech léčby, je „expertem" na svůj problém a tudíž nese i značný díl odpovědnosti.
KBT vychází z teorií učení, je vědecká, zaměřuje se na přítomnost a konkrétní problémy v ní, stanovuje si krátkodobé funkční cíle. Cílem nemusí být úplné vymizení psychopatologických příznaků, ale dosáhnutí soběstatečnosti klienta.
KBT vyšla z experimentální psychologie a teorií učení, velký význam klade na měřitelnost a viditelný efekt. Učení bere jako proces, zodpovědný za to, jak se chováme /"protože se tomu tak naučil"/, stejně tak i jako možnost neadaptivní chování změnit.
Zpočátku byla KBT velmi rigidním směrem /teorie „černé skříňky"/, za vhodný předmět byly považovány pouze jevy pozorovatelné vnějším pozorovatelem /výzkumníkem v laboratoři/. Dnes se však všeobecně uznává, že i vnitřní pochody, myšlenky a pocity, je možno chápat jako vlastní chování, které každý z nás dovede sdělit.

Behaviorální výzkumy a pozorování byly prováděny v řadě laboratoří od konce 19. století – nejprve v Rusku I. P. Pavlovem /teorie klasického podmiňování/, později v USA B. Watsonem /instrumentální model/, ve 2. pol. 20. století byly principy rozvinuty B. F. Skinnerem /teorie operantního podmiňování/. Další formu představuje učení zástupnou zkušeností, tzv. učení nápodobou nebo-li sociální učení /Albert Bandura/.
Začátkem 60. let 20. století došlo k rozvoji kognitivní terapie /Ellis, Beck/. Kognitivní terapie vycházela z přesvědčení, že za emoční poruchy odpovídá především nesprávné myšlení. Terapeut se zaměřuje na to, jak pacient interpretuje skutečnost, vede ho k přezkoumávání názorů a učí ho rozlišovat mezi objektivní skutečností a subjektivním hodnocením.
Integrací přístupů behaviorální a kognitivní terapie vznikl přes model aplikované behaviorální analýzy /vliv prostředí na chování/, neobehaviorální model /prostředí – organismus- chování/ kognitivně-behaviorální model /prostředí- kognitivní procesy- myšlení- chování/.
Kognitivně – behaviorální model předpokládá, že v průběhu dětství na základě postojů rodičů a okolního světa, vznikají tzv. kognitivní schémata např.: „jsem nejlepší /nejhorší/", „nikdo mě nemá rád", „ve všem selhávám". Na podkladě těchto mylných přesvědčení /automatických myšlenek/ se pak v průběhu života mohou vlivem tzv. kritického incidentu odblokovat psychopatologické symptomy a syndromy /např. úzkost, deprese/.
Příklad: Člověk s kognitivním schématem „nejsem lásky hoden" se může vyznačovat strachem ze soc. kontaktů, submisivností, snahou všem vyhovět, enormní zranitelností při odmítnutí. Kritický incident, např. rozvodová situace /"odmítl mne, nejsem lásky hoden"/, vyvolá depresivní stav (Praško 1995).
Podobná schémata můžeme předpokládat i u úzkostných poruch. Myšlenka /kognice/ - např. „vyjdu ven na ulici a omdlím" – vyvolá nejprve změnu emocí /úzkost/, posléze vegetativní reakci /bušení srdce, lapání po dechu – norm. stres. reakci/ a pokud nedojde k vyhýbavému chování /nejčastěji útěk/ další paradoxní prohloubení úzkosti a vegetativní symptomatologie (Praško 1995).
Jednou z možností KBT může být rozbití patologického kruhu. K tomu je třeba (Praško 1995):
l. změnit kognice a nastolit jiný sled myšlenek
2. kontrola úzkosti, kontrola dechu, relaxace
3. řízené záchvaty –během 3 minut navodit panické příznaky, během l minuty se jich zbavit, nejméně 10x
4. změna chování – postupná expozice in vivo – postupné vydávání se nepříjemným situacím s kontrolou úzkosti /alternativou je zaplavení – flooding- vystavení podnětu na 30-60 min., do maximálního snížení úzkosti/
5. kontrola spouštěčů
Při léčbě depresivních poruch postupujeme obdobně. Vycházíme z toho, že nejúčinnějším způsobem, jak změnit náladu, je změna myšlení a následně chování. K tomu slouží (Praško 1995):
l. plánování aktivit – monitoring času pacienta – pacient si nejprve po hodinách naplánuje rozvrh aktivit /l/3 by měla být příjemných, l/3 výkonových/, zkusí si dopředu ohodnotit i předpokládanou příjemnost aktivit. V průběhu dne potom do tabulky zapisuje skutečné plnění plánu a hodnocení příjemnosti výkonu. Výkonnost většinou stoupá již sama o sobě.
2. práce s myšlenkami - odkrývající otázky /"co jsem si myslel v té situaci?" „co z toho pro mě vyplývá?"/, zachycení tzv. automatických myšlenek např. „jsem unavená, nejsem schopna uklidit ani uvařit, jsem špatná matka".
3. experimenty jiných způsobů chování – „nebudu dělat katastrofické scénáře předem", „dopadne to líp než jsem čekal".
4. zjištění schémat, podle kterých člověk funguje /monitoring času, zachycení nálady/ -např." jsem nejlepší" –vysoká aktivita- únava, deprese – „chci to tak?"-změna schématu.
KBT se dá s úspěchem využít i v léčbě obsedantně kompulzivní poruchy. Zásadou terapie je nevyhýbat se situacím, vyvolávajícím obsedantní myšlenky, naopak vystavení se jim, bez neutralizace kompulzivním chováním. Spouštěče se seřadí podle stupně intenzity, kterou vyvolávají, a tento seznam se stává podkladem postupné expoziční léčby. Předcházet musí podrobná kognitivní analýza (Praško 1995):
l. spojení obsesí s emoční reakcí a následnou kompulzí
2. rozpoznávání spouštěčů obsesí
3. testování platnosti obsesí
4. vytvoření racionální odpovědi
Mezi další možné přístupy k léčbě obsesí patří jejich nahrávání na magnetofonovou pásku v rozsahu asi 30 minut, s krátkými přestávkami /30- 60 s/. Pacient poslouchá nahrávku 2x denně, snaží se vyhnout provedení kompulze, zaznamenává graficky míru napětí. Pokud zvládne poslech bez neutralizačního kompulzivního chování a úzkost se sníží, pokračuje poslechem v náročnějších situacích např. při jízdě metrem apod. dle charakteru obsese.
Obsese nemusí být jen nahrávány /v některých případech se úzkost sníží i pouhým opakováním myšlenky/, ale mohou být např. i zapisovány – 2x denně 100x vždy s krátkou pauzou s vynecháním kompulze.

