

Terapie ve speciální pedagogice

2., přepracované vydání

- Základní vymezení, proces, zdroje a prostředky terapeutických přístupů a terapií
- Definování, klasifikace a základní popis
- Metodologie, příklady z praxe



*Zvláštní poděkování patří panu prof. PhDr. Stanislavu Kratochvílovi, CSc., a pracovníkům psycho-
terapeutického oddělení pro neurózy 18B Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.*

Autorský kolektiv:

PhDr. Jaroslava Dosedlová, Ph.D.

MUDr. Radmil Dvořák, PhD.

Mgr. Markéta Gerlichová

Mgr. Jiří Kantor

Mgr. Pavel Klech

Mgr. Petra Křížkovská

Mgr. Radka Majerová

Prof. Dr. Dr. Dr. Dr. Wolfgang Mastnak

Mgr. Renata Mlčáková, Ph.D.

Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

Mgr. Hana Pakostová

Bc. Barbora Palečková

prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc.

Mgr. Martin Dominik Polínek, Ph.D.

Bc. Lucie Pospíšilová

PhDr., Mgr. Petra Potměšilová, Ph.D.

Bc. Zuzana Rodová

Mgr. Michal Růžička, Ph.D.

Mgr. Pavel Svoboda, Ph.D.

Mgr. Silvie Tábořská

prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.

prof. PhDr. Marie Vítková, CSc.

Terapie ve speciální pedagogice

2., přepracované vydání

- Základní vymezení, proces, zdroje a prostředky terapeutických přístupů a terapií
- Definování, klasifikace a základní popis
- Metodologie, příklady z praxe



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Poznatky v této publikaci vycházejí ze specifického vysokoškolského výzkumu realizovaného v projektech: „Problematika následné edukace dospělých osob s mentálním postižením v období střední a pozdní dospělosti“ (PdF_2011_039), „Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v pozdní dospělosti“ (PdF_2012_049), „Výzkum kvality života u jedinců se speciálními potřebami“ (PdF_2013_006), „Aktuální výzvy a alternativní strategie ve speciálněpedagogické diagnostice“ (PdF_2013_010).

Mgr. Oldřich Müller (ed.) a kolektiv

TERAPIE VE SPECIÁLNÍ PEDAGOGICE

2., přepracované vydání

TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 5425. publikaci

Recenzovali:

doc. PaedDr. Jan Slavík, CSc.
PaedDr. Petr Petráš

Odpovědná redaktorka Helena Varšavská
Sazba a zlom Milan Vokál
Návrh a zpracování obálky Antonín Plicka
Počet stran 512
Vydání 2., 2014

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

© Grada Publishing, a. s., 2014
Cover Photo © archiv autorů

ISBN 978-80-247-4172-7

ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE:

ISBN 978-80-247-8991-0 (ve formátu PDF)
ISBN 978-80-247-8992-7 (ve formátu EPUB)

OBSAH

O autorech	13
Úvodní slovo	16
1. Teoretický úvod	18
<i>(Oldřich Müller)</i>	
1.1 Terapeutické přístupy a terapie – základní vymezení	18
1.2 Terapie ve speciální pedagogice	21
1.3 Zdroje terapií	22
1.3.1 Psychoterapie – klíčový zdroj	23
<i>(Michal Růžička)</i>	
1.3.2 Fyzioterapie	38
<i>(Oldřich Müller)</i>	
1.3.3 Další zdroje	39
1.4 Procesuální stránka terapií	42
1.4.1 Průběh procesu	42
1.4.2 Prostředí	44
1.4.3 Terapeut a klient	44
<i>(Petra Křížková)</i>	
1.4.4 Obsah a cíle terapií	48
<i>(Oldřich Müller)</i>	
1.5 Prostředky terapií	49
1.5.1 Neverbální komunikace – základní vymezení	49
1.5.2 Neverbální komunikace – obecné zásady aplikace	52
1.5.3 Neverbální komunikace – prostředek rozvoje lidské osobnosti	54
1.5.4 Neverbální komunikace – prostředek terapie	56
1.6 Definování, klasifikace a základní popis terapií ve speciální pedagogice	56
1.6.1 Terapie hrou	57
1.6.2 Činnostní a pracovní terapie	59
1.6.3 Psychomotorické terapie	60
1.6.4 Terapie s účastí zvířete	61
1.6.5 Expresivní terapie	63
1.6.6 Další specializované fyzioterapeutické či edukační přístupy	72
Doporučená a použitá literatura	74
2. Arteterapie	77
<i>(Petra Potměšilová)</i>	
2.1 Základní vymezení arteterapie	77
2.1.1 Historické souvislosti arteterapie	79

2.2	Základní směry a teoretické vymezení v arteterapii	80
2.2.1	Psychoanalytický směr	81
2.2.2	Kognitivně-behaviorální směr	81
2.2.3	Humanistický směr	82
2.2.4	Integrativní směr	82
2.3	Arteterapie v kontextu dalších disciplín	83
2.3.1	Artefiletika	83
2.3.2	Pedagogika	85
2.3.3	Psychologie	86
2.3.4	Psychoterapie	87
2.3.5	Výtvarné umění	87
2.4	Formy práce v arteterapii	88
2.4.1	Individuální arteterapie	88
2.4.2	Skupinová arteterapie	88
2.5	Diagnostika v arteterapii	90
2.6	Arteterapeut	96
2.6.1	Arteterapie a supervize	98
2.7	Metody v arteterapii	100
2.7.1	Imaginace	100
2.7.2	Animace	101
2.7.3	Koncentrace	102
2.7.4	Restrukturalizace	103
2.7.5	Transformace	104
2.7.6	Rekonstrukce	104
2.8	Techniky v arteterapii	105
2.8.1	Úvodní techniky	105
2.8.2	Techniky zaměřené na práci s problémem	112
2.8.3	Techniky zaměřené na postupné rozvíjení jednoho tématu	117
2.8.4	Techniky zaměřené na rozvoj osobnosti	119
2.8.5	Arteterapeutická práce s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami	123
2.9	Současná arteterapie v České republice	127
	Doporučená a použitá literatura	130
3.	Dramaterapie	132
	<i>(Milan Valenta)</i>	
3.1	Rozdílné tváře dramatu	132
3.1.1	Paradivadelní systémy edukační povahy	133
3.1.2	Paradivadelní systémy terapeutické povahy	133
3.2	Co je dramaterapie	136
3.2.1	Definice dramaterapie	136
3.2.2	Cíle dramaterapie	137
3.2.3	Improvizace a další prostředky dramaterapie	139
3.2.4	Formy dramaterapie	140
3.3	Struktura dramaterapeutického procesu	141
3.3.1	Ujasnění cílů při plánování sezení (z pohledu dramaterapeuta)	142
3.3.2	Struktura dramaterapeutického sezení	143
3.3.3	Etapy terapeutického procesu	145

3.4	Duální pojetí dramaterapie	146
3.4.1	Možnosti dramaterapeutické intervence u osob s poruchou autistického spektra	148
3.4.2	Možnosti dramaterapeutické intervence u osob s posttraumatickou stresovou poruchou	153
3.4.3	Relaxace a dramaterapie	163
	Doporučená a použitá literatura	165
4.	Teatroterapie	167
	<i>(Martin Dominik Polínek)</i>	
4.1	Vymezení teatroterapie	167
4.2	Historie teatroterapie	168
4.3	Teatrologická východiska teatroterapie	170
4.3.1	Teatroterapeutická východiska v kontextu historického vývoje divadla	170
4.3.2	Vybrané divadelní profese	176
4.3.3	Základní teatrologické pojmy	178
4.4	Psychoterapie jako zdroj teatroterapeutických přístupů	180
4.4.1	Hlubinná psychoterapie	181
4.4.2	Kognitivně-behaviorální terapie	182
4.4.3	Gestalt terapie	183
4.4.4	Skupinová terapie	185
4.5	Paradoxní zacílení teatroterapie	186
4.6	Účinné principy teatroterapie	188
4.7	Kompetence teatroterapeuta	189
4.8	Struktura a metodika teatroterapeutické práce	191
4.9	Vybrané metody a techniky využitelné v teatroterapii	193
4.9.1	Hlasová průprava	193
4.9.2	Práce s jevištním partnerem	194
4.9.3	Práce s vnitřní technikou	194
4.9.4	Metody práce s jevištní postavou	195
4.9.5	Improvizace a metody práce s námětem či motivem	195
	Doporučená a použitá literatura	196
5.	Biblioterapie	198
	<i>(Pavel Svoboda)</i>	
5.1	Obecné pojmy a vztahy, nástin historického vývoje	198
5.1.1	Terapie, umění a psaní	199
5.1.2	Literární složky	199
5.1.3	Biblioterapie v kontextu příbuzných terapií a věd	200
5.1.4	Realizace biblioterapie	201
5.2	Biblioterapie a ontogenetický vývoj dítěte	203
5.3	Biblioterapeutické domény	208
5.3.1	Psychosomaticky a psychosociálně orientovaná biblioterapie	209
5.3.2	Relaxační biblioterapie	213
5.3.3	Edukační biblioterapie	216
5.3.4	Biblioterapeutické psaní deníku	217
5.3.5	Biblioterapie jako tvůrčí psaní	220

5.3.6	Narativní biblioterapie	223
5.3.7	Biblioterapie lyrická	225
5.3.8	Virtuální biblioterapie	226
5.3.9	Polyestetická biblioterapie	227
	Doporučená a použitá literatura	228
5.4	Skazkoterapie	230
	(<i>Martin Dominik Polínek</i>)	
5.4.1	Definice skazkoterapie, cíle a cílové skupiny	230
5.4.2	Uplatňování skazkoterapie v psychoterapeutickém procesu	231
5.4.3	Ukázka konkrétní skazkoterapeutické lekce	234
	Doporučená a použitá literatura	235
6.	Poetoterapie	237
	(<i>Pavel Svoboda</i>)	
6.1	Obecné pojmy a vztahy	237
6.1.1	Cíl, obsah a formy poetoterapie	238
6.1.2	Poezie jako prostředek poetoterapie	240
6.1.3	Poetoterapie, poetofiletika a jejich vztah k básni	242
6.1.4	Funkce poetického textu	243
6.1.5	Jak lze užívat básnický text	244
6.1.6	Poezie a ontogenetický vývoj dítěte	245
6.1.7	Charakteristiky klientů vzhledem k jejich vztahu k poezii	246
6.1.8	Výběr básní	246
6.1.9	Psychosomatické aspekty poetoterapie	247
6.2	Optimální využití prostředků poetoterapie	248
6.2.1	Básnění jako hra	248
6.2.2	Nonsense a jeho úloha v poetoterapii	249
6.2.3	Neologismus a jeho úloha v poetoterapii	250
6.2.4	Deminutivum a jeho užití	253
6.3	Hledání inspirace	253
6.3.1	Poetický brainstorming	253
6.3.2	Poetický brainwriting a kolektivní záznamník	254
6.4	Terapeutické prolínání	254
6.4.1	Poetoterapie a dramatická výchova	254
6.4.2	Poetoterapie v kontextu s dalšími intervencemi	258
6.5	Přehled základních poetických technik	263
6.6	Ukázky autopoetoterapeutického tvoření	265
	Doporučená a použitá literatura	267
7.	Muzikoterapie	269
	(<i>Wolfgang Mastnak, Jiří Kantor</i>)	
7.1	Celková charakteristika muzikoterapie	269
7.1.1	Muzikoterapeutický proces	270
7.1.2	Hudba a hudební prostředky	271
7.1.3	Muzikoterapie jako disciplína a jako profese	272
7.2	Česká muzikoterapie – proudy, organizace a vzdělávání	273
7.2.1	Charakteristika muzikoterapeutických proudů	273
7.2.2	Muzikoterapeutické organizace	274
7.2.3	Vzdělávání v oblasti muzikoterapie	275

7.3	Muzikoterapie v oblasti pedagogiky a speciální pedagogiky	275
7.3.1	Zaměření a cíle muzikoterapie	277
7.3.2	Jak vytváříme terapii pro klienta?	278
7.3.3	Analogie hudebního projevu, tělesných a psychických funkcí	279
7.3.4	Přehled muzikoterapeutických modelů a přístupů	281
7.3.5	Muzikoterapie u jednotlivých skupin zdravotního postižení	288
7.4	Muzikoterapie v psychoterapii, psychiatrii a dalších oblastech medicíny	296
7.4.1	Obecná témata a historický pohled	296
7.4.2	Empirická účinnost, důkazy a pokusy o výklad	298
7.4.3	Pole aplikace a klinické oblasti	300
7.4.4	Teoretické modely a nejdůležitější koncepce	309
7.4.5	Metody, systémy a školy	314
7.4.6	Diagnostická témata	318
7.4.7	Výzkumné metody	324
7.4.8	Zásadní téma a hypotéza třetího řádu	328
7.4.9	Vzdělávání, legislativní rámec a profesionální znaky	329
	Doporučená a použitá literatura	330
8.	Taneční terapie a terapeutický tanec	334
	<i>(Jaroslava Dosedlová)</i>	
8.1	Vznik a vývoj	334
8.2	Vymezení tanečně-pohybové terapie	336
8.2.1	Specifika taneční a pohybové terapie	337
8.3	Vybrané formy a techniky taneční terapie a jejich teoretické zázemí	338
8.3.1	Bazální tanec (basic dance) Marian Chaceové	338
8.3.2	Autentický pohyb Mary Starks Whitehouseové	339
8.3.3	Body-ego technika Trudi Schoopové	339
8.3.4	Symbolická taneční terapie Laury Sheleenové	340
8.3.5	Tanečně-pohybová terapie založená na Labanově analýze pohybu	342
8.3.6	Taneční terapie jako primitivní exprese	344
8.3.7	Psychobalet	350
8.4	Indikace a kontraindikace TT	353
8.5	Účinnost taneční terapie	353
	Doporučená a použitá literatura	355
9.	Bazální stimulace	357
	<i>(Marie Vítková)</i>	
9.1	Terminologická východiska	357
9.2	Model „vnímání – představy – myšlení“ jako základ terapií ve speciální pedagogice	357
9.2.1	Vnímání	358
9.2.2	Představy	359
9.2.3	Myšlení	360
9.3	Koncepce bazální stimulace	361
9.4	Teoretické základy bazální stimulace	362
9.4.1	Neurofyziologický vývojový model podle Pechsteina	363
9.4.2	Vývojově-genetický přístup podle Piageta	363
9.4.3	Fyzioterapeutický model vývoje podle Bobatha	364

9.5	Oblasti speciálněpedagogické podpory	365
9.5.1	Somatické podněty	366
9.5.2	Vibrační podněty	367
9.5.3	Vestibulární podněty	367
9.5.4	Čichové a chuťové podněty	368
9.5.5	Sluchové a zrakové podněty	368
9.5.6	Komunikativní a sociálně-emocionální podněty	369
9.6	Podpůrný program u žáků s těžkým postižením	369
9.6.1	Plánování pedagogických aktiv u žáků s těžkým postižením	370
9.6.2	Určení cíle – stanovení priorit	371
9.6.3	Strukturování podpůrných opatření	372
9.6.4	Resilience	372
9.7	Soubor námětů pro edukaci dítěte s těžkým postižením	373
9.7.1	Senzomotorika	373
9.7.2	Psychomotorika	374
9.7.3	Sociomotorika	379
	Doporučená a použitá literatura	383
10.	Terapie orofaciální oblasti	385
	<i>(Renata Mlčáková)</i>	
10.1	Myofunkční terapie	385
10.1.1	Vymezení základních pojmů myofunkční terapie	385
10.1.2	Cíl myofunkční terapie	387
10.1.3	Podpora fyziologického vývoje orofaciálního svalstva	387
10.1.4	Klidová poloha jazyka	389
10.1.5	Indikace myofunkční terapie	389
10.1.6	Diagnostika myofunkční poruchy	389
10.1.7	Průběh myofunkční terapie podle Kittelové	390
10.2	Orofaciální regulační terapie podle Castillo-Morales	391
10.3	Rehabilitace orofaciální oblasti podle Debry Gangaleové	392
10.4	Odborné vzdělávací kurzy, speciální pomůcky	392
	Doporučená a použitá literatura	393
11.	Lingvistika ve speciální pedagogice	394
	<i>(Radka Majerová)</i>	
11.1	Lingvistické interdisciplíny	394
11.2	Výuka funkčního psaní	395
11.3	Výuka čtení s porozuměním	395
11.4	Výuka českého jazyka jako cizího jazyka	396
11.5	Individuální výuka předmětu český jazyk	396
11.6	Jazykové zpracování informací z ostatních předmětů	397
11.7	Získání představy o jazyku jako systému	398
	Doporučená a použitá literatura	399
12.	Rehabilitace, fyzioterapie a ergoterapie	400
	<i>(Jan Pfeiffer, Radmil Dvořák, Jiří Kantor, Hana Pakostová, Markéta Gerlichová, Silvie Táborská, Barbora Palečková, Lucie Pospíšilová, Zuzana Rodová)</i>	
12.1	Rehabilitace a její koordinace	400
12.2	Klasifikace funkčních schopností	411

12.2.1	Důležité pojmy MKF	413
12.2.2	Etické hodnoty rehabilitace	418
12.3	Léčebná rehabilitace a fyzioterapie	418
12.3.1	Vývoj oboru léčebné rehabilitace, jeho zařazení a filozofie v kontextu zdravotních věd, pracovníci oboru a jejich kompetence	419
12.3.2	Obsah a prostředky léčebné rehabilitace	422
12.3.3	Fyzikální terapie – druhy, možnosti využití a aplikace	425
12.3.4	Metodiky kinezioterapie	427
12.3.5	Fyzioterapie u dětí a mládeže v Jedličkově ústavu a školách v Praze ..	434
12.3.6	Fyzioterapie u dospělých pacientů po úrazech mozku na Klinice rehabilitačního lékařství v Praze	438
12.4	Ergoterapie v rehabilitaci	441
12.4.1	Co ergoterapie může nabídnout	441
12.4.2	Ergoterapeutický proces	443
12.4.3	Základní oblasti ergoterapie	445
12.4.4	Odborná příprava a profesionální zaštitění ergoterapie	447
	Doporučená a použitá literatura	448
13.	Zooterapie (animoterapie)	449
	<i>(Pavel Klech)</i>	
13.1	Úvod	449
13.2	Definice a terminologie	450
13.3	Historické pozadí a současné zázemí	451
13.4	Dělení zooterapie	452
13.5	Hiporehabilitace	453
13.5.1	Historie hiporehabilitace	453
13.5.2	Rozvoj hiporehabilitace ve světě	454
13.5.3	Rozvoj hiporehabilitace v Čechách	454
13.5.4	Symbolika koně	455
13.5.5	Základní pojmy a rozdělení hiporehabilitace	456
13.5.6	Česká terminologie a její anglické ekvivalenty v hiporehabilitaci	458
13.5.7	Hiporehabilitační tým	458
13.5.8	Výběr koně pro hiporehabilitaci	459
13.5.9	Hiporehabilitační středisko	461
13.5.10	Hipoterapie	462
13.5.11	Aktivity s využitím koní (AVK), terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků (TVKPP)	471
13.5.12	Parajezdeckví	475
13.6	Canisterapie	475
13.6.1	Canisterapie – terminologické vymezení	475
13.6.2	Historie canisterapie	476
13.6.3	Stručný vývoj canisterapie v ČR	477
13.6.4	Metody a formy canisterapie	478
13.6.5	Účastníci canisterapie	480
13.6.6	Zkoušky canisterapeutického týmu	483
13.6.7	Využití psa ve zdravotně-sociální oblasti	483
13.6.8	Indikace a kontraindikace v canisterapii	484
13.6.9	Využití canisterapie u jednotlivých skupin postižení	484
13.6.10	Fáze canisterapie	486

13.6.11 Části canisterapie	486
13.6.12 Cíle canisterapie	487
13.6.13 Zásady canisterapie	487
13.6.14 Techniky canisterapie	488
13.7 Felinoterapie	489
13.7.1 Terminologické vymezení	489
13.7.2 Historie felinoterapie	489
13.7.3 Felinoterapie ve světě	490
13.7.4 Felinoterapie v České republice	490
13.7.5 Metody felinoterapie	490
13.7.6 Účastníci felinoterapie	491
13.7.7 Výběr koček pro felinoterapii	491
13.7.8 Indikace a kontraindikace felinoterapie	492
13.7.9 Cíle felinoterapie	492
13.7.10 Význam felinoterapie u seniorů	492
13.8 Využití dalších zvířecích druhů v zooterapii	493
Doporučená a použitá literatura	494
Summary	497
Rejstřík jmenný	498
Rejstřík věcný	501

O AUTORECH

Mgr. Oldřich Müller, Ph.D., vedoucí autorského týmu, vystudoval speciální pedagogiku na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, v dálkovém studiu pak dějepis (na Filozofické fakultě UJEP v Brně) a v rozšiřujícím studiu výchovnou dramaturgii (na DAMU v Praze). Působil řadu let jako učitel na zvláštní škole a jako učitel dramatického ateliéru vyšší odborné školy umělecké. V současné době působí v Ústavu speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, kde se věnuje psychopedii, speciálněpedagogické gerontagogice, dramice a dramaterapii, které také vyučuje v zahraničí (na univerzitách v Nizozemí, na Slovensku, v Řecku a ve Španělsku). Je autorem a spoluautorem řady odborných publikací (např. *Lehká mentální retardace v pedagogicko-psychologickém kontextu*, *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*, *Psychopedie* aj.) a učebnic pro intaktní žáky i žáky s mentálním postižením (např. učebnic dějepisu a výchovy k občanství pro základní školy a základní školy praktické). Vášnivý cestovatel a ctitel hard rocku.

PhDr. Jaroslava Dosedlová, Ph.D., působí v Psychologickém ústavu Filozofické fakulty Masarykovy univerzity v Brně, kde přednáší sociální a aplikovanou sociální psychologii, úvod do transakční analýzy a vybrané psychoterapeutické směry (taneční a imaginativní). Vede seberozvojové kurzy pro studenty i širokou veřejnost s využitím principů taneční a somaticky orientované psychoterapie.

MUDr. Radmil Dvořák, Ph.D., je rehabilitační lékař (roku 1993 získal II. atestaci v oboru Fyziatrie, balneologie a léčebná rehabilitace) se specializací na manuální medicínu, kineziologii a kinezioterapii. Od roku 1994 přednáší na katedře fyzioterapie Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci, dále působí jako odborný lékař v RRR centru nebo jako konzultant v občanském sdružení Jitro Olomouc. Již řadu publikuje a podílí se na výzkumné činnosti v oblasti kinezioterapie.

Mgr. Jiří Kantor vystudoval speciální pedagogiku a hudební výchovu na Univerzitě Palackého v Olomouci a pokračuje vzděláváním se v oblasti uměleckých kreativních terapií, psychoterapie a neverbálních metod. Během své praxe působil jako vychovatel v ÚSP pro mentálně postižené v Ostravě, jako třídní učitel v rehabilitační třídě SŠ a ZŠ Credo v Olomouci a v rámci soukromé lektorské a muzikoterapeutické praxe. V současné době vyučuje na Univerzitě Palackého v Olomouci. Je jedním ze zakládajících členů a současný místopředseda Muzikoterapeutické asociace České republiky. Od roku 2011 úzce spolupracuje s Jedličkovým ústavem a školami v Praze. V publikační a lektorské činnosti se zaměřuje na speciální pedagogiku osob s tělesným a kombinovaným postižením a muzikoterapii (např. publikace *Základy muzikoterapie*). Je autor řady písní a několika hudebních kompozic (např. současný hudební projekt *Zahrady srdce*). Ve volném čase se věnuje koncertní a přednáškové činnosti.

Mgr. Pavel Klech, vystudoval speciální pedagogiku na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Působil jako učitel a logoped na speciální škole a jako odborný asistent na katedře speciální pedagogiky UP v Olomouci. V rámci programu celoživotního vzdělávání vystudoval na

Pedagogické fakultě Masarykovy Univerzity v Brně Léčebné pedagogické a psychologické ježdění na koni. Je držitelem certifikátu instruktora hiporehabilitační metody Charlese Fletchera SpiritHorse v Texasu. Pracoval v občanském sdružení pro hiporehabilitaci jako terapeut. Je autorem učebnic předmětu informační a komunikační technologie pro základní školu praktickou.

Mgr. Petra Krížkovská, studentka doktorského studijního programu Speciální pedagogika na Ústavu speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, zaměřuje se na psychopedii, logopedii, speciální pedagogiku osob dospělého a seniorského věku.

Mgr. Radka Majerová, pracuje jako pedagog-lingvista v Jedličkově ústavu a školách v Praze, přednáší na FF UK v Praze a PdF UP v Olomouci. Aplikuje lingvistické poznatky na poskytování jazykové terapie a vzdělávání lidem s jazykovým handicapem. Poznatky z praxe se rovněž snaží obohatit jazykovědný výzkum. Její práce souvisí s otázkami neurolingvistiky a psycholingvistiky.

Prof. Dr. Dr. Dr. Dr. Wolfgang Mastnak je celosvětově uznávanou osobností muzikoterapie, hudební pedagogiky, neuropsychologie a psychosomatiky v kardiologii, hudebník (klavírista pořádající koncerty po celém světě) a skladatel. Je bývalým ředitelem oddělení muzikoterapie a na tělo orientovaných terapií v neuropsychiatrické nemocnici v Salcburku (dnešní Dopplerova fakultní klinika). V současné době působí jako profesor a ředitel katedry pro hudební vzdělávání a systematickou muzikologii na Univerzitě hudby a hereckých umění v Mnichově, jako profesor na Hudební konzervatoři a Univerzitě Fudan v Šanghaji, na Univerzitě aplikovaných věd v rakouské Křemži. Je členem Newyorské akademie věd a Evropské akademie věd a umění. Napsal kolem 15 publikací a více než 200 článků a kapitol do knih. Za svou odbornou činnost získal mnoho významných ocenění (např. v Cambridgi, ocenění Amerického biografického institutu atd.).

Mgr. Renata Mlčáková, Ph.D., vystudovala speciální pedagogiku na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, věnuje se logopedii a zabývá se problematikou narušené komunikační schopnosti u dětí i dospělých. Pracuje jako odborná asistentka v Ústavu speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc., patří mezi přední české neurology a rehabilitační lékaře, je velmi uznávaný také v zahraničí. Již od počátku své profesionální dráhy tihnul k problematice rehabilitace. Mnoho let vykonával funkci předsedy Rehabilitační společnosti, je také členem mnoha domácích i zahraničních odborných společností. Po roce 1989 působil i jako poradce ministerstva zahraničí, podporoval vznik rehabilitačních center a jejich napojení na další instituce. Podílel se ve WHO na 1. a 2. vydání *Klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*, kterou roku 2008 přeložil do češtiny. Vybudoval Kliniku rehabilitačního lékařství na 1. lékařské fakultě v Praze (byl jejím přednostou do roku 1992) – pracoviště pro komplexní ergodiagnostiku, ergoterapii a pracovní rehabilitaci. Zde stále pracuje a zároveň je konzultantem při Jedličkově ústavu a školách.

Mgr. Martin Dominik Polínek, Ph.D., odborný asistent Ústavu speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci (zabývá se etopedií a terapeutickými technikami). Pedagog na Základní umělecké škole Zlín (učí literárně-dramatický obor); gestalt psychoterapeut s privátní praxí ve Zlíně. Včelař a monarchista.

PhDr., Mgr. Petra Potměšilová, Ph.D., vystudovala PedF UK obor Integrované studium speciální pedagogiky – učitelství na speciálních školách se zaměřením na surdopedii, logopedii a výtvarnou výchovu. Na téže fakultě úspěšně absolvovala v roce 2004 doktorské studium v oboru Teorie výtvarné výchovy. V roce 2009 absolvovala studium jednooborové psychologie na FF UP v Olomouci. V letech 1999–2002 absolvovala sebezkušenostní výcvik v arteterapii. Působí jako odborný asistent na katedře křesťanské výchovy Cyrilometodějské teologické fakulty University Palackého v Olomouci. Její odborné zaměření je speciální pedagogika, psychologie žáků s postižením a arteterapie.

Mgr. Michal Růžička, Ph.D., speciální pedagog, terapeut. Pracuje jako odborný asistent v Ústavu speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého, dále jako terapeut v P-centru Olomouc.

Mgr. Pavel Svoboda, Ph.D., pracuje jako odborný asistent v Ústavu speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Zabývá se oblastí expresivně-formativních terapií, které využívají verbální projev a zvuk (včetně hudby) jako terapeutické nástroje. Je propagátorem taxonomického oddělení poetoterapie od biblioterapie.

Prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D., vystudoval speciální pedagogiku na Pedagogické fakultě v Olomouci, v dálkovém studiu pak dějepis (na Filozofické fakultě v Brně) a v rozšiřujícím studiu výchovnou dramaturgii (na DAMU v Praze). Působil řadu let jako učitel na zvláštní škole a jako logoped při zdravotnickém zařízení. V posledních dvou dekádách pracuje v Ústavu speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty v Olomouci, kde se věnuje psychopedii, dramice (výchovné dramaturgii) a dramaterapii, kterou také vyučuje v zahraničí.

Prof. PhDr. Marie Vítková, CSc., působí jako vedoucí Katedry speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity v Brně a současně jako proděkan pro vědu, výzkum a doktorská studia na téže fakultě. Její odborné zaměření je speciální pedagogika. Řešitelka výzkumného záměru *Speciální potřeby žáků v kontextu Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání* (2007–2013).

Mgr. Markéta Gerlichová, Bc. Zuzana Rodová a Mgr. Silvie Táborská pracují na pracovišti Kliniky rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze jako členky multidisciplinárního týmu KRL VFN. Specializují se na pacienty po úrazech mozku. Mgr. Markéta Gerlichová zde pracuje jako fyzioterapeut, speciální pedagog a muzikoterapeut (zároveň je současný zástupce ČR pro Evropskou muzikoterapeutickou konfederaci), Mgr. Silvie Táborská jako fyzioterapeut a Bc. Zuzana Rodová jako ergoterapeut.

Mgr. Hana Pakostová, Bc. Barbora Palečková a Bc. Lucie Pospíšilová pracují v Jedličkově ústavu a školách, specializují se především na děti a mládež s tělesným a kombinovaným postižením. Mgr. Hana Pakostová je zde zaměstnána jako fyzioterapeut, Bc. Barbora Palečková a Bc. Lucie Pospíšilová jsou ergoterapeutky.

ÚVODNÍ SLOVO

*Je dům a pod ním teče řeka
V řece dvě leklý ryby plavou
Byl muž a doufal, že ho někdo čeká
Co mu asi tak táhlo hlavou
Zvonil, nikdo neotvíral
A tak to vzal přes balkon a po římse
Avšak chyběl mu instinkt netopýra
Muž padal a lidem dole divil se...*
Pavel Šrut

Paradoxem současné doby je rozpor mezi lidskou přirozeností a nároky prostředí, jež lidi obklopuje. Na jedné straně akcelerují vědecké objevy a moderní technologie, na straně druhé se v jejich zmeti snižují šance jednotlivců být sám sebou. Tento reálný pohled na svět vychází z každodenní praxe, kdy je řada našich spoluobčanů konfrontována s pocitem vlastní neschopnosti (zvládnout tu či onu technickou vymoženost, např. nový mobilní telefon, nový počítačový program), pocitem ohrožení (z možného výpadku energie, ztráty dat v počítači, požadavků na zvládnutí úkolu) a pocitem existenciálního nenaplnění (nezvládám požadavky, nepatřím sem, jsem odcizen sobě i společnosti). Důsledkem takových vpravdě konfliktů pak je neustálý tlak na adaptační schopnosti člověka a riziko možného vzniku (či zhoršení) jeho výrazných adaptačních obtíží. A toto riziko skutečně u části populace vzniká.

Jedním z oborů, který se věnuje pomoci lidem s obtížemi v adaptaci na společenské prostředí (např. z důvodu přítomnosti zdravotního postižení) a má k tomu vhodné předpoklady, nástroje a odborníky, je speciální pedagogika. Speciální pedagogové jsou za tímto účelem vybaveni řadou kompetencí, k nimž tradičně patří dovednosti světybnými způsoby intervenovat – např. diagnostikovat a konzultovat vzniklé problémy, vést a usnadňovat edukační proces, provádět reedukaci a kompenzaci konkrétních nedostatků atp. Tím ale nejsou všechny jejich možnosti vyčerpány. V souvislosti s aktuálními oborovými trendy (navazujícími na změny paradigmatu české speciální pedagogiky na přelomu tisíciletí) u nás dochází k jakémusi mezioborovému „prolamování“ hranic a rozšiřování okruhu potenciálních kompetencí speciálních pedagogů (mimo jiné) o možnost užívat specifických přístupů s primárně terapeutickým zaměřením (obohacujícím tak spektrum klasických speciálněpedagogických přístupů). Vzhledem k tomu, že tento průnik původního a nového v kompetencích probíhá oboustranně, že při něm dochází k postupným proměnám zavedené teorie a praxe, nastal čas pro jistou systematizaci a shrnutí dosavadních výsledků.

Zmíněný úkol stál mezi jinými na počátku vzniku předložené publikace. Ta má být nejenom základní studijní literaturou, jež shrnuje nejpodstatnější známé teoreticko-metodologické poznatky o terapiích uplatnitelných ve speciální pedagogice, jejím záměrem je také vymezení jejich skutečného postavení (překračujícího rámec jednoho oboru a nacházejícího se v ranku psychoterapie, fyzioterapie a speciální pedagogiky), podmínek uplatnění (viz nutné odborné předpoklady profese terapeuta) či budoucího směřování. Vlastní obsah je sestaven z několika relativně samostatných, avšak vzájemně kompatibilních celků, které mají tendenci pokrýt jak úvodní teoretický základ, tak i veškeré další v úvahu připadající terapeutické přístupy (včetně konkrétních praktických návodů na aplikaci). V žádném případě se ale nejedná o výčet úplný

a konečný. Výsledný tvar je maximálním kompromisem mezi chtěným a daným, tedy mezi tím, co by bylo možné do textu zařadit, a skutečnými rozsahovými a autorskými možnostmi.

Na textu spolupracoval tým renomovaných odborníků, z nichž většina má za sebou bohatou vědeckou a publikační činnost. Některé publikované poznatky se opírají o sofistikované závěry vzniklé z institucionálně vedeného výzkumu, zejména o výsledky grantového projektu Grantové agentury ČR konaného v letech 2009–2011 „Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením“ (406/09/0177) a výsledky specifického vysokoškolského výzkumu získané z grantového projektu Studentské grantové soutěže UP v roce 2011 „Problematika následné edukace dospělých osob s mentálním postižením v období střední a pozdní dospělosti“ (PdF_2011_039) a grantového projektu Studentské grantové soutěže UP v roce 2012 „Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v pozdní dospělosti“ (PdF_2012_049). Za autorský kolektiv přeji všem smysluplné čtení.

Ve Zlíně dne 31. 3. 2013

Oldřich Müller

1. TEORETICKÝ ÚVOD

(Oldřich Müller)

Speciální pedagogika je interdisciplinární obor (primárně včleněný do soustavy pedagogiky, ale s výrazným přesahem do psychologie, sociologie, medicíny a dalších věd), který se snaží v teoretické i praktické rovině řešit možnosti podpory osob, u nichž je z důvodu zdravotního postižení, sociálního znevýhodnění či jiných příčin výrazným (znevýhodňujícím) způsobem narušena jejich schopnost společenské adaptace (a následně potom žádoucího společenského uplatnění a postavení). K dosažení tohoto cíle přitom využívá celou řadu přístupů spojených se specifickými metodami, technikami, formami a ostatními možnými prostředky intervencí. Mezi využitelnými přístupy mají významné postavení přístupy terapeutické povahy.

Ve speciálněpedagogické praxi byly vždy využívány přístupy s terapeutickým přesahem. Díky všeobecně respektovaným metodám (principům) reedukace, kompenzace a rehabilitace to ani jinak nešlo. Problematickým se spíše jevílo pregnantní odlišení toho, do jaké míry má zvolený přístup výchovně-vzdělávací charakter a do jaké míry charakter terapeutický. S rozšířením teoreticko-metodologického rámce oboru (oborového paradigmatu) a s ním souvisejícím nárůstem možných kompetencí speciálních pedagogů došlo v tomto směru ke kvalitativnímu skoku.

1.1 TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY A TERAPIE – ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ

Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k prospěšné změně (např. v prožívání, v chování, ve fyzickém výkonu). Tomu odpovídá rovněž etymologie termínu terapie, jehož řecko-latinský původ odkazuje na léčení, ošetřování (také na péči, pomáhání, cvičení...).

Terapeutické přístupy mohou být uplatňovány buď primárně v rámci jednotlivých terapií, tedy samostatných a ucelených systémů s vlastní teorií a metodologií (viz např. psychoterapie, dramaterapie, arteterapie apod.), nebo sekundárně v rámci jiných odborných, na podporu znevýhodněného člověka zaměřených činností (v institucionálně vedené speciální výchově, speciálním vzdělávání apod.). Přitom vycházejí z nejrůznějších zdrojů a současně využívají nejrůznějších prostředků intervenční činnosti.

Zdrojem práce arteterapeuta může být výtvarné umění se svým významným komunikačním a kreativním potenciálem. V tomto směru lze velmi efektivně využít jeho základních prostředků: malby, kresby, modelování apod.

Specifikem přístupů primárně uplatňovaných v rámci terapií je zejména akcent na expertní připravenost jeho uživatelů. Ti by měli mít nejen patřičné vzdělání a osobnostní předpoklady, ale také by mělo jít o úspěšné a zkušené absolventy dlouhodobého výcviku (např. v některém směru psychoterapie) a následně praxe pod supervizí.

Podmínky vzdělávání se u jednotlivých terapií značně liší. Pro kvalifikovaný výkon práce arteterapeuta ve zdravotnictví je například zákonem č. 339/2008 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, stanovena podmínka absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru arteterapie, a to po absolvování studijního oboru vyšší nebo vysoké školy pedagogického, sociálního, zdravotnického, psychologického nebo uměleckého zaměření (arteterapeut).