Zajímavá je i tzv. STOP technika – pacient si v mysli vyvolává ohrožující myšlenky, když je na vrcholu úzkosti, vykřikne hlasitě STOP...na dalším stupni mluví tišším hlasem...nakonec stačí STOP pouze v myšlenkách (Praško 1995).
Jako metody první volby se KBT využívá především při léčbě fobických poruch, a to sice expozice in vivo a systemické desenzibilizace - pacient se podílí na seznamu jednotlivých kroků, postupně se je učí zvládat, navyká si na nepříjemný podnět, jeho úzkost se v závislosti na čase snižuje /habituace/.

HYPNÓZA

Hypnóza je patrně nejdéle systematicky využívaným psychoterapeutickým postupem.
Tradice jejího využití začala ve Francii ve 2. pol. 19. století, kdy se jí intenzivně zabývali Bernheim /1837- 1919/ a Charcot /1825- 1893/.
Hypnóza je dočasně změněný psychický stav, charakterizovaný a/ zvýšením sugestibility, b/ vztahem závislosti hypnotizovaného na hypnotizérovi a c/ změněným stavem vědomí.
Hypnotický stav bývá často doprovázen projevy relaxace, ospalosti a útlumu, nejsou však nutné.
Hypnóza může mít různé stupně – lehký, střední a hluboký. Dosažená hloubka závisí individuálně na schopnosti hypnability /sugestibility/.
Stav zvýšené pohotovosti reagovat pozitivně na sugesce je navozen hypnotickým transem, disociací vědomí, kdy řízení pohybové a myšlenkové činnosti probíhá mimo vědomí a hypnotizovaný si nemusí po ukončení hluboké hypnózy nic z toho, co během hypnózy dělal, pamatovat.
Sugesce jsou tvrzení, u nichž předpokládáme, že dosáhnou přímého vlivu na psychiku hypnotizovaného, aniž by mohl jejich platnost ověřovat.
Sugesce používáme
a/ k práci s hypnotickým stavem /navození, prohloubení, ukončení/
b/ jako sugesce terapeutické – obecné /zaměřené na celkové zlepšení stavu – „Vaše potíže mizí..."
- specifické /zaměřené na konkrétní příznak/
Zvláštní formou jsou sugesce posthypnotické – jejich zadání má být splněno v určité době po ukončení hypnotického transu.
Vlastní léčba se v hypnóze děje:
a/ prostřednictvím sugescí /např. „při zkoušce jste klidný..."/
b/ za pomoci regrese, zpětného návratu v čase, který umožní i znovuprožití a abreakci např. zasutých traumatických vzpomínek
c/ prostřednictvím metafor, které mohou podat nenásilně řešení
Využití hypnózy souvisí i se schopností hypnability. Udává se, že asi 15 % lidí je schopno vstoupit do hluboké hypnózy, 50% do střední, 20% do lehké 5% lidí je nehypnabilních.
S tímto názorem však polemizoval M. Erickson /1901 – 1980/, podle kterého je hypnózy neschopno malé procento lidí / mentálně retardovaných/, záleží pouze na vhodném přístupu (Kratochvíl 1997).
Z diagnostického hlediska se dá hypnóza využít u posttraumatické stresové poruchy, úzkostných poruch , u léčby obezity a závislostí /kouření/.