Pro veškeré využívané terapie vždy platí, že:

- probíhají v určitém **prostředí** a v určitém čase (např. v psychiatrické léčebně, denním či týdenním stacionáři, léčebné komunitě, ambulanci, ve více či méně pravidelných intervalech, dlouhodobě či krátkodobě atp.);
- mají určitou organizační **formu** (např. individuální, skupinovou, rodinnou, párovou atp.);
- odpovídají určité **orientaci** a odborné i osobní vybavenosti **terapeuta** (jeho terapeutický přístup, ale i prostředky práce by měly mít vycházet ze vzdělání, výcviku, osvědčených zkušeností);
- závisí na **věku**, **etiologii** potíží a **symptomech** klienta (rozhoduje, zda jde o děti, dospělé či seniory, zda bude efektivnější zaměřit se na odstranění příčin či negativních projevů atp.);
- mohou být prvotně zaměřeny na **somatické**, nebo naopak na **psychické změny** u klienta (terapeut může vycházet například z poznatkové báze fyzioterapeutické, psychoterapeutické atp.);
- bývají zacíleny **léčivě** (na nápravu stavu), ale také **preventivně a rehabilitačně** (to znamená, že může být dosahováno nejen prospěšné změny, ale současně i zmenšováno riziko vzniku a rozvoje dalších potíží a napomáháno v úpravě směrem k žádoucímu společenskému stavu).

Terapie mohou probíhat v různých formách – zejména ve formě:

- **Individuální.** Terapeut pracuje s jedním klientem, přičemž se snaží formou neustálých interakcí a dialogů dosáhnout požadované změny (za níž nese odpovědnost). Základní uspořádání může být dle Vymětala (2003) dvojitý: nejčastěji sedí oba proti sobě (*face to face*) nebo v úhlu přibližně devadesát stupňů – při druhém uspořádání leží klient na lůžku (podložce) a terapeut sedí vedle tak, aby byl umožněn oční kontakt.
- **Skupinové.** Terapeut pracuje nejčastěji s malou terapeutickou skupinou a snaží se přitom využít zejména skupinové dynamiky (souhrnu procesů majících vliv na dění ve skupině a skupinové chování – například na společné řešení zadaného úkolu mohou mít vliv: struktura skupiny, míra koheze a tenze skupiny, společné stanovené normy a cíle, způsoby komunikace a řešení konfliktů, rozdělení rolí a postavení členů apod.). Výhodou této formy je, že klienti řeší svoje problémy v sociálním kontextu, tedy tak, jak je tomu v běžném životě (dosahují změny nejen směrem k sobě samému, ale i směrem k jiným lidem). Dalšími výhodami jsou: jejich přirozená aktivita, možnosti projekce předchozích zkušeností do nových vztahů, možnosti vlastního otevření před jinými a sdílení pocitů a prožitků, získání zpětné vazby atp. Velikost skupiny záleží na klientele a jejich specifikách.

Skupinová psychoterapie vznikla ve dvacátých letech 20. století, nejdříve jako osvěta pro pacienty trpící tělesnými nemocemi. Před druhou světovou válkou ji formovaly myšlenky psychoanalýzy šířící se z Evropy do USA. K jejímu masovému rozšíření došlo po roce 1945, s přibývajícím zkušenostmi se pak propracovávala i teorie, vznikaly různé školy, některé se odkláněly od psychoanalytického soustředění na klientovu situaci v raném dětství (kterou

měla objasňovat analýza ve skupině) a začaly klást důraz na to, co se „zde a nyní“ děje v psychoterapeutické skupině. Účinnými faktory při skupinové psychoterapii jsou především:

- *příslušnost ke skupině lidí, kteří mají podobný problém (klient si nepřipadá výlučný a osamělý);*
 - *možnost pomáhat druhým (klient si připadá užitečný, zvyšuje to jeho sebevědomí);*
 - *možnost zpracovat konstruktivně minulé zážitky;*
 - *možnost aktivně se učit novým druhům chování;*
 - *příležitost k vytvoření nového zaměření do budoucnosti (Skupinová psychoterapie, 2012).*
- **Hromadné.** Pracuje se s větším množstvím klientů bez nároků na využití skupinové dynamiky. Tato forma je pochopitelně méně efektivní a lze ji použít jen jako jakýsi doplněk (či počátek) jiných forem. Může jít například o společné setkání konané s cílem sdílení vybraných aktivit.
 - **Rodinné.** Terapeut pracuje s rodinou jako specifickou (přirozeně vzniklou a mimo terapii existující) skupinou za účelem navození prospěšných změn v narušených rodinných vztazích. Vychází přitom z poznatku, že řada poruch vzniká na jejich základě. Rodinná terapie většinou obsahuje tyto základní fáze: 1. zahájení a kontrakt, 2. řešení rodinných konfliktů, 3. navození změn v životě rodiny, 4. ukončení terapie.
 - **Komunitní.** Terapeut pracuje v rámci komunity, což je společenství, v němž se terapeuti (či další odborníci) společně s klienty vzájemně ovlivňují pomocí pobytového (sociální rehabilitace), pracovního (pracovní rehabilitace) a terapeutického programu, jehož výsledkem má být obnova potřebných sociálních dovedností a příprava k opětovnému začlenění do společnosti. Výraznou měrou k tomu přispívá tzv. režimový tlak.

Terapeutická komunita je specifickou formou režimově vedené skupinové terapie využívající toho, že klienti spolu po určitou dobu soustavně žijí, pracují, baví se a promítají do života skupiny svoje problémy. Tak tomu bylo i v případě sedmnáctiletého J. D., jenž byl vinou své alkoholové závislosti často agresivním, vyhrožoval lidem ze svého okolí, propukaly u něho záchvaty hněvu. Proto se dostal do komunitního léčebného programu, který mu zejména umožnil získat zpětnou vazbu o tom, jak jeho chování působí na druhé, a následnou změnu pohledu na sebe. J. D. tak teprve v bezpečí komunity objevil nejen nové sociální zkušenosti, ale dovolil si také experimentovat s novými vzorci chování a hledat jeho adekvátní způsoby. Toto byl velmi důležitý moment pro mladého dospívajícího člověka.

Terapie mohou být členěny rovněž podle obecných cílů, k nimž ve svých procesech směřují. Z tohoto úhlu pohledu rozlišujeme terapeutické postupy:

- **Kauzální** – zaměřené na příčinu nemoci (poruchy). Předpokladem jejich úspěšnosti je znalost této příčiny (etiologie) a prostředku, který příčinu může odstranit.
- **Symptomatické** – zaměřené na takové příznaky, projevy nemoci (poruchy), které svému „nositeli“ znesnadňují život.

K typickým příznakům demence patří například zhoršující se paměť, intelekt, poznávací funkce. Zhoršují se také nálad, pacient má problémy s vyjadřováním a rozhodováním, nedokončuje myšlenky, bývá zmatený. Nastávají i problémy s vykonáváním běžných úkonů (např. oblékání, koupání atp.). Na tyto příznaky lze zaměřit terapii.

- **Paliativní** (nejde o terapii v pravém slova smyslu) – zaměřené na zmírnění utrpení nevyléčitelně nemocného. Do jisté míry ovlivňují příznaky nemoci nebo zvyšují jejich snesitelnost pro nemocného, nemají však zásadní vliv na příčinu choroby a její průběh.

V paliativní péči jde o hledání vhodné náplně volného času, což v žádném případě neznamena násilnou aktivizaci k činnostem, které nemocného nijak nenaplňují. Nabízená intervence má na jedné straně povzbuzovat k přijetí obtížné životní situace, na straně druhé pomoci hledat cestu, jež umožní co nejlepší prožití zbývajících období (Student, 2006).

1.2 TERAPIE VE SPECIÁLNÍ PEDAGOGICE

Již bylo zmíněno, že v oblasti speciální pedagogiky dochází k rozšiřování potenciálních kompetencí speciálních pedagogů o skupinu specifických přístupů s primárně terapeutickým zaměřením. Nyní se dostáváme k první příležitosti tento fenomén upřesnit. Předtím je však nutno zdůraznit, že řada terapií (v nichž jsou tyto přístupy terapeuty uplatňovány), o nichž bude nadále (tedy až do konce publikace) pojednáno, není a nemusí být jenom výsostnou záležitostí daného oboru a jeho odborníků. Tyto terapie se do jisté míry vyvíjejí svébytně, mnohé i mimo speciální pedagogiku, a valná část aprobebovaných speciálních pedagogů je dokonce nesmí používat. Přesnější název kapitoly (a vůbec celé publikace) by tedy mohl znít *Terapie (mimo jiné) uplatnitelné ve speciální pedagogice*.

Trend využívání edukačních přístupů s terapeutickým potenciálem v oblastech zájmu speciální pedagogiky není nikterak nový. Byl v podstatě dílčím způsobem uplatňován od počátků snah o cílenou institucionálně zajištěnou edukaci osob nacházejících se mimo aktuálně přijímanou normu (například u Filipa Pinela je patrná tendence vážně počítat s uzdravujícím vlivem práce na zahrádě, u Jeana Itarda a Eduarda Sequina jsou to zase pokusy o rozvoj subnormálního myšlení a vůle za pomoci senzomotorického cvičení atp.). Co se ve zmíněném trendu změnilo v průběhu jeho geneze, byl nástup a rozvoj jistých emancipačních tendencí, jejichž výstupem jsou víceméně samostatně a eklekticky budované terapie.

Pokud si položíme otázku, jaký je obecný vztah terapií a speciální pedagogiky, pak můžeme nejdříve konstatovat, že terapeutický potenciál je přirozeně obsažen (v souladu s tvrzením klasiků oboru) již v základních speciálněpedagogických metodách (principech):

- **reedukaci** – zacílené na nápravu nebo zlepšení postižené funkce (např. rozvoj slovní zásoby u dyslexie – vývojové poruchy čtení);
- **kompenzaci** – zacílené na působení přes náhradní funkci (např. rozvoj hmatového vnímání a chápání u poruchy zraku);
- **rehabilitaci** – zacílené na obnovu maximálně možných společenských vztahů (např. podpora při individuálním hledání pracovního místa).

Dále však musíme upřesnit, že ony základní metody participují také v systémech či postupech, které primárně terapeutické nejsou.

Příklad za všechny...

Program instrumentálního obohacení (autorem je profesor pedagogické psychologie Reuven Feuerstein, žák Jeana Piageta a Andrého Reye) je zaměřen na zmírnění deficitu v kognitivní oblasti (způsobeného např. lehkou mentální retardací) a na formování těch lidských vlastností,

jež jsou důležité pro správné učení (např. zvyšování slovní zásoby, podněcování a posilování motivace, aktivizace při řešení úloh, změna sebehodnocení atp.). Je určen pro děti i dospělé a je sestaven z jednotlivých speciálních cvičení strukturovaných do dvaceti tzv. instrumentů (skupin úkolů zacílených na specifický poznávací deficit) majících formu pracovních sešitů. Program má informativní, formativní i terapeutický charakter.

Abychom tedy mohli odlišit terapie od jiných postupů (např. formativních), je třeba doplnit ještě další atributy. Mimo to, že jsou primárně **terapeutické**, zejména také:

- Většinou se jedná (výjimky podrobněji v dalším textu) o **svěbytné postupy** (systémy) mající vlastní teorii, metodologii a obsah.
- Jejich standardy nejsou vytvářeny jenom v rámci speciální pedagogiky. Postupně je uplatňována snaha o **přenos kompetencí** některých terapeutů do rámce klinicky aplikovaných terapií (s tím souvisí také požadavek na vysokou odbornost zahrnující výcvik a praxi).
- Prostupují napříč systémem **ucelené rehabilitace**.

A právě ucelená rehabilitace může být tím vodítkem, které nám pomůže podchytit vztah mezi terapiemi a speciální pedagogikou (a současně nalézt místo terapií v jejím systému).

Ucelená rehabilitace (neboli komplexní rehabilitační péče) je souhrn aktivit zaměřených na předcházení, zmírnění či odstranění problému jedince (např. nemoci, zdravotního postižení, psychosociálního ohrožení), včetně jeho nepříznivých společenských důsledků (projevujících se ve snížených schopnostech či neschopnosti normální životní seberealizace – ve vzdělání, v práci, v bydlení, v zájmových aktivitách), s cílem dosažení maximálně možného zapojení do života. Jde o vzájemně sladěný postup všech odborníků zainteresovaných na podpoře dané osoby (např. odborného lékaře, rehabilitačního pracovníka, speciálního pedagoga, sociálního pracovníka, psychologa), který může probíhat v oblasti medicínské, pedagogické, pracovní a sociální péče.

Terapie (jež mohou rozšiřovat spektrum kompetencí také speciálních pedagogů) představují takovou **intervenční složku** komplexní rehabilitační péče, která svým specifickým způsobem navazuje (doplňuje) na intervence různých zde zainteresovaných specialistů (např. psychiatrů, neurologů, psychologů), přičemž se snaží dosahovat svých cílů ve všech oblastech sociálně rehabilitačních aktivit. Společným jmenovatelem mezi speciální pedagogikou a takto vymezenými terapiemi je **identická cílová skupina** klientů (včetně jejich žádoucí potřeby změny nepříznivého stavu) a mnohé **podobné intervenční prostředky** (viz některé hlavní zdroje terapií). Odlišujícími naopak mohou být zčásti **rozdílné cíle** (viz výrazné zaměření speciální pedagogiky na informativní, formativní a preventivní působení se sekundárním terapeutickým přesahem).

1.3 ZDROJE TERAPIÍ

Víme, že terapeutické přístupy mohou být uplatňovány therapy v rámci terapií (sekundárně v rámci jiných činností) a že therapy přitom vycházejí z nejrozumnějších zdrojů (teoretických a metodických východisek). Co se týká počátečního pojetí těchto východisek, lze vyjít z třídění terapií odvozeného z medicínské praxe.

V medicínské praxi je nadále respektováno následující třídění terapií na **postupy**:

- **chirurgické (radikální)** – které pomáhají léčit nemoci a úrazy operativně manuálním a instrumentálním ošetřením;
- **medikamentózní (farmakoterapie)** – které pomáhají léčit nemoci a úrazy pomocí léků a infuzních roztoků;
- **fyzioterapeutické** – které se zabývají léčbou pohybového systému, jehož funkce je narušena nepřiměřenou námahou (i psychickou), po úraze či nemoci;
- **psychoterapeutické** – které se zabývají léčbou narušeného duševního stavu člověka nebo zlepšením jeho vztahu k příslušnému sociálnímu systému.

Tyto postupy jsou pro terapeuty obohacující dvojím způsobem. Na jedné straně by měli být obeznámeni s tím, čím prochází jejich klienti (např. pooperačním stavem), na druhé straně mohou aplikovat některé poznatky ve svojí práci.

Pokud vyjdeme z výše uvedeného třídění, pak můžeme pojmenovat jeden z hlavních zdrojů, a tím je bezesporu **psychoterapie**. Respektujeme totiž její klíčové postavení (z hlediska jejich prostředků, které jsou terapiím použitelným ve speciální pedagogice velmi blízké), avšak s vědomím značné variability a neustálých posunů v této původně medicínské disciplíně (a rovněž s vědomím většího či menšího významu dalších zdrojů – viz dále).

1.3.1 PSYCHOTERAPIE – KLÍČOVÝ ZDROJ

(Michal Růžička)

„Kdo chce poznat lidskou duši, ten se o ní nedozví z experimentální psychologie prakticky nic. Radil bych mu, aby raději pověsil experimentální vědu na hřebík, svlékl učenecký kabát, rozloučil se se studovnou a vydal se s lidským srdcem na pouť světem, aby prošel hrůzami vězení, ústavů pro duševně choré a nemocnic, aby putoval pochmurnými krčmami na předměstích, bordely a karbanickými doupaty, salóny elegantní společnosti, burzami, socialistickými mítinky i kostely, aby navštívil shromáždění sekt a zakusil jejich extázi, aby zažil lásku, nenávisť i vášně v jakékoli podobě na sobě samém. Vráť se s bohatšími znalostmi, než jaké mu mohou dát učebnice tlusté jako špalky, pak se může stát lékařem svých nemocných, skutečným znalcem lidské duše.“

Carl Gustav Jung

Kdybychom se měli plně řídit úvodní myšlenkou génia, nezbylo by nám nic než zavřít tuto knihu a jít do světa hledat lidskou duši. Pokud však ještě chvíli vydržíte u tohoto textu, budete mít možnost nahlédnout na způsoby a možnosti léčby lidské duše. Psychoterapie znamená v doslovném překladu léčba duše. Nemáme zde na mysli léčbu farmaky, ale slovem. Nejstarší text našich knihoven – kniha knih – bible hovoří o tom, že na počátku bylo slovo. A Slovo se stalo skutkem. V psychoterapii má slovo obrovskou moc. Díky dobře voleným slovům měníme lidské chování, myšlení, emoce i tělesné prožívání. Slovo dokáže podnítit takové procesy v našich hlavách, které jsou viditelné na zobrazovacích technikách mozku. Slovo tedy dokáže měnit hmotu. Tento zázrak nazýváme psychoterapií.

Se slovem psychoterapie se v oblasti speciální pedagogiky setkáváme velmi často. Mnoho přístupů za účelem pomoci člověku nejrůznější formou používá slovo **terapie**. Pokud vložíme do internetového vyhledávače slovo terapie, najdeme tisíce odkazů na nejrůznější formy po-

moci. Mezi odbornými a vědecky ověřenými přístupy jsou i metody alternativní, esoterické, šamanistické a jiné. Na první pohled je obtížné se v této změti přístupů orientovat.

Úkolem následující kapitoly je popsat takové přístupy psychoterapie, které jsou aktuálně využívány v prostředí České republiky a se kterými se v praxi setkáte. Než přejdeme k samotné klasifikaci terapií, uvědomme si, kde je vůbec její místo ve spektru různých přístupů k člověku.

Zkuste se zamyslet nad vlastní životní situací. Pravděpodobně se jako každý jiný člověk snažíte jít cestou nejmenšího odporu za šťastným životem. Jak to však někdy v životě bývá, připlétá se do života občas nějaký problém, nečekaná událost, která může stav psychické spokojenosti vychýlit (neuděláte zkoušku, dostanete výpověď, opustí vás partner/ka atd.) Jsou to situace, ve kterých se přirozeně necítíte dobře, a vy se snažíte stav vlastní nepohody změnit. V takovýchto případech používá člověk tzv. kompenzační mechanismy. Tyto mechanismy slouží k tomu, aby nás vrátily do opětovné psychické pohody. Co kompenzační mechanismy obvykle jsou? Zkuste se sami zamyslet nad tím, co vám pomáhá při běžných životních těžkostech. U někoho to bude sklenka vína, u jiného sport, někdo upřednostňuje sex nebo jinou formu odreagování. Kompenzační mechanismus nám obvykle pomáhá dostat se z životních těžkostí zpět do stavu duševní rovnováhy.

Někdy však život postaví do cesty takové překážky, že kompenzační mechanismy přestanou fungovat a vy se propadáte na křivce nepohody stále hlouběji. Ocítáte se v krizi a zdá se, že vám nic nedokáže pomoci. Příčiny tohoto pádu mohou být různé. Mohou to být vleklé nevyřešené konflikty, dlouhodobé nadměrné pití či užívání drog, problémy ve vztahu, nezpracované úmrtí v rodině a celá řada dalších těžkostí. Dostáváte se do situace, kdy potřebujete pomoc zvenčí. Tato pomoc je vám poskytnuta zpravidla ve třech úrovních.

V první úrovni, kdy dosud funkční kompenzační mechanismy selhávají a zároveň není vaše psychosféra vážně ohrožena, vám může pomoci dobrá rada, kniha či informace, které vedou ke zlepšení situace.

Ve druhé úrovni vám ani rady okolí nepomáhají a vaše situace se stává vážnější, nedokážete se v náhlé situaci vyznat, potřebujete někoho, kdo vám pomůže se zorientovat, abyste se následně dostali z aktuální krize a mohli svou situaci dále řešit sami.

Někdy je ale situace závažná natolik, že i přes všechnu vaši snahu a pomoc okolí problémy přetrvávají dál. V tuto chvíli (v pomyslné třetí úrovni) potřebujete, aby vám někdo dělal průvodce náročným obdobím života a poskytl vám podporu na této trnité životní cestě, popřípadě aby vás naučil po této cestě znovu chodit.

První obraz pomoci nazýváme **poradenstvím**, druhý **krizovou intervencí** a ten třetí **psychoterapií**.

Psychoterapie je tedy dlouhodobý proces. V metaforickém významu můžeme skutečně hovořit o tom, že nám někdo pomáhá znovu chodit životem. Metod, jak se to znovu naučit, existuje celá řada. Každá psychoterapeutická škola k tomu používá jiné metody, ale téměř všechny mají stejný cíl.

V současné praxi nacházíme celou řadu psychoterapeutických systémů. Tyto systémy se často liší svou filozofií. Všechny však mají společný cíl – pomoc člověku.

Jednotlivé terapeutické směry disponují řadou definic, teorií, metod a technik. Cílem kapitoly je pomoci pochopit čtenáři potenciál jednotlivých systémů. Pro speciálního pedagoga je znalost základů psychoterapie velmi důležitá. Osoby s postižením a jejich blízcí jsou častými klienty psychoterapie. Budoucí speciální pedagog by se měl orientovat v základní nabídce psychoterapie a pomoci tak svým klientům najít vhodnou formu pomoci.

V souladu s celkovým pojetím této publikace, ve které jsou významně akcentovány expresivní terapie, se budeme i v této kapitole rovněž věnovat systému takzvaných expresivních terapií, tzn. terapií, které jako prostředek pomoci a změny využívají umění. Jednotlivé expresivní terapie jsou podrobně popsány v jiných kapitolách, nás však bude zajímat jejich potenciál

v psychoterapii. Proto se také u vybraných terapeutických škol věnujeme, kromě jejich pouhé deskripce, také přesahu, který mají v expresivních terapiích.

1.3.1.1 Psychoterapie a speciální pedagogika

„Osobnost nemocného vyzývá na kolbiště osobnost lékaře, nikoli technické zásahy.“

Carl Gustav Jung

Role psychoterapie v oblasti speciální pedagogiky je nesporná. V životě jedince s postižením a v životech jeho blízkých existuje mnoho krizových momentů a chvil, které se mohou zdát neřešitelné. Psychoterapie zde pomáhá řešit problémy primární, tzn. ty úzce pojené se samotným postižením (reakce na vzniklou situaci, podpora rodičům, kvalita života atd.) a pak ty sekundární, které vznikají plíživě a nenápadně v průběhu života, jako jsou neurózy, depresivní onemocnění, závislost na alkoholu atd. V rámci psychoterapie jedinců s postižením je důležité znát některé jejich psychické odlišnosti.

Psychosféra jedinců s postižením v kontextu psychoterapie

Podle odborníků je psychosféra jedince s postižením do značné míry specifikovaná rodinným prostředím. Zde si dítě uvědomuje své první role, které pak uplatňuje v širší společnosti. Vývoj v oblasti osvojování rolí může být kvůli handicapu narušen. Dítě s postižením nezískává pouze tradiční role (chlapec, dívka, sourozenec), ale i roli outsidera, odlišného, nenormálního, což má za následek i rozdílná očekávání či postoje vůči němu. Každé postižení má svůj charakteristický odstín při vytváření rolí či pozic v rodině i společnosti. Často pozorujeme i jakousi omezenost variant chování zapříčiněnou chudším sociálním kontaktem těchto jedinců.

Dítě s postižením, jak konstatuje Vágnerová (2003), je obecně více izolováno, obyčejně v rodině, popř. v ústavním zařízení. Sociální zkušenosti takových dětí jsou odlišné a jsou omezenější. Kontakt s vrstevníky i zkušenost s cizími lidmi bývá minimální. Z hlediska zdravých dětí jsou postižení méně žádoucími partnery, ať již jsou handicapováni v pohybových dovednostech, řeči, myšlení nebo mají smyslové postižení. Postižené děti společně hře obyčejně nestačí a nebývají v ní ani samy uspokojeny. Pokud se týče kontaktu s cizími dospělými, bývá jejich chování i vztahy odlišné, preformované sociálními stereotypy dané společností, které postoje k postiženým modifikují. Nejsou tudíž často modelem normálního chování a nestimulují ani standardní formu vztahu.

Také u Čápa (2001) se setkáváme s podobným názorem. Podle něj je absence uspokojení potřeby po osobním vztahu (emoční vztah rodičů, učitelů, vrstevníků, omezování dítěte ve styku s vrstevníky, pozice dítěte v roli izolovaného od skupiny, méněcenného) vážnou zátěžovou situací pro dítě.

Vágnerová (2004) uvádí, že jakákoli odlišnost se často odráží v horším hodnocení a nižším sociálním statutu ve společnosti intaktních.

Dosavadní závěry akcentovaly pouze pohled intaktní populace. Rogers (1995) poznamenává, že každý člověk naléhavě potřebuje, aby druzí k němu měli kladný vztah a aby si ho na podkladě toho vážili. Podstatné bude rovněž studovat sebepojetí, sebeobraz a sebehodnocení jedince s postižením. Sebepojetím rozumíme subjektivní prožívání vlastní pozice. Nebo také, jak uvádí Koluchová (1989), součást organizující a regulující struktury s poměrně složitými vnitřními vztahy. Sebeobraz pak definujeme jako „emocionálně podbarvený výsledek poznání vlastní hodnoty v jistých životních situacích“ (Kusák, 1989, s. 109). Sebehodnocení podle Čápa (2001) chápeme v závislosti na tom, jak jedinec hodnotí ti druzí, a také na tom, k jakým skupinám jedinec patří a jak ostatní tyto skupiny hodnotí. Sebehodnocení je důležitým aspektem poznávacího aspektu osobnosti. Jak uvádí Edelsberger (2000), poruchy sebehodnocení

jsou u jedinců s postižením velmi časté. A to od naivního přeceňování až k bezdůvodnému podceňování.

Přítomnost postižení může podle Hadj-Moussové (2004) zkomplikovat vytváření obrazu sebe sama a zasáhnout tak do sebehodnocení, což může mít za následek neurotizující pocity méněcennosti.

Zmíněné citace můžeme uzavřít slovy Matějčka, který kritizuje ustálené přesvědčení, že „děti postižené nějakou vadou se mají od začátku učit a jen učit. Mnohem důležitější je nabýt jistoty ve vztahu k ostatním lidem, aby mělo dítě příležitost poznávat, kdo, kdy a jak je schopen zbavit je úzkosti. Aby mělo spolehlivé citové základy, na nichž teprve později vyrůstá chuť učit se a pak i schopnost učit se.“ (Matějček, 2003, s. 103)

1.3.1.2 Vymezení a základní rozdělení psychoterapie

Psychoterapii lze vymezit v souladu s J. O. Prochaskou, J. C. Norcrossem (1999) jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci psychologických prostředků, použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem. Za základní psychologický prostředek je přitom považován autentický vztah mezi terapeutem a klientem vybudovaný na zvýšené pozornosti terapeuta vůči klientovi a na pozitivním očekávání klienta. Dílčími psychologickými prostředky pak jsou jednotlivé mechanismy ovlivňování člověka člověkem (např. verbální a neverbální sdělování).

Podle Kratochvíla (2002) lze specifický rozdíl odlišující tuto činnost od jiných činností hledat v několika směrech:

I. čím působí (záměrné plánovité působení psychologickými prostředky, k psychologickým prostředkům řadíme slova, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, sugesce, učení, vztahy a interakce ve skupině);

II. na co působí (působení na nemoc, poruchu, pomáhá osobám s psychogenními poruchami, působení na psychiku má vliv na celý organismus nemocného, působení na osobnost a její vztahy, na činitele, které nemoc vyvolávají);

III. čeho má dosáhnout (dochází ke změnám v prožívání a chování klienta, uplatňují se procesy jako vytvoření kladného očekávání, zvládání konfliktů, problémů, vede k pocitům sebeuplatnění, seberealizace, má vést k pocitu vyrovnanosti a spokojenosti).

Kratochvíl (2002) dále člení psychoterapii následovně:

1. Podle přístupu terapeuta:

- a) **direktivní:** přímé usměrňování myšlení, postojů a chování, příkazy, rady, vyžaduje splnění různých úkolů;
- b) **nedirektivní:** pasivní, neutrální postoj terapeuta, spíše pacienta podněcuje k činnosti (slovní nebo emoční, vytváří příznivou atmosféru pro pacientovu sebeexploraci, neudělování rad).

2. Podle příčiny či příznaku:

- a) **symptomatologická:** zaměřuje se na chorobný příznak, hlubinné a dynamické směry ji považují za škodlivou, tvrdí, že má jen zdánlivý či krátkodobý účinek;
- b) **kauzální:** snaží se odhalit příčinu vzniklého problému.

3. Podle míry změny:

- a) **podpůrná:** nesnaží se měnit osobnost, poskytuje podporu, pomoc a porozumění osobnosti takové, jaká je, podporuje pozitivní myšlení, víru ve vlastní síly;

- b) **rekonstrukční:** usiluje o přestavbu osobnosti, a to jak hlubší analýzou jejího utváření, tak závažnějšími zásahy do postojů, motivací a hodnotového systému.
4. **Podle intenzity změny:**
- a) **náhledová:** podporuje objasnění, porozumění;
- b) **akční:** podporuje přímé zvládání problémů a nácvik potřebných dovedností.
5. **Podle počtu klientů:**
- a) **individuální:** vychází ze vztahu klienta a terapeuta, v rámci terapeutického procesu je naplňován terapeutický kontrakt;
- b) **skupinová:** využívá k terapeutickým účelům dynamiky vztahů vznikajících mezi členy plánovitě vytvořené terapeutické skupiny;
- c) **hromadná:** označuje postup, kdy terapeut působí vhodně upravenými metodami individuální psychoterapie na více pacientů současně.
6. **Podle filozofie práce:**
- a) **dynamická psychoterapie:** věnuje pozornost vlivu minulých zážitků a nevědomých procesů na současné problémy;
- b) **kognitivně-behaviorální psychoterapie:** učí překonávat současné problémy změnou chování a myšlení;
- c) **humanistická psychoterapie:** zabývá se sebeuskutečňováním, rozvojem vnitřního prožívání, možností naplňování životního smyslu.

V odborné literatuře nalézáme mnoho definic psychoterapie, z nichž jsou některé i více lyričtější, jako například ta od terapeutky Mary McClure Gouldingové.

„Psychoterapie je umění, které skýtá možnost změnit životy. Psychoterapie je umění – jako třeba psaní, malování či fotografování. Je to zajímavé, jedinečné umění, které musí zahrnovat aktivní spolupráci minimálně dvou osob. Mona Lisa musí dělat více než pouze sedět. Je modelkou a zároveň umělkyní. Čím je terapeutka? V jakémsi tajuplném, nádherném slova smyslu je terapeutka také modelkou a umělkyní. Umění psychoterapie spočívá v ujednacení terapeutky a klientky tak, aby klientka dokázala pozměnit své myšlení, cítění, přesvědčení anebo své chování v jakémkoli směru, který je pro ni žádoucí.“ (Mary McClure Goulding, s. 474)

Jak již bylo řečeno, existuje v současnosti mnoho desítek různých psychoterapeutických směrů a orientace v nich se zdá na první pohled obtížná. Představitelé jednotlivých psychoterapeutických škol jsou si navzájem často oponenty a rivaly. Na tento fakt poukazuje i následující citace.

„Mnozí odborníci jsou rukojmími svých raných výcvikových rigidit. Následkem toho byla a je oblast duševního zdraví zatížena bojujícími frakcemi bušícími do bubnů svých ztuhlých teoretických imperativů. Existuje přemíra vzájemně neslučitelných modelů, z nichž každý prohlašuje psychoterapii za své svrchované vlastnictví a budí zdání, že jedině tyto filozofické a lingvistické výrazy vysvětlují, jak se lidé stávají neurotickými a jak je lze vyléčit.“ (Lewis R. Wolberg, s. 435)

Následující text má za cíl pomoci se zorientovat v základních psychoterapeutických školách. Pro účely této publikace byly vybrány ty směry, které jsou v prostředí České republiky nejužívanější.

1.3.1.3 Psychoanalýza

„Jedinec se sice může snažit o dokonalost, ale pro svou dokonalost musí vytrpět takřkajíc opak toho, co zamýšlel.“

Carl Gustav Jung

V souladu s Hartlem, Hartlovou (2010) je psychoanalýza definována jako teorie založená na přesvědčení o rozhodujícím vlivu sexuálního pudu na život člověka. Z této teorie se odvíjí metoda léčby duševních poruch, která je založená na volných asociacích, výkladu snů a analýze raných dětských zážitků. Díky této práci dochází k odhalení podvědomých konfliktů (komplexů) a potlačovaných přání, jež jsou příčinou klientova onemocnění.

Zakladatelem psychoanalýzy byl Sigmund Freud, jehož učení dále rozšiřovali jeho následovníci (Adler, Jung a další).

Ačkoli je Freudova teorie v některých oblastech překonaná a psychoanalytické směry jeho následovníků značně složité, nemůžeme upřít významné faktory, které přináší do oblasti léčby lidské duše v prostředí speciálněpedagogických terapií. Pro účely této knihy se budeme zabývat především **teorií přenosu, teorií výkladu snů a Jungovou teorií archetypů kolektivního nevědomí**. Následně se pokusíme o transfer těchto zdrojů psychoanalýzy do expresivních terapií.

Nejprve je třeba vyzdvihnout psychoanalytický termín **přenos**, jež musí tak či onak řešit i všechny jiné psychoterapeutické směry. Jak uvádí Prochaska a Norcross (1999), je **přenos** jedním z nejdůležitějších zdrojů obsahu analýzy. Během přenosových reakcí prožívá klient vůči analytikovi pocity, které vlastně nepatří jemu, ale významným lidem z klientovy minulosti. Pomocí přesunutí pacient přenáší pudy, pocity a obrany, které se v minulosti objevovaly ve vztahu k významným lidem, na analytika. Tyto přenosové reakce představují konflikty mezi pudy a obranami, které jsou jádrem pregenitální osobnosti. Opakování těchto pudů a obran ve vztahu k analytikovi se stává aktuálním psychopatologickým obsahem vhodným pro psychoanalytickou práci.

Dalším významným zdrojem, kterým nás psychoanalýza vybavuje, je **práce se sny**. Sny podle Junga (1995) obsahují obrazy a myšlenkové souvislosti, které nevytváříme s vědomým úmyslem. Vznikají totiž spontánně, bez našeho přičinění, a představují tak psychickou činnost, jež se libovůli vymyká. Sen je tedy vlastně nanejvýše objektivní, takzvaný přírodní produkt psyché. Proto od něj můžeme očekávat přinejmenším upozornění a narážky na jisté základní tendence duševního procesu. Protože psychický životní proces, jako každý životní proces, není jen kauzální průběh, ale také finálně orientovaný, účelný proces. Smíme od snu, který nepředstavuje nic jiného než sebezobrazení psychického životního procesu, očekávat indicie o objektivní přičinnosti stejně jako o objektivních tendencích. Umění a dovednosti vykládat sny se člověk nemůže učít z knih. Metody a pravidla jsou vhodné tehdy, když se člověk bez nich může obejít. Skutečnou dovednost má jen ten, kdo to dovede, a skutečné pochopení jen rozumný a moudrý člověk.

Třetí oblastí významnou pro terapeutickou praxi jsou **archetypy kolektivního nevědomí**. Jung (1995) poukazuje na fakt, že duše dítěte není tabula rasa v tom smyslu, že uvnitř není vůbec nic. Jelikož dítě na svět přichází s diferencovaným, dědičností předurčeným, a proto také individualizovaným mozkem, projeví vůči smyslovým vzruchům, které přicházejí zvenčí, ne nějakou, ale naopak specifickou pohotovost. Tyto pohotovosti jsou prokazatelně zděděné instinkty, a dokonce i rodinně podmíněné performace. Jsou na instinktech založené, apriorní a formální podmínky apercepce. Její existence dává dětskému světu a snovému světu dospělých antropomorfní pečeť. To jsou ony **archetypy**, které určují dráhy veškeré činnosti fantazie, a tím vytvářejí ve fantazijních útvarech dětských snů a v bludných produkcích schizofrenie podivuhodné, mytologické paralely, které lze v menší míře najít také ve snech neurotiků, ale

i normálních lidí. Nejde tedy o zděděné představy, ale o **zděděné možnosti představ**. Archetypy jsou jako koryta řek, jež opustila voda, po době blíže neurčené je však může znovu vyhledat. Archetyp se totiž podobá starému vodnímu toku, jehož vody života tekly dlouho a hluboce se vryly do země, a čím déle se tohoto směru držely, tím je pravděpodobnější, že se tam dřív nebo později znovu vrátí.

Potenciál prvků psychoanalýzy v expresivních terapiích

Potenciál prvků psychoanalýzy v expresivních terapiích je značně rozmanitý. My se soustředíme na tři pilíře psychoanalýzy, které byly popsány v předchozím textu.

1. Přenos a protipřenos. Přenos a protipřenos se vyskytuje v různých pólech a variantách. Zpravidla rozeznáváme přenosy a protipřenosy obdivující, erotické, nedůvěřivé, bojácné, útočné, vztahovačné, soupeřivé, pohrdavé, žárlivé, majetnické atd.

Problém strategie zvládání přenosu a protipřenosu ve skupinových aktivitách expresivních terapií je technicky náročnější než v klasické individuální práci. Nicméně je velmi důležité se těmito prvky v realizovaných terapeutických aktivitách zabývat a objasňovat je. Ujasňujeme si s klienty vlastní i vzájemné postoje, kořeny těchto postojů a jejich vliv na aktuální situaci tady a teď. Vhodné je také zmapovat zisky a ztráty, které nám přenosy přináší. V těchto momentech je vždy nutná supervize, ze které mohou vycházet následné strategie zvládání těchto situací.

2. Práce se sny. Práce se sny klientů v expresivních terapiích nabízí široký potenciál jejich neverbálního zpracování. Sen má totiž dynamický potenciál. Čím více času mu věnujeme v bdělém stavu, tím více si vybavujeme jeho momenty a rozpomínáme se na detaily snění. Zároveň se při intenzivní práci se sny zvyšuje četnost snů a snění. Arteterapeuti mohou podporovat klienty v uměleckém zpracování vlastních snů konkrétními či abstraktními výtvarnými projevy. V dramaterapii mohou sny znovu přehrávat a použít spoluklienty na skupině jako herce svých snových postav. Mohou si také s pomocí terapeuta a skupiny dohrát sny do konce a následně tuto aktivitu verbálně rozebrat. Stejně tak si mohou v rámci muzikoterapie zpracovat sen v hudební produkci nebo z něj vytvořit příběh či báseň – bibli-poetoterapie.