RELAXAČNÍ METODY - AUTOGENNÍ TRÉNINK

Autogenní trénink /AT/ je nejrozšířenejší relaxační metodou. Autorem je J. H. Schultz /1884-1970/, berlínský neurolog a psychiatr. Při vypracování této metody vyšel ze svých zkušeností s hypnózou a jogínskými cvičeními.
AT vychází z poznatků o vzájemném působení a součinnosti tří faktorů – psychické tenze, funkčního stavu vegetativní nervové soustavy a napětí kosterního svalstva. Má široce použitelný nižší stupeň /standardní cvičení/ a složitější vyšší stupeň, který je formou řízené imaginace.
Autogenní trénink se provádí zpravidla ve dvou polohách – nejčastěji vleže na zádech a v tzv. poloze vozky. Základní stupeň AT má šest stádií, při pravidelném každodenním cvičení nácvik trvá šest týdnů až tři měsíce.
Při nácviku se užívá standardních formulí, pozornost se zaměřuje na těchto šest pocitů:
l. tíha – navozením představy tíhy se uvolňuje kosterní svalstvo
2. teplo – navozením pocitu tepla po těle se uvolňují periferní cévy
3. tep – zklidnění tepu srdce
4. dech – zklidnění a uvolnění dechu
5. prohřívání břicha – navozením pocitu tepla v břiše se uvolňují svaly a cévy v útrobách
6. chladné čelo – vyvoláním chladivého pocitu na čele se zklidňují a tonizují cévy na hlavě
Vyšší stupeň AT již patří mezi imaginativní postupy, jedná se o imaginaci řízenou, při které dochází k vyvolávání různých představ, od zážitku barvy, přes květiny až po určitá životní hesla.
Na vyšší stupeň AT též navazuje Leunerova katathymně- imaginativní terapie (Leuner 1997), při které jsou /ve třech stupních/ vyvolávány představy směřující k hlubším vrstvách pacientovy psychiky – obrazy louky, kopce, domu, šípkového keře atd.
Autogenní trénink, podobně jako ostatní relaxační techniky, působí především antistresově, k uvolnění, používá se i jako součást dalších terapeutických postupů.

DALŠÍ RELAXAČNÍ METODY

Druhou nejznámější a nejužívanější relaxační metodou je Jacobsonova progresivní relaxace. Při tomto postupu se užívá kontrastu mezi záměrně vyvolaným napětím jednotlivých svalových skupin a jejich následným uvolněním. Pacient se učí rozpoznávat svalové napětí v těle, což mu umožní dosahovat uvolnění. Cvičení se skládá ze šesti lekcí, jeho nácvik je obvykle rychlejší než nácvik autogenního tréninku. Během Jacobsonovy progresivní relaxace pacient postupně uvolňuje tyto svalové skupiny: l. svaly ruky, předloktí a paže, 2. svaly dolních končetin, od prstů až po stehna, 3. svaly hlavy a obličeje, 4. svalstvo jazyka, 5. ramena, 6. zádové, břišní a hýžďové svaly.
K dalším technikám a postupům, jejichž cílem je relaxace a uvědomování si napětí v těle, patří focusing /zaměřování se na procesy probíhající v těle/ a práce s tělem, bioenergetika, vycházející z Reichovy teorie „charakterového pancíře" a jeho souvislosti s pancířem tělesným. Podobně působí i uvolňovací masáže.
Relaxačně se dají využít i některé metody muzikoterapeutické a arteterapeutické, především u dětí i některá cvičení z jógy.

ARTETERAPIE

Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů.
V arteterapii rozlišujeme dva proudy – terapii uměním – kde je využíván léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a artpsychoterapii – kde jsou výtvory a prožitky dále psychoterapeuticky zpracovávány.
Z jiného pohledu může být arteterapie dělena na aktivní /pracovní, pohybovou, hudební a divadelní činnost/ a pasivní /zájem pacientů o dějiny umění, návštěvy výstavních síní, muzeí, představení apod./. Dá se říct, že nejběžněji je však arteterapie vnímána jako léčba aktivní, výtvarnými prostředky, a to individuální nebo skupinovou formou.
Z historického hlediska bylo předstupněm arteterapie zkoumání výtvarných děl psychicky nemocných lidí, a to především z diagnostických důvodů. Od 30. let minulého století se v souvislosti s rozvojem psychoanalýzy využívá tvorby i jako terapeutické metody. Průkopníky byli především výtvarníci s terapeutickou zkušeností, arteterapie byla využívána na psychiatrických odděleních.
U nás se arteterapie rozvíjí od 50. let 20. století jako součást psychoterapie, v 70. letech vzniká arteterapeutická sekce Psychoterapeutické společnosti při ČLS J.E. Purkyně, vedená Darjou Kocábovou, v r. 1994 samostatná Česká arteterapeutická asociace /ČAA/. Arteterapii se věnují především speciální pedagogové, kteří mají arteterapeutickou zkušenost ve svých vysokoškolských osnovách, zájemci z dalších oborů mohou od počátku 90. let nabýt znalostí a zkušeností studiem Arte ateliéru , bakalářského studia při Pedagogické fakultě Jihočeské Univerzity. V poslední době se nabízí podobná možnosti i na brněnské univerzitě, katedře psychologie. Kromě toho existuje množství různých krátkodobých kurzů a systematický výcvik zaměřený na arteterapii, pořádaný ČAA.
Výtvarný projev je pro člověka přirozeným prostředkem vyjadřování vlastních pocitů, postojů ke světu i k sobě samému, je i prostředkem sebepoznání a komunikace. Arteterapie není zaměřena pouze na výsledek, není důležité výtvarné nadání ani zručnost pacienta, důležité je samotné tvoření, využití různých výtvarných technik a materiálů, svoboda projevu, která může přinést uspokojení, relaxaci, nové zážitky.
Arteterapie se může využít u pacientů s různými obtížemi . Fyzická námaha při zpracování hlíny má pozitivní vliv při léčbě depresivních pacientů. U pacientů s mentální anorexií a bulímií pomáhá výtvarná činnost, zvláště pak malba postav, získávat realističtější pohled na schéma lidského těla. Úzkostným pacientům pomáhá v překonávání tenzí pravidelná malba vodovými barvami, při které není možná přesná kontrola nad rozpíjejícími se barvami.
Velký význam má tvorba z keramické hlíny i pro hyperkinetické pacienty – má pro ně větší motivační sílu, snáze u ní vydrží než u plošných výtvarných aktivit. Při práci se kultivuje psychomotorika, ventiluje se přemíra energie, úzkost a agresivita. U psychotických pacientů je důležité vnímání reality hmatem, tím se ujišťují o skutečnosti reálného světa a o svém místu v něm. Podobné je to i u dětí s autismem, kde výtvarná práce navíc pomáhá i navázání kontaktu s terapeutem (Kulhánek 2002).

TERAPIE, PŘI KTERÉ JSOU UŽITA ZVÍŘATA

CANISTERAPIE

Canisterapie je „léčba psem", respektive terapeutická metoda, při které je využíván kontakt se zvířetem, v tomto případě se psem.
Canisterapie, jako prostředku setkání s přírodou a přirozeností, se dá využít prakticky neomezeně. Největší význam však má využití v pedopsychiatrii a gerontopsychiatrii.
Hodí se rasy, jejichž příslušníci mají vlastnosti vhodné ke canisterapii, totiž přátelskost, veselost, neútočnost a malý sklon k nervozitě. Patří sem např. plemeno Cavalier King Charles Spaniel či zlatý retrívr. Samozřejmě každý čtyřnohý poskytovatel terapeutické pomoci musí projít výcvikem a spolu se svým chovatelem splnit speciální canisterapeutickou zkoušku a obdržet certifikát. Jen tak se s nimi můžeme setkat v zařízeních pro děti i dospělé, kteří trpí depresemi, tělesnými omezeními, jsou

deprivovaní, frustrovaní, opuštění.
Je prokázáno, že kontakt se zvířetem působí na tělesné funkce, snižuje krevní tlak, zklidňuje tep. Kladné působení na psychiku má relaxační charakter, hlazení psa zlepšuje motoriku prstů, pokud zvíře zůstává celodenně, starost o něj působí i režimově, zlepšuje soustředění starých lidí, u dětí naopak podporuje smysl pro povinnost a starost o druhé.

HIPPOTERAPIE

Oproti tomu, hippotarepie je léčebné využití jízdy na koni. Jedná se především o metodu rehabilitační, nejvíce využívanou u lidí s omezenou hybností, u dětí s DMO, v poúrazové péči. Kladný vliv má kontakt s koněm i na psychické funkce, u dětí uzavřených, deprivovaných, u poruch příjmu potravy, u dětí mentálně retardovaných. Důležitá je pravidelnost, terapeutický cyklus by měl mít dle možností alespoň několik hodin.

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

Terapeutická komunita /léčebné společenství/, je organizační forma, která podporuje aktivní účast pacientů na léčbě a na řízení oddělení a otevřenou výměnu informací na všech úrovních.
O rozvoj této formy péče se postaral především anglický psychiatr Maxwell Jones, který principy komunity použil při léčbě pacientů s poruchami osobnosti a posléze i u psychotiků.
Komunita funguje jako model skupin přirozených. Užší význam terapeutický mívá v pojetí komunitně- skupinového modelu, který je využíván především v léčbě neurotických poruch na otevřených psychiatrických odděleních. Odlišné formy byly vytvořeny pro léčbu závislostí /Skálův model/, komunitní model bývá využíván i při režimové léčbě pedopsychiatrické.
Komunita je společenství lidí, kteří se společně účastní terapeutického programu /komunitních a skupinových setkání, arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie, klubů atd./ ale i mimoterapeutických aktivit /"kuloárů"/. Díky tomu se mezi zúčastněnými utvářejí vztahy podobné těm „venku", většinou na podkladě projekce u vztahů neurotických. V psychoterapeutických skupinách mají pak pacienti možnost svým vzorcům chování a vztahování lépe rozumět, korigovat je a učit se novým způsobům. Důležitá je i míra odpovědnosti za samotnou léčbu, pravidelné setkávání se s členy terapeutického týmu, účast na organizaci oddělení, práce pro druhé.

ÚČINNÉ FAKTORY V PSYCHOTERAPII

Účinné faktory v psychoterapii jsou terapeutem navozené děje, které vyvolávají změny v prožívání, jednání, tělesných funkcích anebo sociálních vztazích pacienta, přičemž tyto změny jsou v přímé souvislosti s činností terapeuta /Vymětal, 1997/:
l. Obecně účinné faktory – shodné pro všechny terapeutické směry
a/ situace – místo a čas, jejich strukturace, ritualizace a bezpečí
b/ osobnost terapeuta - terapeut by měl být autentický, empatický a akceptující, osobnostně zralý, vnitřně stabilní, s vyšší frustrační tolerancí.
Důležitá je i kvalifikace, dostatek zkušeností, supervizní pomoc a vlastní psychohygiena.
c/ osobnost nemocného – terapie je účinnější u lidí k léčbě motivovaných, otevřených k sebepoznávání a ke změně, „zodpovědných" za své problémy.
d/ terapeutický vztah
2. Specifické účinné faktory – přítomné jen u určitých terapeutických směrů
a/ změna v rozumové oblasti člověka – způsobena v první fázi už pouhým vysvětlením charakteru a možných příčin obtíží, během terapie se pak projevuje vznikem náhledu, tzn. porozumění sobě a své situaci /náhled interpesonální, motivační a genetický/
b/ změna v citové oblasti člověka
emoční korektivní zkušenost – pacient je v průběhu terapie znovu vystavován situacím, které pro něj byly ohrožující a které nyní zvládne, tím dojde ke snížení strachu a „korekci"
abreakce – emoční odžití situace, vyvolané ve vzpomínce a doprovázené emocí dříve potlačenou
katarze – spoluprožitím a společným emočním zážitkem dochází k očištění od emocí
c/ změna v akční oblasti člověka – vzniklá interpersonálním učením a nácvikem žádoucích dovedností
d/ změna v tělesné oblasti – dána biopsychosociální jednotou člověka, zlepšení psychosomatických obtíží, nácvik relaxace apod.
e/ změna ve vztahové oblasti – vzniklá náhledem a korektivní emoční zkušeností
Účinné faktory ve skupinové psychoterapii /Kratochvíl, 1992/:
a/ samotné členství ve skupině – především u izolovaných a inhibovaných jedinců
b/ emoční podpora, dodávání naděje