Diekmann (2004) hovoří o takzvané dramatické struktuře snu. Tato struktura může být vhodným návodem, jak se sny pracovat v expresivních terapiích.

Na prvním místě je zapotřebí ujasnit si **udání místa, času a postav snu**. Na druhém místě se zabýváme **expozicí snu**. Ta představuje vlastní snový problém. Konsteluje se téma, které nám posílá nevědomí a má být pomocí řeči symbolu srozumitelné pro vědomí. Tato expozice vytváří základ snu, který odpovídá základnímu motivu, který se pak dále rozvíjí v různých variacích. Dále následuje **peripetie (zvrát)**, která děj snu stupňuje až k dramatickému vyvrcholení a uvádí proměnu, která však nemusí vést k pozitivnímu závěru, ale může skončit i katastrofou. Nakonec přichází **lýsis (rozuzlení)**. Jedná se o smysluplný závěr snu, který zpravidla obsahuje kompenzační nebo perspektivní náznak a problém předběžně uzavírá.

3. Archetypy kolektivního nevědomí. V rámci motivů pro expresivní práci vybíráme taková díla, příběhy, dramatické hry a scénáře, které v sobě zahrnují archetyp, který koreluje s problémy samotných klientů. Pro dokreslení práce s výběrem archetypální povahy inspirace pro expresivní projekty seznamujeme čtenáře s kazuistikou.

Kazuistika – projekt

Projekt: Perseus a Andromeda

Cíle: Uvědomění si identity dospělosti, uvědomění si životní role, odpovědnosti a možností, posílení pozitivního myšlení a racionality, nácvik asertivních dovedností.

Cílová skupina: Mladí dospělí 18–25 let, genderově vyvážená skupina (8 žen a 8 mužů). Klienti terapeutických komunit nebo doléčovacích programů.

Náročnost: střední

Čas: 1 den a noc.

Popis: Projekt vychází z řecké mytologie, konkrétně z příběhu Persea a Andromedy. Tento příběh je **obrazem archetypu** mužské statečnosti a ženské trpělivosti. Ztotožnění se s hrdiny pomáhá klientům k uvědomění si vlastních možností a limitů. Klienti jsou seznámeni s příběhem Persea a Andromedy. Perseus, který musel získat hlavu nebezpečné Gorgony medúsy, na kterou mohl pohlédnout pouze v odraze štítu. Přímý pohled do očí medúsy by jej zahubil. Medúsa je zde archetypem stínu vlastní duše, toho zlého stínu v nás. Pohled na svou stinnou stránku mne může zahubit. Jestliže svůj stín pozoruji za pomoci terapeuta – štítu, mohu medúsu porazit. Příběh Andromedy, která je přikovaná ke skále a čeká na vysvobození, je archetypem čekání a neschopnosti to změnit. I v životě často můžeme jen čekat, jak situace dopadne bez možnosti s ní něco udělat. Čekání na výsledky onemocnění, čekání na porod dítěte atd. Projekt byl realizován p-centrem Olomouc a cílovou skupinou byli klienti doléčovacího programu.

1.3.1.4 Kognitivně-behaviorální terapie

„Když jste vlastním přičiněním ve stavu těžké úzkosti nebo sklíčenosti, jednáte proti sobě. Výsledkem je pošetilé promarnění radosti v jediném životě, který máte.“

Albert Ellis

Kognitivně-behaviorální terapie vznikla v sedmdesátých letech dvacátého století integrací behaviorální terapie a kognitivní terapie. Podstatou behaviorální terapie je analýza zjevného chování jedince v problémové situaci a její podstatou je posilování žádoucího chování. Kognitivní terapie má za cíl analýzu myšlení, názorů, přesvědčení a postojů. Můžeme říci slovy docenta Praška (2007), že kognitivně-behaviorální terapie se snaží analyzovat malaadaptivní vzorce myšlení a chování, vysvětlit, jak tyto vzorce vznikly a co je udržuje, a v průběhu terapie pomáhá pacientovi změnit je na vhodnější, konstruktivnější a účinnější strategie, které zmírní či odstraní jeho negativní emoční prožívání.

Pro doplnění uvádíme stěžejní rysy kognitivně-behaviorální terapie. Jsou to:

- Časová omezenost.
- Strukturovanost a direktivnost.
- Intenzivní spolupráce terapeuta a klienta.
- Zaměření na přítomnost.
- Konkrétnost a ohraničenost sledovaných fenoménů.
- Vědeckost.
- Edukativnost.
- Zaměřuje se především na faktory problém udržující.
- Používané terapeutické postupy nejsou cílem samy o sobě, ale jen prostředkem pro dosažení konkrétního cíle, na němž se klient s terapeutem předem dohodli.
- KBT se zaměřuje na konkrétní změny v životě.
- KBT je vědecká.
- Konečným cílem KBT je samostatnost klienta.

Kognitivně-behaviorální psychoterapie je, podobně jako jiné psychoterapeutické systémy, eklektická. Její eklektismus však není bezbřehý. Lazarus (2005) zastává názor, že terapeut, chce-li být úspěšný v rámci širokého spektra problémů, musí být přizpůsobivý, flexibilní a eklektický, co se týče technik. Etický terapeut bude dávat takové techniky, které se zdají prospěšné bez ohledu na jejich původ. Přitom se však musí mít na pozoru, než podpoří nějaké teorie, které stály u zrodu konkrétního postupu. Ve skutečnosti mohou být metody nebo techniky účinné ze zcela jiných důvodů než z těch, které jim daly vzniknout. Eklekticky orientovaní terapeuti čerpají ze široké škály intervencí, přičemž se ovšem drží jednotlivé teoretické struktury. V následujícím textu budeme z tohoto názoru vycházet v rámci průniku expresivních terapií a KBT.

Vybrané metody kognitivně-behaviorální terapie a jejich aplikace v expresivních terapiích

1. Expoziční metody

Vyhýbání se nepříjemným situacím a zabezpečující chování vede podle Praška (2007) k udržování negativních přesvědčení. Proto je v terapii důležité podněcovat klienta k tomu, aby situacím, kterých se obává, aktivně čelil. V metodách KBT se jedinec opakovaně a systematicky vystavuje situacím, které u něj vedou k úzkosti.

Praško (2007) dále popisuje význam expozice. Po vystavení podnětu, z kterého má člověk obavy, úzkost, velmi rychle – během několika desítek vteřin – stoupá na úroveň, kterou klient prožívá jako velmi nepříjemnou, někdy až nesnesitelnou. Tuto dobu označujeme jako **senzibilizační fázi úzkosti**. Pokud klient v této fázi expozici přeruší, jeho úzkost sice rychle poklesne, ale příště je stejně silná. Další fázi nazýváme **habituační** – je to doba, během níž se úzkost drží přibližně na stejné úrovni. Může trvat od několika minut až po několik desítek minut. Doba habituace se prodlužuje, pokud je úzkost udržována úzkostnými automatickými myšlenkami. Po nějaké době však vždy přichází pokles úzkosti – tuto dobu nazýváme **desenzibilizace**. I během desenzibilizace se může úzkost ještě krátce zvýšit, ale postupně klesá na únosnou míru. Pokud se klient opakovaně exponuje obávaným podnětům a situacím, jeho úzkost klesá stále na nižší úroveň a doba habituace se zkracuje. Vesměs po opakovaných vystaveních z dané situace mizí úzkost úplně. V některých případech dokonce stačí k odstranění úzkosti jen jedna expozice.

Expozici můžeme sledovat ve třech úrovních:

1. **Expozice in vivo**, tzn. vystavení se vnější situaci (jít mezi lidi, jít do obchodu, promluvit před lidmi).
2. **Expozice interoceptivní**, tzn. vystavení se vnitřním podnětům (bušení srdce, točení hlavy).
3. **Expozice v imaginaci**, tzn. vystavení se představě nebo vzpomínce na obávanou situaci a její nejhorší důsledky.

Expoziční techniky nabízejí širokou škálu uplatnění právě u expresivních terapií. Záleží pouze na tom, u jaké múzy se budeme inspirovat. Následující techniky popisují průnik metody expozice a uměleckých prostředků.

- **Expozice tvořivou kresbou.** Jedná se o často používanou techniku práce zejména u dětí. Objekt, který vyvolává úzkost a strach, je dítětem zpracován pomocí barev na papír. Následně může dítě objekt svého strachu lépe popsat a povídat si o něm. Dítě například namaluje strašidla ze svých nočních děsů. Samo znázornění strašidla někdy může úzkost snížit. Můžeme také strašidla zesměšnit nebo se s nimi skamarádit. Další možností je také znázornění jiné nadpřirozené bytosti, která bude ochráncem dítěte.

- **Expozice v roli.** Při této technice používáme techniky dramatu. Zinscenujeme scénu, ze které má klient strach a obavy, a následně ji přehráváme. Někdy můžeme použít i zástupný příběh, kde jeho hrdinové řeší obdobnou situaci (viz dále behaviorální drama).
- **Expozice četbou.** I zde nám pro klientovu úlevu může napomoci četba příslušné literatury. Dbáme na to, aby hrdina knihy byl v podobné situaci jako klient. Četba takového příběhu může být pro klienta nepříjemná. Zde je důležité edukovat klienta o fázích expozice. Klient čte příslušnou literaturu většinou doma a hrozí, že knihu odloží v senzibilizační fázi úzkosti. Příklady vhodné literatury mohou být Hana Androniková: *Nebe nemá dno* – klienti s nádorovým onemocněním, Eve Ensler: *Vagina Monology* – problematika znásilnění. Aplikaci vhodné literatury je vždy třeba volit podle potřeb klienta a v souladu se supervizí terapeutického případu.
- **Expozice uměleckou produkcí.** Důležitou roli v postupné desenzibilizaci mohou sehrát různá divadelní představení, umělecké performance, filmy či jiný audiovizuální materiál. Tuto produkci opět volíme podle individuálních potřeb klienta. Příkladem může být léčba posttraumatické stresové poruchy u vojáků, kteří se vrací z válečných zón, a jejich opětovné vystavování se situacím, kdy k poruše došlo, pomocí promítání válečných filmů.

2. Hraní rolí

Nejbližší pojetí expresivních terapií je metoda, kterou KBT využívá, a sice hraní rolí. Tato metoda slouží podle Praška (2007) k analýze pacientova chování v určité situaci. Je totiž mnohem poučnější nechat klienta předvést, co se mu stalo, než si to pouze nechat převyprávět. Tato metoda je nejvíce využívána v nácviku sociálních dovedností a v nácviku asertivního jednání.

2.1 Změna kognitivních schémat hraním rolí

Další metodou KBT, ve které využíváme dramatického prostředku, je technika *změna kognitivních schémat hraním rolí*. Tuto techniku používají KBT terapeuti v momentě, kdy mají zmapována dysfunkční schémata a negativní jádrová přesvědčení. Více o určení dysfunkčních kognitivních schématech se čtenář dozví v publikaci Praško, Šlepecký, Možný: Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch, s. 213–261.

Při této technice se podle Praška (2007) používá různých postupů, jako je prázdná židle, dialog se sebou samým, záměna rolí, dvojník. Namísto představování si situaci ve své mysli si je klienti přehrávají ve scénkách. Tyto scénky se mohou odehrávat mezi terapeutem a klientem nebo mezi klienty navzájem ve skupinové terapii.

2.2 Teorie behaviorálního dramatu

Jak již bylo řečeno, behaviorální terapie pracuje s rozvíjením žádoucího chování a potlačováním chování negativního. Dramaterapie staví jako svou ústřední metodu pro dosažení změny hru v roli. Jestliže využijeme osvědčenou techniku pozitivního podmiňování a doplníme ji metodou hry v roli, můžeme si dovolit definovat novou metodu práce *behaviorální drama*.

Behaviorální drama lze vymezit jako záměrné cílevědomé a vědecké aplikování dramatických prostředků za účelem navození pozitivní změny v chování klienta a zároveň pomocí systematického vedení odstranění chování nežádoucího.

Dramatickým prostředkem zde rozumíme metodu hraní role. Na rozdíl od behaviorální terapie zde počítáme s estetickou distancí, která umožní jedinci odstup od svého emočního prožívání, které je po určitou dobu nahrazeno prožíváním rolí, zároveň se však psychologický konflikt odehrává v egu klienta. Následný verbální rozbor má pak za cíl poukázat na zisky, které nový způsob chování jedinci přináší.

Příklad z praxe: Arachnofobie

Klientka (19 let) se výrazně bojí pavouků. Její nejhorší představa je, že je svázaná a po jejím těle leze velký pavouk. Klientka souhlasí se sdělením problému skupině a řešením problému ve skupinové terapii.

Klasický přístup behaviorální terapie:

Zmapování úzkosti, zmapování posilujících mechanismů, vytvoření škály úzkosti, desenzibilizace.

Přístup v rámci techniky behaviorálního dramatu: Klientka má v oblibě fantasy literaturu. Četla Tolkienův román Pán prstenů. Na skupině seznámí klientka ostatní členy se svými pocity. Vylíčí svůj strach z pavouků. Následně jsou rozděleny role. (Pavouk Odula, světlo reléndil, Frodo Pytlík.) Klientka si obleče kostým Sama Křepelky a ztotožní se s rolí. Následně sehraje scénu podle scénáře (podobnou tomu filmovému). Po usmrcení Froda Pytlíka musí zabít pavouka. Dokáže to a je oceněna skupinou. Následuje verbální kognitivní rozbor v individuálním sezení s terapeutem.

2.3 Teorie kognitivního dramatu

Procházka (2011) v souladu s Valentou (2010) uvádí, že v oblasti kognitivního dramatu vycházíme ze závěru, že v dramaterapii nehraje kognitivní složka takovou roli, jako je tomu u verbálních terapií, a spíše se zaměřuje na konativní stránku osobnosti. Procházka (2011) dále dokládá, že vezmeme-li v potaz KBT teorii, která pracuje s lidskou psychikou jako s integrovaným systémem skládajícím se z kognitivních, emočních a volních procesů, je velmi důležité, aby se v rámci prožívání dramatu srovnala váha mezi konativními a kognitivními složkami psychiky. Kognitivní interpretace nějakého podnětu apod. aktivuje další děje, jako je emoční doprovod s fyziologickou komponentou mající následný vztah k chování. Vzpomeňme například, jak trefně parafrázuje myšlenku Epiktéta A. Ellis ve výroku, že „člověka neznepokojují věci sami o sobě, ale jeho mínění o nich“. Potenciál k využití kognitivního dramatu spatřujeme u jedinců, kteří jsou více orientováni na rozumovou složku a mají potíže s expresivním vyjádřením. Také diskrepance mezi kognitivním hodnocením role Já a role fiktivní může mít výrazný terapeutický rozměr. Protože i když hrají roli, tak jsem vlastně v projekci či introjekci Já. Lze experimentálně uvažovat, že fiktivní role vede i ke kognitivnímu posunu. Ve stručnosti můžeme metodu kognitivního dramatu shrnout prakticky takto:

- Na co myslí? Jaké myšlenky běhaly v hlavě fiktivní postavě?
- Co to o té postavě říká?
- Jak se myšlenky projevují v emocích? Ve fyziologických projevech? V chování?
- Jak je mi to podobné?
- Co to svědčí o mně?
- Co to svědčí o druhých lidech?

Domníváme se, že její užití je vhodné u sociální fobie, agorafobie a některých psychotraumatických zkušeností. Zajímavou pozici shledáváme u psychotraumat. Právě u psychotraumatických zážitků jde o komplexní biologický, psychologický a sociální proces narušení normálního fungování, který se může projevit například jako posttraumatická stresová porucha (Yehuda, et al., 1998). Trauma, traumatická událost je charakterizována svou náhlostí a neočekávaností, stejně jako svou intenzitou a rozsahem. Poněšický (2004, s. 121) uvádí, že „z hlediska postiženého se zde jedná o jedince naprosto nepřipraveného, jenž je traumatické situaci naprosto vydán, ocitá se ve stavu bezmocné úzkosti, neutuchajícího stresu bez (biologické) možnosti obrany, tj. bez možnosti zareagovat útokem či útekem“. Autoprotektivní reakce jedince se dají přirovnat

k reflexu smrti, nehybnosti, k roztržitému percipovanému, a tudíž neschopnosti uvědomit si obsah celé traumatické situace. V tomto okamžiku hovoříme o disociativních fenoménech, které mohou tento stav doprovázet za tím účelem, aby byla ochráněna část psychického já. Díky disociativním mechanismům dochází k fragmentaci zážitku a s ním spojených vjemů, jež se nepřevedou do narativní roviny či formy. To má za následek, že vzpomínky na trauma se nedostanou do slovní podoby, a tím se nezařadí do dosavadní osobní historie postiženého. Tato psychická obrana probíhá již na neurofyzilogické a biochemické úrovni a někdy se nazývá psychosomatóza mozku (Poněšický, 2004, s. 122). Právě možnost znovu přehrát traumatickou situaci v expozici s hraním role, s oporou o kognitivně-behaviorální drama by mohla vést ke snížení úzkosti prožívané s traumatickým zážitkem a vést i k abreakci.

3. Komplexní terapeutické programy KBT s využitím metod expresivních terapií

3.1 Nácvik sociálních dovedností

Nedostatky v sociálních dovednostech jsou podle Praška (2007) častým problémem, který může vyvolávat další problémy. V rámci tohoto postupu jde o postupný nácvik toho, jak s druhými mluvit, prosadit se, jak vyjádřit k druhým náklonnost, zájem atd. V rámci tohoto nácviku používáme verbální i neverbální metody. I zde můžeme použít nejprve hru v roli namísto přehrávání vlastní situace. Následně můžeme rozebrat důsledek chování hlavního hrdiny příběhu v konfrontaci s vlastní zkušeností.

3.2 Nácvik řešení problémů

Nácvik strukturovaného řešení problémů je podle Praška (2007) postup, kterým měníme navyklé a negativní řešení problémů, které klienti přinášejí. Jedná se často o vysilující styl ve strategii pokus–omyšl, který problém neřeší vůbec nebo jej deleguje na jiné osoby.

Strukturované řešení problémů se v duchu KBT sestává z následujících kroků:

1. Určení a popis problémů.
2. Zvolení problému, který chceme řešit.
3. Brainstorming.
4. Zhodnocení výhod a nevýhod každého z navržených řešení.
5. Zvolení určitého řešení a naplánování jednotlivých kroků k jeho uskutečnění.
6. Dramatizace zvoleného řešení.
7. Uskutečnění zvoleného řešení.
8. Zhodnocení účinnosti zvoleného řešení.

Při nácviku řešení problémů podle zmíněné strategie se nabízí využití prvků dramatu v bodě 6. Právě bod 6 byl do postupu přidán pro účely této publikace. Původní program nácviku řešení problémů s dramatizací nepočítá.

3.3 Nácvik zvládání hněvu

Nácvik zvládání hněvu se podle Praška (2007) sestává z následujících kroků:

1. Terapeut vysvětlí klientovi, jaké faktory ovlivňují zlostnou reakci.
 - a) Rizikové situace, okolnosti, spouštěče, které mohou být příčinou výbuchu vzteku.
 - b) Vnitřní pocity klienta, které mohou vyvolat zlostnou reakci (stres, únava).
 - c) Myšlenky, vzpomínky, představy a postoje, které potvrzují agresi jako správnou a potřebnou (racionalizace agrese).