c/ altruismus
d/ sebeexplorace a sebeprojevení – vyjádření emocí a myšlenek do té doby potlačených
e/ odreagování emocí spojených se silnými zážitky, mnohdy traumatickými
f/ zpětná vazba
g/ náhled
h/ korektivní emoční zkušenost
i/ nácvikové situace – zkoušení nového chování
j/ získání nových informací a sociálních dovedností – shrnutí předchozích faktorů

PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY UŽÍVANÉ V PEDOPSYCHIATRII

PSYCHOTERAPIE V PEDOPSYCHIATRII

Psychoterapie dětí se liší od psychoterapie dospělých v mnoha ohledech, především se mění společně s věkem a vyspělostí dítěte. U kojenců a batolat je kladen důraz na spolupráci s matkou dítěte, která je vedena k citlivější rodičovské péči. U předškolních dětí se pracuje se širší rodinou, díky níž se rozvíjí u dítěte žádoucí chování, uplatňuje se též hrová terapie. U školních dětí je možno užívat již individuální i skupinovou psychoterapii, nejčastěji behaviorální a systémové postupy. V adolescenci se terapie podobá nejvíce terapii dospělých, používají se terapie různého druhu včetně terapie rodinné.
I postoj terapeuta by měl být při terapii dětí rozdílný: vzásadě se jedná o větší aktivitu, v některých případech i direktivnější vedení, také však o větší „pružnost" a schopnost přizpůsobit se dítěti. Velký význam má schopnost navázat s dítětem kontakt a později i vztah , schopnost komunikovat na úrovni dítěte. U některých aktivit /např. cílené činnosti/ se terapeut navíc stává i „expertem" na danou činnost.
Psychoterapeutické metody více využívají dětské sugestibility, fantazie a kreativity, více se užívá neverbálních přístupů, arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, ergoterapie, pohybových a relaxačních metod. Důležité je i komunitní uspořádání oddělení s režimovými opatřeními, které děti zklidňují a učí je řádu, pospolitosti a odpovědnosti, vytvářejí „nový domov".

TERAPIE HROU

Terapie hrou či „hrová terapie" je nejdůležitější formou terapeutického kontaktu u dětí předškolních. Využívá se zde dětské hry jako příležitosti k sebevyjádření, hravému zpracování emočního napětí, abreakci, znovuprožití traumatických zkušeností za podmínek, kdy má dítě situaci „v rukou". Dítě se může identifikovat s různými postavami, a tím vyjadřovat své postoje. Terapeut se nechává dítětem vést, svévolně do hry nezasahuje. Cílem může být změna v osobnosti, daná citovým vyrovnáním a vyrovnáním se s traumaty a frustracemi, či „nazkoušení" nových způsobů zvládání problémů (Langmeier, Balcar, Špitz 2000).
Terapie může probíhat individuální či skupinovou formou. Ve skupině je dle Heluse /1973/ (in Langmeier, Balcar, Špitz, 2000) významným prostředkem socializace. Dítě může ostatním sdělovat své pocity, hra je prostředkem komunikace, zpracováním vyjádřených obsahů a pocitů se stává i prostředkem změny.
Předpokladem úspěšného a účinného průběhu terapie je i vybavení herny. Herna by měla být dostatečně prostorná místnost, vybavená k práci s různými materiály, měla by mít dva prostorné stoly, rozličné výtvarné prostředky, ale i pískoviště s pískem a umyvadlo s tekoucí vodou. Kromě toho by měla obsahovat řadu stavebnic, molitanové kostky, domeček s panenkami vyjadřujícími různé postavy, hudební nástroje apod.
Co se týče přístupu terapeuta, ten by měl být maximálně přijímající, permisivní, nekritizující, reflektující, nezaujatý.
Axlinová /1964/ (in Langmeier, Balcar, Špitz 2000) shrnula zásady hrové terapie do osmi bodů:
l. Terapeut navazuje s dítětem vřelý, blízký vztah.
2. Terapeut přijímá děti takové, jaké jsou.
3. Terapeut navozuje vztah důvěry, v němž děti uvolněně vyjadřují své emoce.
4. Terapeut přijímá vyjadřované pocity dětí a vrací je zpět tak, že tím umožňuje dítěti lépe rozumět svému chování.
5. Terapeut vyjadřuje přesvědčení, že děti jsou schopny řešit své problémy samy. Odpovědnost za rozhodování a za navození změny patří každému dítěti.
6. Terapeut neřídí činnost dětí nebo rozhovor s nimi. Dítě vede, terapeut následuje.
7. Terapeut neurychluje proces terapie.
8. Terapeut zavádí pouze ta omezení, která jsou nezbytná k zakotvení terapie v reálném světě a která pomáhají dětem uvědomit si svou odpovědnost v terapeutickém vztahu.

DYNAMICKÁ PSYCHOTERAPIE V PEDOPSYCHIATRII

Dynamická terapie v psychoterapii, narozdíl od terapie dospělých, často nepoužívá verbálních interpretací a vhledu, ale k traumatickým zkušenostem se dostává pomocí neverbálních technik,

často kresebných, či hrové terapie, v prostředí bezpečného vztahu s nedirektivním, empatickým, přizpůsobujícím se terapeutem. Cílem je mnohdy „jen" emoční uvolnění. U starších dětí se postupně můžeme dostat i k interpretacím, přirovnáváním, ale vždy bychom měli dávat pozor, abychom neohrozili smysl léčby. Častěji se používá pouze citové komunikace, či metafor, jakési „tajné řeči". U dospívajících se dynamická terapie více podobá terapii dospělých, zde si můžeme dovolit interpretovat, vracet se a oživovat traumatické zážitky, aby mohlo dojít k abreakci a uvolnění potlačených emocí. V každém případě i zde zůstává terapeutický vztah nejdůležitějším činitelem změny.
Při práci se staršími dětmi a adolescenty se nabízí i skupinová psychoterapie dynamicky orientovaná, která otvírá prostor dalším vztahům, kolektivním zkušenostem a novým zážitkům.

KOGNITIVNĚ -BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE V PEDOPSYCHIATRII

V pedopsychiatrii se KBT přístupu dá použít v podobných indikacích jako v dospělé psychiatrii. Zajímavé je užití tohoto principu u dětí s poruchami chování.
Poruchy chování se dají rozdělit podle 3 oblastí reaktivity (Murdoch, Barker 1996), na poruchy ve složce
l. motorické – nadbytečné chování /ve frekvenci, trvání a intenzitě/, což je impulzivita, agresivita, krádeže, ničení věcí, útěky, žhářství, nucení druhých k sexuálním praktikám.
13
2. kognitivně-afektivní – podkladem impulzivity je kognitivní deficit, tzn. neschopnost využít „sebeřídící samomluvy" k regulaci vlastního chování, neschopnost se před určitým činem zastavit a zamyslet. U některých dětí však může docházet i ke kognitivnímu zkreslení „když mě chytí, nemůže se mi nic stát, nejsem ještě trestně odpovědný" „zasloužím si zvláštní ohledy" filozofie „přežití nejsilnějších". S tím souvisí nedostatečné vštěpení obecně uznávaných norem chování, neochota odložit vlastní uspokojení, problémy s vnímáním sociálních podnětů, nedostatky ve schopnosti řešit problémy.
3. fyziologické – poruchy na biologickém podkladě /genetika, heredita, organický terén/ - poruchy pozornosti /hyperkinetický syndrom/
- asociální chování – na základě polygenní dědičnosti
- specifické poruchy učení /LMD/
Poruchy v motorické složce chování se dají ovlivnit především režimovou a komunitní léčbou během hospitalizace, vliv má i samotný pobyt, změna prostředí, odstranění svodů nežádoucího chování. Již samotná akceptace řádu má na většinu dětí zklidňující vliv, důležitá je i každá další stimulující aktivita. K režimovým opatřením patří i možnost získat kladné hodnocení za žádoucí chování /motivace, odměna/ a naopak trestání chování nežádoucího. Svou důležitost na často i nápodoba chování osob pro pacienta důležitých.
Ke změně kognitivních „omylů" je již více konkrétního psychoterapeutického působení. Skupinová či individuální sezení mají za úkol racionalizovat a podrobně rozebírat příčiny a řetězení nežádoucího chování. Ke slovu se dostávají i čistě behaviorální přístupy – učení novým způsobům komunikace, neverbálního chování apod.
Poruchy chování na organickém podkladě a specifické poruchy učení jsou řešeny vhodným školním zařazením /ZvŠ, PŠ, speciální dyslektické třídy/.

AUTOGENNÍ TRÉNINK U

V práci s mladšími dětmi se osvědčilo užívání modifikovaných přístupů, „převyprávění" klasických formulek a jejich obohacení např. o „hadrového panáčka", s kterým se dítě ztotožňuje a díky kterému mohou být instrukce pro dítě zajímavější a názornější. Možné je i užití celých pohádkových příběhů /Mullerová 1998/, do nichž jsou uvolňovací formulky zakomponovány, působí na dítě sugestivně, zbavují je sebekontroly. V některých z nich se dokonce dítě stává hlavní postavou, ovlivňuje vývoj příběhu i jeho podobu. Pohádky tedy nepůsobí pouze relaxačně, ale rozvíjejí též dětskou kreativitu a fantazii.
Se staršími dětmi užíváme AT klasický, někdy podbarvený hudbou, důležité je vysvětlení postupu, očekávaného působení a reflexe pocitů po dokončení cvičení.