- d) Dovednosti klienta, které umožňují neutralizovat nebo zesílit tyto vnitřní spouštěče.
2. Následně terapeut společně s klientem vyhotoví seznam takovýchto faktorů. Zde klient zpravidla pochopí, které faktory jsou pro něj rizikové a způsobují zlostné reakce. V rámci inovace tohoto programu o prvky expresivní terapie může terapeut napomoci klientovi najít vhodné umělecké dílo a románovou postavu (nebo reálnou postavu z historie), která prožívala dané situace podobně a následně společně zmapují, jaké důsledky toto chování pro tuto postavu mělo.
 3. Dalším krokem je společné propracování dovedností, jak odlišně reagovat na situace spouštějící hněv. Možnosti se nabízí v kontrole spouštěčů, myšlenek, změny chování, hledání jiného zdroje úlevy, než je výbuch vzteku.
 4. Posledním krokem je nalezení alternativního kognitivního sebezpotvrzení, které pomáhá klientovi tyto situace zvládat. Ukazuje se, že je vhodné tyto alternativy dramaticky přehrát. Zajímavou technikou v tomto bodě může být dialog pozitivních a negativních myšlenek a jeho následné dramatické ztvárnění, které může být i neverbální. Zde se nabízí i využití dalších múz pro doplnění té dramatické. Následující techniky si mohou KBT terapeuti vypůjčit z ranku expresivních terapií právě pro práci v této fázi.

3.3.1 Technika neverbálního konfliktu

Jak již bylo zmíněno, jedná se o techniku, která vychází ze záznamu myšlenek klienta, které vedly k negativní agresivní reakci. Na základě analýzy těchto myšlenek je vytvořena postava, která tyto kognice charakterizuje. Následně je vytvořena postava na základě alternativních myšlenek, ke kterým se klient dopracoval na základě terapeutického rozhovoru. Následný neverbální konflikt těchto dvou myšlenkových postav mohou realizovat spoluklienti na skupině nebo do jedné či druhé z postav může vstupovat dotyčný klient sám. Smyslem této techniky je další zvědomění nutnosti změnit myšlení v situacích, které dříve ke konfliktu vedly.

3.3.2 Technika sochání

Technika spočívá v neverbálním vyjádření prožitku vlastní agrese. Klient modeluje z ostatních klientů sochy. Tyto sochy vyjadřují fáze jeho reakcí v konfliktech. Nejprve jsou vymodelovány sochy, následně je společně rozebíráno to, co si klient v tomto procesu uvědomil.

Dalšími technikami pro lepší porozumění vlastní agresi mohou být **technika abstraktní kresby** či **technika hudební produkce**. U obou ventiluje klient své agresivní pocity do umění.

1.3.1.5 Humanistické směry v psychoterapii

Mezi hlavní představitele humanistických směrů v psychoterapii řadíme rogeriánskou psychoterapii, existenciální psychoterapii, logoterapii, gestalt terapii a deseinsanalýzu.

Pro účely této kapitoly jsme vybrali jednoho reprezentanta těchto terapií a sice gestalt psychoterapii. Důvodem je potenciál této psychoterapie pro expresivní terapii.

Gestalt psychoterapie

*„Já dělám své, ty děláš své. Nejsem tu na světě proto, abych se řídil tvým očekáváním.
Ani ty tu nejsi proto, aby ses řídil mým. Ty jsi ty a já jsem já.
Když se náhodou navzájem najdeme, bude to krásné. Když ne, těžká pomoc.“*
Fritz Perls

Výše zmíněný citát je již tradiční modlitbou tohoto psychoterapeutického směru. Základním stavebním kamenem této terapie je důraz na osobní prožívání, emoce a přítomnost. Zdůrazňuje

celistvost ve vnímání psychického prožívání. Psychické zážitky nejsou samostatné ostrůvky. Je nutné je chápat v kontextu celého oceánu se všemi kontinenty.

Kratochvíl (2002) připomíná důležitost autenticity pro gestalt terapii. Lidé se totiž podrobují různým konvencím, místo aby žili a projevovali se autenticky. Autentická existence v sobě zahrnuje různé polaridy. Jednou z nich je pán a otrok. Pán je ta část, která nás nutí mít vždycky pravdu a jednat správně. Žádá, nařizuje, apeluje na svědomí atd. Otrok je ta část, která se navenek podrobuje, ale uvnitř je v pasivním odporu. Lidé se vyhýbají přijetí opačného pólu, než je ten, jak se chtějí jevit. Zdráhají se uznat, že jsou silní i slabí, krutí i laskaví, páni i otroci. Toto vše brání dosažení úplnosti, resp. úplného tvaru (Gestaltu) svého života.

Mezi základní prvky gestalt psychoterapie podle Mackewenové (1997) patří:

- Věnování pozornosti výchozím podmínkám a počátku terapie.
- Porozumění holistickému poli, v němž terapie probíhá, a jeho zkoumání.
- Rozvoj dialogického vztahu jako nezbytné podmínky seberozvoje.
- Sledování procesu a diagnostický úhel pohledu vycházející z tohoto pozorování.
- Zkoumání uvědomění a kontaktu.
- Propojování tvůrčí, experimentální a transpersonální dimenze.
- Práce s tělem, energií, odporem a impasem.
- Zkoumání podpory a pozadí důležitých procesů probíhajících v klientově životě.
- Udávání směru společné práce: vedení poradenského procesu se zachováním otevřenosti k jeho bezprostřednosti a spontánnosti.

Přesah gestalt terapie do expresivních terapií

Spojením prvků gestalt terapie a expresivní terapie, konkrétně dramaterapie, se zabývá Polínek (2009), který zde přináší termín **gestalt drama**. Gestalt drama je pro něj pojmenováním způsobu nahlížení na dramaterapeutický proces, resp. možností využívání paradivadelních prostředků v procesu gestalt psychoterapie. Dramaterapie v tomto konceptu dává odpověď na otázku, jak v terapii používat divadelní prostředky, jaké principy fungují. Gestalt terapie naopak nabízí odpovědi na otázky: Jak přistupovat ke klientovi? Jak se vůči němu vymezit? Nakolik (a proč zrovna takto) s ním sdílet? aj.

Polínek (2009) dále konstatuje, že gestalt terapie často používá dramatických prostředků při práci se sny a imaginacemi. A to nejen v rámci skupinového experimentu, ale i v individuální terapii. Důležitým spojovacím prvkem dramaterapie a gestalt přístupu je rovněž **důraz na akci**. „Zkušenosti z divadelní práce nám potvrzují, že mnoho slov je často při dramatickém tvoření kontraproduktivní, daleko lepších výsledků při dramatizaci jsme dosahovali improvizací (tedy nepřipravenou akci) na dané téma než intelektuálskou verbalizací o daném tématu. Což odkazuje také k výše zmiňovanému principu *teď a tady*. Být v intenzivním kontaktu s rolí, s příběhem, se situací můžeme právě akci; když roli, příběh, situaci aktuálně prožíváme (hrajeme) *tady a teď*. Dovolíme si, aby nás skutečnost zasahovala nejen v racionální rovině, ale také v rovině emoční, v rovině fantazie.“ (Polínek, 2009, s. 7)

1.3.1.6 Transakční analýza

„Své životy trávíme tak, že věnujeme pozornost jen těm informacím, které nejsou v rozporu s naším přesvědčením, obklopujeme se lidmi, kteří naše přesvědčení podporují, a současně ignorujeme informace, které by mohly zpochybnit to, co jsme si vytvořili.“

Leon Festinger

Transakční analýza (dále jen TA) je podle Lister-Ford (2006) dynamický a inteligentní nástroj práce, který ponechává prostor tvořivosti a intuici. TA původně vychází z psychoanalýzy, inspiruje se ovšem i kognitivní a behaviorální psychoterapií. Zároveň užívá filozofii humanistických terapií.

Otcem TA je Eric Berne (1910–1970), který byl původní profesí psychoanalytický psychiatr. Právě Berne definoval tři základní **egostavy**, z nichž TA vychází.

Lister-Ford (2006) hovoří o egostavech jako o vývojovém modelu, který mapuje významné rané zážitky (dítě), důležité vlivy ostatních (rodič) a integraci předchozích dvou do reality, do situace tady a teď (dospělý). Egostavy a životní scénář mapují individuální a mezilidské obtíže. Komunikaci mezi lidmi nazývá Berne **transakcí**.

Rozlišování stavu ega je podle TA klíčové pro mezilidskou komunikaci. Kratochvíl (2002) upozorňuje, že průběh i výsledek transakce jsou závislé na tom, který stav ega je u jednotlivých komunikujících osob právě v činnosti. Transakce mohou být rovnoběžné a vzájemně se doplňující, pak je většinou vše v pořádku. Problém nastává ve chvíli, kdy jsou transakce zkřížené. Tyto zkřížené transakce vyvolávají v mezilidské komunikaci nepříjemnosti a konflikty.

Pro pochopení uvádíme příklady jednotlivých transakcí.

Příklad jednoduché transakce:

Transakce dospělý–dospělý:

A: „Můžete mi prosím říct, v kolik hodin začíná divadelní představení?“

B: „V devět večer.“

Transakce rodič–rodič:

A: „Vysokoškolská studenti se vůbec nezajímají o dění kolem sebe.“

B: „A navíc neprojevují ke svým profesorům špetku úcty a respektu.“

Příklad rovnoběžné šikmé transakce:

A (partnerka): „Dnes je mi tak zle, že se mi vůbec nechce do práce. Vezmu si den náhradního volna.“

B (partner): „Uvařím ti hořký čaj a odpoledne přijdu, abych ti dal masáž.“

Tyto jednoduché transakce jsou zpravidla bezproblémové a denně se jich v našich životech odehrává nesčetné množství. Problémy nastávají, když se začnou odehrávat **transakce skryté**. Příkladem je, když má daná komunikace na první pohled transakční charakter dospělý–dospělý, ale skutečné odpovědi jsou v rovině rodič–dítě.

Příklad skryté zkřížené transakce:

A (partnerka): „Nevíš, kde je ta bonboniéra, kterou jsme koupili dědovi k svátku?“

B (partner): „Asi si ji zase někde zašantročila nebo opět snědla v noci a už o tom ani nevíš!“
Tato komunikace povede pravděpodobně ke konfliktu. Dospělá reakce na partnerčinu dospělou otázku by pravděpodobně zněla: „Mohu ti nějak pomoci ji najít?“ Nebo: „Zkus si vzpomenout, co si dělala po návratu z obchodu, krok po kroku.“

Kromě teorie transakcí přichází TA i s dalšími modely důležitými pro pochopení lidského chování. Jedná se psychologické hry a životní scénáře.

Psychologické hry jsou podle Lister-Ford (2006) opakuje se vzorce chování, které vedou k negativním pocitům. Přestože si některé tyto vzorce uvědomujeme, nejsme si vědomi psychologických hnacích sil a tzv. neukončených záležitostí, které stojí v jejich pozadí. Tyto hry udržují a posilují scénář jedince. Scénářem rozumíme nevědomý životní plán vytvořený

v raném dětství. Je postaven na rozhodnutích, k nimž došlo v reakci na vnější vlivy a vnitřní zranitelnost.

Obecně hovoříme o čtyřech základních obecných scénářích, ve kterých se odráží hodnocení sebe a ostatních. Jsou to scénáře, které v nás často posilují naši rodiče tzv. výchovnými tvrzeními, jako např.: nikdy nic nedokážeš, nikomu nikdy nevěř, spoléhej se jen na sebe, všichni lžou, atd. Jsou to:

1. Já jsem OK, ty si OK.
2. Já nejsem OK, ty si OK.
3. Já jsem OK, vy nejste OK.
4. Já nejsem OK, vy nejste OK.

Využití transakční analýzy ve speciálněpedagogických terapiích

Transakční analýzu můžeme v prostředí terapií v speciální pedagogice využít jako teorii, pomocí které popisujeme vztahy, které se odehrávají mezi účastníky terapie. Již samotné vysvětlení komunikace na základě teorie transakční analýzy a její pochopení na straně klientů je ozdravné. TA nám pomáhá pochopit komunikační bloky, ke kterým dochází v rodinné terapii, v párovém poradenství či na komunitních skupinách. Ukazuje se jako vhodné rozebrat komunikaci mezi klienty za pomoci tabule. Následně vzniklé grafy zkřížených komunikací dopomohou ke kognitivnímu zpracování procesu.

Stejně tak můžeme popsat situaci účastníka terapie na základě životních scénářů a učit klienty přehrávat scénáře jiné. Po přehrání jiného scénáře je důležité rozebrat zisky, které dotyčnému nový způsob komunikace přináší.

1.3.2 FYZIOTERAPIE

(Oldřich Müller)

Druhým z hlavních zdrojů terapií (využitelných ve speciální pedagogice), vycházejících ze systému léčebných medicínských postupů, je fyzioterapie – léčebná rehabilitace.

Odborná veřejnost v České republice odlišuje pojmy „léčebná rehabilitace“ – fyzioterapie, rehabilitace v užším slova smyslu – a „ucelená rehabilitace“, což je pojem odpovídající definici WHO.

Fyzioterapie je soubor preventivních, diagnostických a terapeutických intervencí, jejichž cílem je snaha o obnovení maximální funkční zdatnosti jedince se zdravotním postižením (či jiným zdravotním problémem), a to jak fyzické, tak i psychické. Tyto intervence mohou mít podobu výcviku (stimulace) funkcí postižených i nepostižených orgánů (systémů), posilování tělesné zdatnosti, nácviku používání zdravotnických pomůcek atp. Fyzioterapie je realizována týmovou prací rehabilitačních lékařů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů a dalších odborníků na podkladě úzké mezioborové spolupráce, zejména pak psychologů, logopedů, sociálních pracovníků...

V případě fyzioterapie se jedná o pomoc člověku dosahovat tělesné a pohybové normality **fyzikálně stimulačními prostředky** – například masírováním, tlaky, hlazením, držením částí těla, změnami polohy těla, tělesným cvičením atd. V oblastech speciální pedagogiky jsou využívány některé specifické přístupy spadající do této oblasti. Za všechny lze jmenovat třeba terapie orofaciální oblasti prováděné odborníky z oboru logopedie (více viz jedna z kapitol této publikace).

Čerpání případných fyzioterapeutických poznatků a zkušeností v té které terapii se především děje v závislosti na následujících faktorech:

- **Konkrétní klient**, s nímž přichází terapeut do kontaktu – odpovídající indikace jsou například používány u jedinců s těžším mentálním postižením a souběžným postižením více vadami, kdy je nutné průběžně doplňovat neúplná pohybová schémata a neustále podporovat vývoj pohybových možností.
- **Terapeutické postupy**, které jsou pro daného klienta použitelné – jako příklad může sloužit hipoterapie.

Hipoterapie je součástí tzv. hiporehabilitace (ve smyslu zmírnění až odstranění společenského znevýhodnění pomocí aktivit s koněm). Součástí hiporehabilitace jsou také aktivity s využitím koně (původně pedagogickopsychologické ježdění), terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků (původně pedagogickopsychologické ježdění) a parajezdeckví (původně sportovní a rekreační ježdění handicapovaných). Z tohoto modelu vyplývá, že takto pojatá hipoterapie funguje na bázi fyzioterapie (jinými slovy: funguje na základě souladu trojrozměrného pohybu koňského hřbetu a pohybu klienta čili na základě primárního fyzikálně stimulujícího působení směřujícího ke zlepšení pohybových funkcí) a vede ji fyzioterapeut – na bázi psychoterapie pak funguje spíše terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků (využívající kontaktu s koněm jako zprostředkovatele k dosažení pozitivních změn v chování, myšlení, prožívání). Tuto vede terapeut s příslušným vzděláním. Aktivity s využitím koně mají charakter motivační, aktivizační a vzdělávací – parajezdeckví patří k volnočasovým a zájmovým aktivitám a směřuje k určitému druhu seberealizace a společenské integrace.

1.3.3 DALŠÍ ZDROJE

Pokud se odkloníme od základních medicínských léčebných postupů, dostaneme se k dalším zdrojům terapií využitelných ve speciální pedagogice. Jejich přehled je následující:

- **Medicína** se svými propedeutickými poznatky o vzniku, projevech, dopadech a léčení nemocí a poruch orgánů či tělesného systému. Každý terapeut by měl alespoň některé tyto propedeutické poznatky znát, zejména pokud se týkají jeho klientů a jejich chování.
- **Psychologie** se svými propedeutickými poznatky o pojetí, vývoji, změnách a činnosti psychiky jako základního předpokladu lidského společenského života. Důležitá je například znalost **psychopatologie** (zabývající se duševními poruchami, psychickou tísni a abnormálním či maladaptivním chováním), **patopsychologie** (zabývající se méně závažnými psychologickými odchylkami, deficity, retardacemi, deprivacemi, akceleracemi a také konflikty, stresy a frustracemi a jejich vlivem na chování a prožívání), **psychologie osobnosti** (zabývající se rozdíly mezi lidmi a konkrétními osobnostními vlastnostmi ovlivňujícími myšlení, emoce a chování člověka), **sociální psychologie** (zabývající se psychologickými procesy v kontextu působení sociálních skupin) atp.

Cvičení pro ilustraci:

Které z následujících příkladů patří do oblasti zájmu psychopatologie a které do oblasti patopsychologie?

U mladého muže ve věku 21 let s diagnostikovanou lehkou mentální retardací se začaly projevovat agresivní sklony.

U mladého muže ve věku 21 let s diagnostikovanou schizofrenií se objevily halucinace, bludné představy a poruchy pozornosti.

- **Pedagogika** se svými propedeutickými poznatky o možnostech cíleného formování určitých kvalit osobnosti, určitých druhů připravenosti k lidskému společenskému životu. Významná je zejména znalost humanisticky orientované výchovy zaměřené na formování člověka jako celistvé osobnosti (ve všech souvislostech, jež ji ovlivňují). Zanedbatelné nejsou ani znalosti některých kreativních prožitkově laděných edukačních metod (viz např. dramika).
- **Sociologie** se svými propedeutickými poznatky o sociálních determinantách lidského společenského života. Významné jsou například poznatky o jednání lidí ve společnosti, sociálních dovednostech, struktuře společnosti, sociální interakci, sociálních skupinách (o jejich vytváření a fungování), společenském systému, sociální změně atp. Terapeut běžně pracuje s poznatky z oblasti **sociální patologie** (zabývající se nežádoucími jevy vznikajícími porušováním sociálních, morálních či právních společenských norem, např. kriminalitou, toxikomanií, vandalismem, domácím násilím apod.).
- **Kulturní antropologie** se svými propedeutickými poznatky o vzájemné podmíněnosti kultury a lidského života v ní – tedy jak kultura ovlivňuje lidské prožívání a chování, jak ji jednotlivec rozumí. Zde má velký význam tzv. **kulturní symbolika** (jako souhrn těch zobecněných lidských znalostí, přesvědčení, návodů na přežití, jež mají vliv na lidské přizpůsobování se prostředí a jež se promítají do různých kulturně daných symbolů – např. do korunovačních klenotů jako symbolu státní moci, dolarových bankovek jako symbolu USA atp.).

Cvičení pro ilustraci:

Co si představíte pod pojmem kulturní symbol? Může to být například část oděvu nebo předmět denní potřeby? Zařadili byste do kulturní symboliky jazyk?