RODINNÁ TERAPIE

Rodinná terapie se jako specifický léčebný přístup rozvíjí od 60. let 20. století. Pacientem je zde celá rodina, předpokládá se totiž, že individuální poruchy souvisejí s dynamikou a interpersonálními vztahy v celé rodinné skupině. Rodinná terapie patří mezi krátkodobější terapie, většinou mívá do 10 setkání, zprvu lx za 14 dní, interval setkávání se postupně prodlužuje, čímž se předchází větší závislosti na terapeutovi, naopak se zvětšuje odpovědnost jednotlivých členů rodiny za nové uspořádání a změny, které jsou podporovány i plněním domácích úkolů apod.
Rodinná terapie není jednolitý systém, zahrnuje různé terapeutické přístupy (Langmeier, Balcar, Špitz 2000):
l. Psychodynamický přístup – vychází k předchozích zkušeností opakujících se vzorců

chování jednotlivých účastníků, nejčastěji manželů, rozvíjí náhled a podporuje nové způsoby interakce. Mezi průkopníky patří Ackermann /1966/.
2. Experienciální přístup – zaměřuje se na poruchy v prožívání emocí, na nenaplněné emoční potřeby členů rodiny, konfrontuje je a tím vyjasňuje vztahy.
3. Behaviorální přístup – zaměřuje se na naučené vzorce chování, na patologické interakce, učí novým způsobům chování.
4. Přístup rozšířené rodiny - zaměřuje se na širší, většinou mezigenerační prolnutí, hledá tzv. „triangulace" – zatažení prarodiče či dítěte do vztahu mezi partnery.
14
5. Komunikační přístup
a/ strukturní - zaměřený na rozbor a přestavbu jednotlivých vztahů v rodině, směřování ke vzájemnému naplňování potřeb, možností a úkolů.
b/ strategický – zaměřený na rozpoznávání funkce poruchových dějů a jejich odstraňování, často i formou paradoxního příkazu, což vede k hledání nových způsobů komunikace.

RODINNÁ TERAPIE V PEDOPSYCHIATRII

Rodinná terapie se využívá v pedopsychiatrii při léčbě mnoha obtíží - výchovných, neurotických, psychosomatických, u drogových závislostí, u školního selhávání, u poruch chování atd. Práce s rodinou je nezbytná i jako edukativní metoda při práci s rodinami vážně psychicky nemocných dětí - schizofreniků, dětí s pervazivními poruchami, depresemi apod.
Pro indikaci rodinné terapie musí být splněny určité podmínky: zralost problému pro terapeutické řešení, motivovanost členů rodiny k práci na problému a na změně, způsobilost všech zúčastněných k práci zvolenou metodou, časové a prostorové nároky realizace terapie, způsobilost terapeuta pracovat s daným problémem a s danou rodinou s právě indikovanou metodou .
Ke kontraindikacím pak patří vzájemná nedosažitelnost členů rodiny a terapeuta, nezpůsobilost rodiny k požadované komunikaci a spolupráci, typ poruchy, vetší nebezpečnost možných následků i úspěšné terapie než jakou představuje pokračování současných potíží, nevýznamnost předloženého rodinné problému pro současné chování a vzájemné prožívání uvnitř rodiny (Langmeier, Balcar, Špitz 2000).
Kromě rodinné terapie je dobrá zkušenost i s terapií multisystémovou, což je setkávání rodin, které mají společný problém, v přítomnosti terapeuta /poruchy příjmu potravy.../

SYSTEMICKÁ PSYCHOTERAPIE

Systemická teorie, terapie a poradenství se rozvinuly v posledních desetiletích. K rozvoji dochází na různých místech a úrovních, systemická teorie čerpá i z postmoderního způsobu filozofického uvažování, z věd, z kybernetiky, teorie komunikace, teorie informace atd.
Systemická terapie chápe rodinu jako uzavřený systém, který je autonomní a sám sebe regulující /autopoietický/. Systemická terapie se hlásí k teorii poznání /epistemologii/, realita je dle ní sociální konstrukcí, vnější svět naším poznáním neodhalujeme, ale vytváříme /radikální konstruktivismus/.
K hlavním představitelům systemického pojetí patří Milánská škola, v USA Steve de Shazer, v Německu především K. Ludewig, v Anglii E. Jonesová.
Ludewig shrnuje základní teze systemického pojetí takto (in Kratochvíl 1997):
l. Vše řečené je řečeno pozorovatelem.
2. Pozorovatel je jazykující živá bytost.
3. Vše řečené je vytvořeno jazykováním.
4. /Reality/ jsou argumenty v konverzování.
5. Systémy jsou komplexní jednotky vytvořené jazykováním.
6. „Systemicky" myslet znamená soustředit se na systémy.
Další vývoj systemické terapie směřoval k sociálnímu konstruktivismu.Od kybernetické metafory přechází k metafoře narativní. Sociální konstruktivismus přirovnává lidské osudy k příběhům či textům, které jsou vyprávěny a na jejichž postupně se měnící podobě pracují jak autor, tak posluchači nebo čtenáři. Svým vyprávěním člověk přiděluje určitým událostem význam. Toto se uplatňuje především v rodinné terapii, kde vyprávění sdílejí i ostatní členové rodiny, mají na něj vliv, terapeut sám podporuje pozměňování „příběhu".
Systemická terapie zavedla do své práce několik nových technik, které se týkají především komunikace v rodině.
Cirkulární dotazování – je nepřímou formou získávání informací, terapeut se ptá jednotlivých členů rodiny, co si myslí o dané věci ostatní...
Otázka po zázraku – „Předpokládejme, že se jedné noci, zatímco budete spát, stane zázrak a váš problém se vyřeší. Vy to nevíte, protože jste spal. Jak to poznáte?"
Technika zázračné změny – členové rodiny se mají určitý čas chovat, jako by zázrak nastal...
Zhodnocení pozitiv – členové rodiny si mají všímat pozitivních změn v životě.
Reflektující tým – členové týmu za zrcadlem či přímo v místnosti, kteří se mohou zúčatnit na požádání terapeutů svými nápady či postřehy.

Technika externalizace – metoda, kterou navrhli White a Epston, spočívá v oddělení příznaku od pacienta , které umožní pacientu lépe se příznaku postavit.