- **Právo** se svými propedeutickými poznatky o obecně závazných pravidlech lidského chování určených státem (právních normách). Pro terapeuta má konkrétní význam znalost a dodržování práv klientů – například právo být předem informován o průběhu a podmínkách poskytované terapie, právo vyjádřit svá přání, potřeby, názory, postoje a rozhodnutí, právo na anonymitu, ochranu osobnosti atp.
- **Filozofie** se svým celistvým pohledem na člověka a jeho pojetí (všem terapeutickým přístupům by měl být vlastní určitý „obraz“ člověka), na svět a jeho pojetí, na pojetí smyslu života, na pojetí obecných norem života. Toto by mělo mít význam pro profesionální etiku terapeuta, pro utváření klientových postojů k životním problémům atp.

Logoterapie je jedním z psychoterapeutických směrů, jehož ústředním tématem je smysl lidského života a jeho hodnoty. Vychází z koncepce Viktora Emanuela Frankla (neurologa a psychiatra, později absolventa studia filozofie), který byl během 2. světové války deportován do koncentračního tábora, kde strávil více než dva roky a ztratil zde členy své rodiny. Právě z těchto zážitků se zrodilo mnoho jeho myšlenek zde prezentovaných.

Základem logoterapie je přesvědčení, že odpovědností každého člověka je nalézt smysl svého života. Nalezení tohoto smyslu pak Frankl pokládá za důležitou hybnou sílu v životě. Pokud není touha po smyslu naplněna, dochází k frustracím, existencionálnímu prázdnu, což může vést k depresím a neurózám. Koncentrační tábor Frankla přesvědčil o tom, že najde-li si člověk i v tak krutých podmínkách smysl života, přežije. Ač tedy nemůžeme ovlivnit běh života a konkrétní události, můžeme ovlivnit svůj vnitřní postoj k nim.

Smysl v životě může člověk podle Frankla najít:

- ve vykonání činu (myšlen je veliký, obětavý čin),
- prožitím hodnoty (jde o zážitek, který člověka obohacuje či povznáší – např. láska),
- v utrpení (promění-li ho člověk ve své morální vítězství).

Frankl za základní hodnotu pokládá vlastní život. Dále dělí individuální hodnoty na tři druhy a na jedinci záleží, jak si je v sobě uspořádá a jakou jim dá prioritu:

- tvůrčí (konkrétní činy),
- zážitkové (vstupují do popředí např. ve stáří, jde o prožitky),
- postojové (v případě, kdy je jedinci odepřeno realizovat hodnoty ostatní, může k nim vždy zaujmout určitý postoj) (Holá, 2012).

Zdrojem terapií využitelných ve speciální pedagogice jsou také obory lidské činnosti, jejichž hlavním předmětem je prostředek totožný s prostředkem dané terapie – může jít například o následující prostředky:

- **umění** s jeho významným kreativním, symbolickým, neverbálním, uvolňujícím, ale rovněž metodologickým a diagnostickým potenciálem,
- **hra** s jejím přirozeně motivačním, svobodně činnostním a formativním potenciálem,
- **živý tvor** s jeho pohybovým, vztahově kompenzačním potenciálem atp.

Několik „střípků“ z dějin umění jako možné metodologické východisko terapií:

- S výtvarnou tvorbou Kandinského souviselo i řešení asociací mezi barvou a hudbou. Při volbě barev se v tomto případě mnohdy nechal vést vyvolaným pocitem, barva mu pak psychologicky nahrazovala ztvárňované „předměty“.
- V rámci divadelní tvorby a aktualizace herectví experimentovali: Konstantin Sergejevič Stanislavskij s metodou prožitku (herci se museli plně ztotožnit s rolí, museli ji prožívat, museli umět zdůvodnit své chování na jevišti), Antonin Artaud s neděleným prostorem kolektivního rituálu herců i diváků, Jerzy Grotowski s tvůrčími participačními dílnami, pedagogové prestižní divadelní školy Actors Studio (New York) s hledáním tabuizovaných míst v osobnostech adeptů herectví (šlo o uplatnění metody Stanislavského, přičemž byl praktikován psychoanalytický rozbor motivací ztvárňované postavy, který od herce vyžadoval objevit v sobě povahovou podstatu hraného charakteru).
- Německý hudební skladatel a pedagog Carl Orff se snažil o novou koncepci hudebního vzdělávání dětí a vytvořil metodu Schulwerk postavenou na tvořivém podněcování hudebního, pohybového a verbálního projevu. K tomu mu sloužily také tzv. Orffovy nástroje.
- Dadaisté tvořili literární texty náhodným vybíráním slov z předem daného textového souboru, zástupci české experimentální poezie šedesátých let (Kolář, Hiršal, Havel) pracovali s vizualizací svých básní.

K velmi významným zdrojům terapií patří **empirie** terapeutů. Bez ní nelze ani uvažovat o jakémkoliv smysluplném terapeutickém působení. Teprve pokud si daný adept na vlastní kůži vyzkouší veškeré záludnosti terapeutického procesu, pokud si vyzkouší mnohé situace, kdy může potenciálně dojít k poškození klienta (včetně svých reakcí v krizových situacích), pak může směle (avšak opatrně) vstoupit do terapie jako její významný činitel. Proto je také předpokladem terapeutovy odbornosti a připravenosti jeho **dlouhodobý sebezkušenostní výcvik** (a následně praxe pod supervizí).

Psychoterapeutický výcvik je výukový a výcvikový proces, při němž se z daného laika stává kvalifikovaný psychoterapeut. Výcvik vedou lektori té které psychoterapeutické školy. Výcvik má obvykle několik částí. Jsou to:

- *sebezkušenostní (zážitková) část (skupinová a individuální),*
- *výklad teorie,*
- *práce s klientem pod supervizí,*
- *závěrečná práce či zkouška.*

V sebezkušenostní (zážitkové) části si adept sám na sobě zakouší postupy vlastní psychoterapeutického směru, který studuje, sám de facto podstupuje částečnou psychoterapii. V teorii se dozví základní poznatky ze studovaného psychoterapeutického směru. Jiné psychoterapeutické směry bývají zmíněny okrajově. V práci s klientem pod supervizí adept psychoterapie pracuje s konkrétní osobou, jeho práce je však pravidelně kontrolována lektorem. Závěrečná práce obvykle zahrnuje kazuistiku. Zkouška se týká teorie. Kompletní výcvik obvykle trvá čtyři až sedm let (500 až 1000 hodin).

Po skončení psychoterapeutického výcviku obdrží absolvent osvědčení a je mu umožněno (po splnění eventuelních dalších podmínek, například zákonné registrace apod.) své kvalifikace využívat ku prospěchu svému i jiných. Je-li původní profesí absolventa psychoterapeutického výcviku lékařství či psychologie, obvykle pracuje ve zdravotnictví, nazývá se psychoterapeutem, zabývá se pacienty a za práci mu platí zdravotní pojišťovna. Je-li původní profese absolventa psychoterapeutického výcviku jiná, potom obvykle pracuje mimo zdravotnictví, nazývá se poradcem, má klienty a za práci mu platí klienti sami. I po skončení výcviku je záhodno, aby se absolvent dále vzdělával, avšak zejména je nutno, aby dokázal rozpoznat ty případy, na které sám nestačí, a předložil je kolegům nebo s nimi šel do supervize. Někteří z absolventů výcviku po nějaké době praxe složí další zkoušky a sami se stávají lektory dané psychoterapeutické školy. Ti se potom zabývají školením dalších adeptů psychoterapie. Tím se kruh psychoterapeutického výcviku uzavírá (Psychoterapeutický výcvik, 2012).

1.4 PROCESUÁLNÍ STRÁNKA TERAPIÍ

Důležitou součástí terapií je jejich procesuální stránka, tedy průběh veškerých řízených dějů a změn, které v rámci terapie probíhají. Tato stránka zahrnuje řadu „proměnných“, jež ji činí značně nevyzpytatelnou, a to i za předpokladu, že je daný proces plánovaný a v každém jeho kroku cíleně uplatňujeme takové prostředky, aby probíhal tak, jak chceme a potřebujeme.

Obecně platí, že terapeutický proces má určitý **průběh (fáze)** a probíhá v určitém **prostředí** (materiálním, sociálním, psychickém atd.). Jeho hlavními **činiteli** jsou **terapeut, klient a obsah**.

1.4.1 PRŮBĚH PROCESU

Průběh terapeutického procesu lze zjednodušeně popsat za pomoci jeho základních fází. **Z krátkodobého hlediska** (týkajícího se dílčích sezení) jde o fázi:

- zaměřenou na navázání kontaktu (kontaktů), uvolnění, rozehrátí, motivaci a uvedení (včetně instrukcí) hlavní terapeutické práce;
- zaměřenou na hlavní terapeutickou práci (řešení aktuálních problémů);
- zaměřenou na uzavření problémů vyplývajících z hlavní terapeutické práce (terapeut by měl s klientem probrat či jinak uzavřít to, co se pod jeho vedením v průběhu terapie stalo).

Z dlouhodobého hlediska (týkajícího se celé terapie) jde o fázi:

- zaměřenou na **indikaci** stávajících **obtíží a** možných **postupů** (terapeut by měl vždy probrat s klientem jeho problém a vysvětlit mu svůj přístup a pracovní postupy), počáteční **navazování terapeutického vztahu** (důležitý je např. dojem z prvního setkání, ale také vzájemné vymezení „hranic“, navození důvěry atp.), motivaci klienta k terapii, **dohodu** o organizaci, průběhu a obsahu terapie (např. vytýčení její frekvence a délky – většinou se jedná o setkání jednou za týden, délka se může lišit dle potřeb klientů);
- zaměřenou na naplnění terapeutického vztahu, **dosažení** přijatelné **změny** a naplnění dohodnuté organizace, průběhu a obsahu terapie;
- zaměřenou na **ukončení terapie** včetně prognózy a nabídky dalších možností (např. konzultací v případě problému, návštěvy jiného psychoterapeuta atp.).

Průběh psychoterapeutického sezení pro ilustraci:

První sezení je vždy poznávací. Terapeut se spolu s klientem snaží poznat jeho očekávání a přání a objasnit mu, jaké jsou možnosti jejich spolupráce. Na základě těchto očekávání pak společně zformulují cíle jejich spolupráce. Od těch se pak odvíjí i frekvence a délka setkávání.

Další sezení jsou ve znamení společné práce na klientem stanovených cílech a očekáváních. Ty se v průběhu psychoterapie mohou posměňovat v závislosti na klientově problému a vývoji jeho životní situace. Při terapii je pro terapeuta důležité, aby byla vzájemná spolupráce klientovi maximálně užitečná.

Obvyklé ukončení psychoterapie závisí na dosažených cílech a klientových očekáváních. V případě klientovy potřeby lze kdykoliv ve spolupráci pokračovat.

Cvičení:

Přečtěte si předchozí i následující příklad a odhadněte, do kterých procesuálních fází terapie (z hlediska dlouhodobosti či krátkodobosti) patří.

Při dramaterapii prováděné s osobami s mentálním postižením bylo jako rozcvička použito přebíhání klientů z rohu do rohu za účelem předvádění různých emocionálních stavů.

1.4.1.1 Principy vedení terapeutického procesu

K úspěšnosti průběhu terapeutického procesu je třeba dodržet tyto principy:

- Počátek procesu musí vycházet z kvalifikované týmově provedené **diagnostiky** (ta je obecným předpokladem k určení vhodných intervencí) i z **terapeutovy** vlastní diagnostikované **znalosti** psychofyzického **stavu klienta** (jeho nálad, prožitků, představ, příčin chování, momentálního zdravotního stavu atp.) – toto pak musí být v celém jeho průběhu neustále aktualizováno.
- Musí být dodržován **princip důvěrnosti**, což znamená, že všechny informace, které terapeut o klientovi má, nejsou dále sdělovány (toto platí po dohodě také v případě rodiny klienta, a to i po ukončení terapie – informace je možné sdělit např. v rámci supervize, avšak bez konkretizace klienta).
- Terapeutický **vztah** je **omezen** jen na vlastní **terapii** (klient a terapeut by neměli navazovat užší partnerské či sexuální vztahy).
- Terapeutický vztah je mimo jiné postaven na tom, že **terapeut** neustále v průběhu terapie **vzbuzuje naději** a vytváří prostor (atmosféru) pro klientovy projevy a sdělení (pokud o to klient stojí a chce spolupracovat) – jakékoli jeho signály by neměly zůstat bez zjevného či skrytého povšimnutí. Toto platí také v případě tzv. direktivního způsobu vedení. Součástí

je rovněž pravidelná **zpětná vazba** o tom, jak terapie probíhá a jak je dodržována smlouva (kterou lze měnit).

Příklad:

Mladí lidé s depresí obvykle obtížně spolupracují a navazují vztah s terapeutem. Cítí se totiž bezcenní, jsou bez naděje. Proto je třeba je na počátku terapeutického procesu povzbuzovat a vést k pokračování terapie.

- Terapeutický vztah je postaven i na oboustranné **důvěře**, vzájemném **respektu** a **dodržování** stanovených **pravidel**. Nemělo by se například stávat, že klient či terapeut nedorazí na sezení, že dá přednost jiné aktivitě atp.
- Zvolená činnost by měla odpovídat nejen diagnostikované a aktualizované znalosti stavu klienta, měla by odpovídat rovněž **naturelu terapeuta** (děláním toho, co je pro terapeuta nepřirozené, se pochopitelně negativně projeví v jím vedeném procesu).
- Zvolená činnost by měla být rovněž **adekvátní klientově připravenosti** (jde o její správné načasování respektující jeho ochotu pracovat), **věku a zkušenostem** (měla by se pokud možno „dotýkat“ jeho současného i předešlého života, např. i toho, co prožil před příchodem na sezení). Terapeut by měl vždy počítat s tím, že nejlépe funguje to, co má předobraz v lidské mysli.
- Průběh procesu musí z dlouhodobého i krátkodobého hlediska **respektovat základní fáze** uvedené výše – není možné, aby se terapeut vyhnul například uvolňovacím, motivačním či instruktážním činnostem, aby předčasně ukončil neuzavřený problém, aby se nedohodil s klientem na organizaci, průběhu a obsahu terapie (ani aby ho nutil v ní pokračovat), aby nenavázal adekvátní terapeutický vztah atp.

1.4.2 PROSTŘEDÍ

Prostředí, v němž terapeutický proces probíhá, může mít především materiální, sociální a psychické dimenze. Za **materiální dimenze** terapeutického prostředí lze považovat prostory, v nichž terapie probíhá (zdali probíhá v běžných školních prostorách, běžných pobytových prostorách, specializovaných prostorách, ambulanci atd.), nebo jejich vnitřní uspořádání a vybavení. Za **sociální dimenze** terapeutického prostředí lze považovat složení, uspořádání, formy součinnosti a formy vztahů u skupiny (či součinnost a vztahy jednoho klienta s terapeutem), s níž je terapie přímo prováděna, nebo složení, uspořádání, formy součinnosti a formy vztahů u skupiny (jednotlivce), jež se na terapii účastní nepřímo (např. pomocný personál daného zařízení). Za **psychické dimenze** terapeutického prostředí lze považovat součinnosti a vztahy mezi terapeutem a klientem (klienty) naplněné jejich konkrétními osobnostními vlastnostmi.

1.4.3 TERAPEUT A KLIENT

Výše již bylo uvedeno, že hlavními činiteli terapeutického procesu jsou terapeut, klient a obsah. V této triádě má významné postavení terapeut. Primárním zdrojem terapeutovy kvality jsou jeho obecně lidské a odborné předpoklady. Mezi **obecně lidské předpoklady** patří schopnosti pochopení druhého člověka (schopnosti vstupu do jeho subjektivního světa bez vnějších přívlastků), schopnosti přijetí druhého člověka (schopnosti jeho respektování bez přívlastků) a schopnosti být autentický (schopnosti vystupovat takový, jaký skutečně je) – jmenovat můžeme i konkrétní vlastnosti, jako jsou psychické zdraví, kvalitní žebříček životních hodnot,

tvorivost, flexibilita, pevná vůle k překonávání těžkostí, odvaha nést rizika, schopnost umožnit druhému maximálně možnou míru samostatnosti a tvorivosti, „dar“ komunikace atp. Mezi **odborné předpoklady** patří znalosti a dovednosti týkající se specifík klientů, součinnosti, vztahů a komunikace s klienty, použitelných terapeutických přístupů, možných zdrojů, profesních morálních norem (profesní etiky) atd.

Profesní etika je důležitou součástí práce psychoterapeuta a jejím hlavním posláním je ochrana obou aktérů terapeutického vztahu. Tento soubor profesních morálních norem je aktuálně obsažen v Etických zásadách České psychoterapeutické společnosti. Z nich uvádíme následující výběr:

- *Etické zásady jsou závazné pro všechny členy ČPS a vzdělávací instituty působící v rámci ČPS. Jsou slučitelné s etickým kodexem Evropské psychoterapeutické asociace.*
- *Od psychoterapeutů se požaduje, aby používali svou odbornost s vážností vůči důstojnosti a sebeuctě jednotlivce, v nejlepším zájmu pacientů či klientů a s respektem k jejich právům.*
- *Od psychoterapeutů se požaduje, aby vykonávali svoji profesi kompetentním a etickým způsobem. K tomuto účelu je nezbytný odborný rozvoj. Psychoterapeuti by měli omezit svou praxi na takové oblasti a léčebné metody, v nichž se mohou vykázat dostatečnými a potvrzenými znalostmi a zkušenostmi.*
- *Psychoterapeut je vázán principem mlčenlivosti o všech skutečnostech, které se dozvěděl v průběhu psychoterapeutického procesu. Totéž se týká výcviku a supervize.*
- *Na počátku psychoterapeutického léčení je psychoterapeut povinen seznámit pacienta či klienta s jeho právy se zvláštním zřetelem na některé skutečnosti (např. na použitou psychoterapeutickou metodu a její podmínky). Pacient či klient musí mít možnost volby, zda chce vstoupit do psychoterapie, a pokud ano, u koho a s kým. Psychoterapeut je povinen jednat odpovědně, zvláště s ohledem na specifickou povahu psychoterapeutického vztahu, který je postaven na důvěře a jisté míře závislosti. Zneužití a porušení důvěry je hodnoceno tak, že psychoterapeut zanedbal své profesionální povinnosti ve vztahu k pacientovi či klientovi, aby uspokojil své vlastní osobní zájmy. Tyto zájmy mohou být např. sexuální, emoční, společenské nebo finanční. Jakákoliv forma zneužití je proviněním proti profesionální etice psychoterapeuta.*
- *Informace podávané pacientovi či klientovi musí být věcné, objektivní a pravdivé: jakákoliv vtíravá inzerce nebo reklama je nedovolená. Příkladem mohou být nepodložené sliby uzdravení nebo citování různých psychoterapeutických metod (v nichž třeba výcvik začal, ale dosud není ukončen), které budí dojem soubornějšího nebo širšího výcviku a vzdělání, než psychoterapeut opravdu má.*
- *Výše uvedené etické zásady se mají vhodným způsobem uplatnit na vztahy v psychoterapeutickém výcviku a supervizi (Kalina, 2012).*

Mezi procesními činiteli má důležitou roli rovněž **klient**. Ten přináší do terapeutického procesu a terapeutického vztahu především svůj věk a možné **zdravotní a sociální obtíže** či jiné subjektivní problémy, které aktuálně prožívá.