VYUŽITÍ PSYCHOTERAPEUTICKÝCH PŘÍSTUPU U NĚKTERÝCH PORUCH

Psychoterapie posttraumatické stresové poruchy

Když pomineme krizovou intervenci, první pomoc při reakci na stres a důležitou prevenci vzniku PTSP, při samotné terapii posttraumatické stresové poruchy se dá využít krátkodobé dynamicky orientované psychoterapie, která má za úkol návrat k traumatickým prožitkům, uvolnění potlačených emocí a snížení negativního emočního náboje a úzkostného prožívání. Důležitá je i psychoedukace, daní do souvislostí prožitého traumatu a nespecifických potíží. V léčbě provázející deprese a fobických obtíží se dají využít přístupy z kognitivně- behaviorální terapie, při disociativních projevech se využívá úspěšně hypnózy.

U dětí ke slovu přicházejí opět neverbální, často kresebné techniky a rodinná terapie.

Psychoterapie afektivních poruch

Při psychoterapii afektivních poruch /deprese/, se využívají nejčastěji přístupy kognitivně – behaviorální, zaměřené na resocializaci. Dále se dá využít krátkodobé dynamicky orientované psychoterapie, zejména u poruch s reaktivní složkou vzniku, terapie skupinové a rodinné. Terapie se zaměřuje také na emoční podporu, poruchy sebehodnocení a pocity viny, nácvik sociálních dovedností.

Psychoterapie panické poruchy

Při léčbě panické poruchy se využívá v první řadě nácviku relaxačních technik a dechového cvičení společně s přístupy kognitivně – behaviorálními. Na ně může navazovat i dlouhodobější terapie dynamicky orientovaná, odkrývající poruchy v interpersonálnách vztazích a deficity v životní spokojenosti.

Psychoterapie sociální fobie

Při léčbě sociální fobie se využívá především metod nácvikových, spadajících do kognitivně-behaviorální terapie, relaxačních metod, nácviku asertivity a sebeprosazení, nejčastěji skupinovou formou. Doplňující může být opět krátkodobá dynamická psychoterapie.

Psychoterapie psychotických poruch

I při terapii psychotických poruch využíváme přístupů psychoterapeutických a socioterapeutických v závislosti na obraze a fázi onemocnění. Velmi důležitý je zde vztah, ve kterém by měl být terapeut empatický, chápající, ale dostatečně pevný a jasný.

Vhodná je psychoedukativní terapie, kognitivně – behaviorální postupy, nezbytný je kontakt s rodinou, doporučit můžeme i rodičovské skupiny. Samotná rodinná terapie je spíše nevhodná. Výborné je i využití terapie činnostní, terapie skupinové /nácvikové, dynamické či tématickou formou/, režimové léčby.

Na psychoterapii by měla navazovat resocializace nejlépe docházkou do speciálnách zařízení terapeutických i sociálních /Fokus, chráněnné dílny apod./.

Psychoterapie pervazivních poruch

Psychoterapie pervazivních poruch využívá, podobně jako terapie psychotických onemocnění, KBT a resocializačních postupů.

Psychoterapie psychosomatických poruch

V terapii psychosomatických poruch se užívá relaxačních metod, dynamicky a antropologicky orientované terapie, individuální i skupinovou formou. Vhodná je též terapie zaměřená na tělo a rodinná terapie.

Psychoterapie somatoformních poruch

Psychoterapie somatoformních poruch závisí na přístupnosti pacienta, na jeho ochotě zabývat se i „nervovými potížemi". V první řadě je nezbytná psychoedukace a snaha o motivaci pacienta ke spolupráci a důvěře v terapii. Užívají se především postupy odkrývající, dynamicky a antropologicky orientované, někdy je indikována i manželská či rodinná terapie.

Použitá literatura:

Kratochvíl Stanislav: Základy psychoterapie. Portál Praha, 1997.
Langmeier J., Balcar K., Špitz J.: Dětská psychoterapie. Portál Praha, 2000.
Hort Vl.., Hrdlička M., Kocourková J., Malá E. a kol.: Dětská a adolescentní psychoterapie. Portál Praha, 2000.
Vymětal Jan a kol.: Obecná psychoterapie. Psychoanalytické nakladatelství Praha, 1997.
Murdoch D., Barker P.: : Základy behaviorální psychoterapie. FFMU Brno, 1996.
Praško J., Šlepecký J.: Kognitivně- behaviorální terapie depresivních poruch. Psychiatrické centrum Praha Praha, 1995.
Mullerová Else: Příběhy z měsíční houpačky . Portál Praha, 1998.
Prochaska James O., Norcross John C.: Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi. Grada

Publisching Praha, 1999.
Kulhánek Jan: Aplikace Kellyho teorie osobních konstruktů a mřížky repertoáru rolí při skupinové psychoterapii s adolescenty v klinické praxi. Diplomová práce pro
rok 2001 – 2002, FF UK Praha, obor psychologie, 2002.
Jebavá Jana: Úvod do arteterapie. Univerzita Karlova Karolinum Praha, 1997
Leuner H: Katatymní prožívání obrazů /studijní texty k psychoterapii/. Masarakova univerzita Brno, 1997
Lukasová E.: Logoterapie ve výchově. Portál Praha, 1997
Condrau G.: Sigmund Freud a Martin Heidegger - Daseinsanalytická teorie neuróz a psychoterapie. Triton Praha, 1998
přednášky Pražské psychoterapeutické fakulty- MUDr. Fišerová
internetové zdroje- stránky České arteterapeutické společnosti