1.4.3.1 Zvláštnosti klientů dle věku

(Petra Krížková)

Světová zdravotnická organizace považuje lidskou bytost za bio-psycho-sociální jednotku. Výše uvedené složky jsou nezbytné pro její optimální vývoj a efektivní fungování. Lidská bytost je charakteristická tím, že jí není vlastní žít sama pro sebe (Fabián, 2009). Pokud člověk vstoupí do terapeutického procesu, je třeba brát v potaz všechny tyto jeho osobnostní „rozměry“, což

je samo o sobě poměrně komplikované. Pro zjednodušení budeme dále na něho nazírat chronologicky. Nejříve se zaměříme na dětský věk.

Dítě v rámci terapeutického procesu zaujímá specifické postavení. Problémem u takového klienta může být zejména navázání prvotní komunikace a vytvoření důvěrné atmosféry. V některých situacích je třeba počítat s variantou, že se terapie účastní nedobrovolně a na základě tohoto faktu se může odpovídajícím způsobem projevat. Děti se mohou zdát postupy v rámci terapie zdoluhavé nebo se mohou projevit obavy z nadcházejících situací. Prioritní by měl být za každých okolností individuálně uzpůsobený přístup, prvotní odhadnutí potřeb a snaha terapeuta o jejich naplnění (Forbelská, 2011). Z hlediska terapeutické práce není vhodné získávat dítě či dospívajícího na úkor dospělých, tedy terapeut by neměl (z profesního a etického hlediska) vytvářet koalici vůči rodičům. Na straně druhé musí být terapeut natolik obratný, aby odolal tlaku ze strany dospělých (nejčastěji rodinných příbuzných), zvláště když způsob jejich interpretace vytváří dojem, že za vše si může jejich neposedné dítě (Hytych, 2011).

Dítě považujeme za plnohodnotného člena terapeutického týmu. V rámci terapeutické práce existují specifika, která je třeba z hlediska práce s klienty respektovat. U klientů dětského věku a dospívajících lze aplikovat následující:

- komunikaci je třeba orientovat prvotně na osobu dítěte, až poté se obracet k dospělému doprovodu;
- klienta dětského věku oslovujeme jménem (v praxi se osvědčilo nabídnutí dohody ohledně tykání či vykání cca od deseti let věku klienta);
- obsah sdělení je třeba přizpůsobit věku (obecná zásada je stručnost a srozumitelnost bez ohledu na věk);
- umět naslouchat a schopnost trpělivě reagovat na dotazy ze strany dítěte či dospívajícího;
- nezlehčovat emocionální projevy ani projev dítěte;
- lze využívat různých pomůcek podporujících komunikaci (hračky, obrázky, razítka, pastelky);
- komunikovat s dítětem „z očí do očí“ (oba účastníci terapeutického procesu jsou na stejné úrovni) (Prášková, 2011).

Obdobím navazujícím na dětství je proces dospívání. Z hlediska evoluce člověka je spojeno s významnými vývojovými procesy. V rámci tohoto období jsou často používány pojmy pubescence a adolescence. Pubescence je období od 11 do 15 let a adolescence od 16 do 20 let. Adolescence v tomto pojetí spadá do kategorie dospívání.

Problémy v adolescenci se nejvíce projevují v prožívání:

- rychlé změny aktivity (únava může obratem přejít do stavu výrazné excitace, enormního zájmu),
- časté střídání (oscilace) nálad,
- extrémní zájem či zaujetí a náhlý přechod do apatie,
- konzervativní chování v jedné oblasti a naopak radikalismus.

Terapeut musí chápat, že dospívající dosud nenašli směr, kam se vydat, zároveň nevědí, jak jej mají hledat, ale je jim jasné, že se svým aktuálním stavem nejsou spokojeni. V některých chvílích odmítají sami sebe, ale výrazně chtějí prosadit své sebevědomí. Prozatím neznají pevný bod své existence (Farková, 2009).

V období adolescence se často objevují konflikty s rodiči. V některých případech to jsou právě rodiče, kteří považují chování svého dítěte za nevhodné, a proto vybídnou dítě k návštěvě terapeuta (Krejčová, 2011).

Obecně lze aplikovat několik zásad pro práci s klienty dětského věku a dospívajícími – terapeut u nich musí být připraven na následující specifika:

- **Zvláštnosti související s jejich vývojem** (a proto i na nečekané změny jednání, emocí, myšlení atp. – a to na intrapsychické i interpersonální úrovni). Velkým rizikem zvoleného terapeutického postupu může být nesprávný odhad situace způsobený nerozpoznáním skutečné příčiny neobvyklého chování (způsobeného např. přirozeně kritickým či přirozeně regresivním vývojovým obdobím).
- **Specifický dětský způsob komunikace.** Komunikace je jak ve verbální, tak neverbální rovině odlišná. Neverbální dětská komunikace je značně nevyvážená a nepřesná, protože není její vývoj doposud ukončen. Verbální komunikace je po obsahové stránce obtížněji využitelná, chybí například dostatečná slovní zásoba. Jakékoli komunikační signály je pak nutno interpretovat jak v kontextu zjištěného stavu vývoje, tak také v kontextu zjištěného problému, navíc je třeba se oněm komunikačním signálům „přiblížit“, tedy umět s dítětem komunikovat na jeho úrovni.
- **Neustálá přítomná potřeba bezpečí a lásky.** Nevhodné je, když při vytváření terapeutického vztahu cítí dítě strach (z terapeuta, místa atd.), nebo když naopak nahrazuje terapeut vztah dítě – rodič (viz výše naznačené hranice terapeutického vztahu).
- **Zvýšený význam a vliv výchovného prostředí,** který bývá (vedle jiných příčin) častou příčinou vzniklého problému. V souvislosti s tímto zdůrazňujeme, že terapie se může týkat rovněž případné nápravy výchovného prostředí dítěte i přípravy dítěte na návrat do tohoto prostředí (např. zvyšováním sebedůvěry, zlepšováním adaptačních schopností, vytvářením schopnosti mít dobré mezilidské vztahy).
- **Tendence dětí hledat příčiny svých potíží ve svém okolí a ne v sobě (zvýšený egocentrismus)** (Müller, 2005, s. 22).

V souvislosti s dospělostí člověka se často hovoří o krizi dospělého věku, odchodu dětí a s tím související nejistotě týkající se partnera, prožívání nejistot na pracovišti, hledání viníků problémů spojených se stárnutím (Farková, 2009). Práce s dospělými klienty jako účastníky terapeutického procesu rovněž vykazuje svá specifika. Souvisejí také s prvotním kontaktem, pocitem důvěry na počátku terapeutického procesu, s vnímáním terapeuta ze strany klienta a naopak. U dospělých klientů musí být terapeut připraven:

- Na **větší obtížnost v dosahování** jakékoli **změny** než u dětí (dětí jsou tvárnější a snadněji ovlivnitelné).
- Na **spolehlivější využitelnost** verbální i neverbální **komunikace**.
- Na **komplex zkušeností** dospělého věku. U dospělého člověka znamenají právě jeho předešlé zkušenosti (ať již z běžného života či z intervencí jiných odborníků) významný faktor v navázání terapeutického vztahu – **míra očekávání je** tedy v tomto případě **závažnějším faktorem** než u dítěte (dospělý člověk přichází s konkrétnější představou o terapeutovi a jeho pomoci a podle ní se rozhoduje).
- Na různé **sociální role** dospělého věku – jde o role, které na základě svých zkušeností klient „hraje“ (např. roli „oběti“ předešlých intervencí, roli ochotně spolupracujícího pacienta atp.).

- Na výraznou **míru vlastní akceptace problému**. U dospělého klienta není geneze problému tolik „znehledněna“ probíhajícím vývojem (jako u dětí), nicméně daný jedinec ji může zkreslovat předem vytvořeným postojem (Müller, 2005, s. 22–23).

Už v období dospělosti nastupují změny, které jsou spojené s procesem stárnutí a stárí organismu jako takového (ale ne všechna onemocnění jsou spojena s tímto procesem).

Nárůst osob seniorského věku v populaci jednoznačně souvisí s relativně lepšími podmínkami pro život (prodloužení věku, lepší dostupnost služeb, dostatek potravin), dále se zkvalitněním lékařské péče. Na podporu jejich kvality života je orientována i speciální pedagogika. Také ona se však potýká s mnohými negativními jevy souvisejícími se stářím, např. ageismem. Slowík (2007, s. 154) uvádí, že u staršího člověka se „už jakoby automaticky předpokládá zdravotní postižení, které omezuje jeho možnosti fungování v oblasti pracovní, společenské, rodinné“. Pro realizaci smysluplného přístupu ke všem těmto klientům je proto třeba respektovat jejich osobnostní zvláštnosti a specifika, která se mohou odrážet v chování člověka jako takového, a především je třeba najít vhodný a efektivní způsob komunikace. Všechny tyto snahy spadají do oblasti profesních kompetencí terapeuta. Problémy může způsobit prostředí (hlučné, příliš osvětlené nebo naopak příliš ponuré, přítomnost další osoby či nechtěné vyrušování kolegy), příliš tichý verbální projev, nedostatečná připravenost terapeuta na terapeutický proces, mnoho nesrozumitelných slov či naopak žargon, infantilnost v projevu). Další zásady pro vhodný průběh terapeutického procesu jsou:

- respektovat možnou přítomnost poruch paměti;
- tendence hovořit o svých somatických problémech;
- poskytnout více prostoru pro porozumění verbálního vyjádření a také reprodukci odpovědi;
- pokud je komunikace obtížně realizovatelná, je třeba ověřit možné komunikační bariéry (obtíže ve zrakovém vnímání, ve sluchovém vnímání) (Prášková, 2011).

1.4.4 OBSAH A CÍLE TERAPIÍ

(Oldřich Müller)

Součástí procesuální stránky terapií je také její obsah. Obsah je vytvářen s ohledem na cíle, jichž se má u příslušného klienta dosáhnout (jeho příklady uvádíme konkrétně u jednotlivých terapeutických přístupů). K úspěšnému naplnění obsahu (splnění stanovených cílů) slouží patřičné prostředky.

Obecně lze terapeutické **cíle** strukturovat:

- **Vzhledem k potřebám klientů** (např. odstranění vnitřních i vnějších frustračních, konfliktních, stresujících faktorů, uvolnění, posilování dynamiky osobnosti či dynamiky skupiny, vytváření schopností smysluplné komunikace, navazování zdravých vztahů a správného vzhledu do sociálních situací, podpora pozitivního sebehodnocení, aspirace, zvládání emocí atp.).
- **Vzhledem k orientaci a schopnostem terapeuta** (jedná se o naplánování použití a zacílení té které metody práce – např. imaginace v arteterapii).
- **S ohledem na zaměření instituce**, v níž terapie probíhá (např. plánování s ohledem na socioterapeutické zaměření léčebné komunity).

1.5 PROSTŘEDKY TERAPIÍ

Terapie použitelné ve speciální pedagogice využívají celou řadu prostředků terapeutického působení (naplnění obsahu, dosahování cílů). Pokud vyjdeme z předpokladu, že jedním ze základních zdrojů je psychoterapie, pak musíme rovněž počítat s výrazným zastoupením **prostředků psychologické povahy**. Mezi nimi nás pak z praktických důvodů (viz text dále) zajímá hlavně neverbální komunikace.

Připomínáme

Psychoterapii lze vymezit v souladu s J. O. Prochaskou, J. C. Norcrossem (1999) jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci psychologických prostředků, použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem. Za základní psychologický prostředek je přitom považován autentický vztah mezi terapeutem a klientem vybudovaný na zvýšené pozornosti terapeuta vůči klientovi a na pozitivním očekávání klienta. Dílčími psychologickými prostředky pak jsou jednotlivé mechanismy ovlivňování člověka člověkem (např. verbální a neverbální sdělování).

1.5.1 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE – ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ

Pro vývoj člověka má zásadní význam interpersonální komunikace. Tento význam je dán tím, že efektivní komunikace umožňuje každému bez rozdílu zprostředkovat smysluplný kontakt s jeho sociálním prostředím. Takový kontakt pak bezprostředně ovlivňuje převzetí potřebných společenských norem, hodnot, způsobů chování a uvažování, ale také uspokojení základních lidských potřeb. Naopak jeho patologický průběh mívá nedozírné důsledky v podobě často nevratných (obtížně vratných) vývojových anomálií. Interpersonální komunikace se realizuje za pomoci prostředků verbálních a neverbálních. Více (často spíše nevědomě) užívanými jsou prostředky neverbální – různé údaje zmiňují poměr 60–80 % v jejich prospěch, např. Albert Mehrabian (Pease, A., Pease, B., 2008) zjistil, že verbální složka tvoří pouhých 7 % obsahu sdělení, vokální složka 38 % a zbylá neverbální složka 55 %. Tyto také významnou měrou přispívají k bohatšímu přenosu informací.

Účelem veškeré lidské komunikace je sdělování, přijímání a sdílení informací (věcných, ale také nevěcných, například představ, idejí, nálad, postojů atp.). Toto může být realizováno prostředky slovní (verbální) a bezeslovné (neverbální) povahy. Zejména bezeslovně přenášená informace je mimo jiné mnohovýznamová (neboť již tím, že mnohdy probíhá mimo normální úroveň vnímání, že sestává z mnoha mikropodnětů, že není pregnantně čitelná, uvolňuje „mantinely“ v chápání a interpretaci podstaty sdělení). Kdybychom porovnali několik relativně stejných neverbálních komunikačních signálů sdělovaných několika různými osobami nacházejícími se v různých sociálních situacích či v různých kulturách, došli bychom se pravděpodobně k významově odlišným výsledkům.

Neverbální komunikace je **souhrnem** takových **sdělení bezeslovné povahy**, která jsou vědomě nebo nevědomě vysílána člověkem směrem k jiné osobě nebo skupině osob. Jedná se o celou škálu komunikačních signálů, jež probíhají buď samostatně, nebo provázejí komunikaci verbální.

Neverbální komunikace má v porovnání s verbální komunikací některé nesporné **výhody**:

- Je více **spontánní** (méně kontrolovaná vysílajícím subjektem). To vyplývá ze skutečnosti, že je řada komunikačních signálů vysílána podvědomě, bez vnitřní rozumové kontroly. Důsledkem toho je pak samovolně plynoucí proud nejrůznějších sdělení, o nichž nemá daný člověk sebemenší potuchy.
- Je více **pravdivá**. Tato vlastnost vyniká zejména v případech souběhu verbální a neverbální složky komunikace. Zatímco verbální složka tvoří obsah sdělení, neverbální složka odhaluje jeho pravdivost a stupeň důležitosti (více viz níže).

Občas se nám stane, že se pokoušíme v rozhovoru uplatnit verbální lež. Bohužel nás mnohdy zradí naše neverbalita. Tělo spontánně vyšle jasné signály, že něco v našem sdělení nesedí. Třeba si začneme nervózně třít špičku nosu.

- Je více **obsazena (propojena) emocemi**, a to oboustranně. Prostřednictvím neverbální komunikace vyjadřujeme navenek jakýkoli vlastní prožitek (pozitivní i negativní) a prostřednictvím neverbální komunikace můžeme také prožitek u jiného člověka vyvolat (například zadáním úkolu klientům, aby vyjádřili nějakou emoci).
- Neverbální komunikace je **vývojově starší** než komunikace verbální, jak ve vývoji jedince (**ontogeneze**), tak ve vývoji lidstva (**fylogeneze**). Tato vlastnost nás odkazuje k faktu, že některé neverbální signály jsou společné pro všechny lidi bez rozdílu. To je dáno evolucí, která začala daleko dříve formovat bezeslovnou komunikaci než slovní (přitom se touto problematikou začali badatelé soustavně zabývat až v 60. letech 20. století a veřejnosti se tato problematika přiblížila v roce 1970 knihou Julia Fasta o řeči těla). Neverbálně začínají komunikovat dříve rovněž jednotlivci (příkladem může být skutečnost, že již dítě v raném věku dokáže dát tímto způsobem najevo své potřeby).

Hlavními oblastmi, v nichž neverbálně komunikujeme, jsou:

- **Řeč těla** – při ní můžeme sdělovat prostřednictvím: výrazů obličeje, pohledů, pohybů rukou, doteků, postojů a držení těla, úpravy zevnějšíku, svrchních tónů řeči (jedná se o tzv. paralingvistiku) atp.
- **Řeč času** – při ní můžeme sdělovat prostřednictvím míry tempa a rytmu vlastního sdělování (pohodové, nervózní sdělování, uspěchané chování atp.).
- **Řeč prostoru** – při ní můžeme sdělovat prostřednictvím tzv. teritorií, zejména prostoru kolem vlastního těla (manipulací s tímto prostorem lze dosáhnout: rychlejšího utváření výrazných vztahů, jejich zintenzivnění, prosazení vlastní autority, sdělení informace o svém postavení, ovládnutí partnera atp.).

Americký antropolog Edward T. Hall (autor tzv. „*intercultural communication*“, termínu poprvé předloženého odborné veřejnosti v roce 1959 v publikaci *The Silent Language*) identifikoval čtyři hlavní zóny tělesného prostoru člověka, které používá při komunikaci. Šlo o prostor: intimní (cca 15–45 cm), osobní (cca 46–120 cm), společenský (1,2–3,7 m) a veřejný (více než 3,7 m).

Osobní teritorialita však nefunguje sama o sobě. Je ovlivňována např.:

- kvalitou vztahu s osobou, s níž komunikuji,
- povahou našich osobností (např. introvert, extrovert),

- věkem účastníků komunikace (např. mladší lidé mají k sobě blíže než starší, mladší má odstup od staršího atp.),
- národností a etnickým původem,
- povahou setkání (např. přátelská či pracovní schůzka),
- tím, zdali žijeme na venkově nebo ve městě (lidé žijící ve městě mají osobní prostor menší).

Cvičení:

Pokuste se konkrétně popsat, jaká bude vaše komunikace s jinými lidmi (představte si některé konkrétní osoby) v rozdílných (E. T. Hallem popsaných) prostorech. Více vám napoví následující příklad.

Příklad:

Intimní vzdálenost představuje odstup 45 centimetrů a méně. V tomto prostoru je přítomnost druhého nepřehlédnutelná. Je slyšet a cítit jeho dech. V intimní vzdálenosti jsou lidé například při uklidňování a ochraně. Je tak těsná, že většina lidí ji považuje za nevhodnou na veřejnosti.

Osobní vzdálenost představuje rozmezí od 45 centimetrů do 1,2 metru. Tato vzdálenost vymezuje váš osobní prostor, imaginární ochrannou „bublinu“, kterou se snažíte udržet nenarušenou vniknutím někoho druhého. V této vzdálenosti stále můžete druhého uchopit a držet, ale pouze s nataženými pažemi. Dovnitř dovoluujete vstupovat jen určitým lidem, např. těm, které máte rádi.

Společenská vzdálenost sahá od 1,2 metru do 3,7 metru. Zde ztrácíte pohled na detaily, který máte v osobní vzdálenosti. Tady řešíte neosobní záležitosti a společensky komunikujete. Čím větší vzdálenost zachovávejte, tím formálněji komunikace vypadá. Mnozí lidé ve vedoucích funkcích mají své stoly umístěné tak, aby měli zajištěnou minimálně tuto vzdálenost mezi sebou a zaměstnanci.

Veřejná vzdálenost je větší než 3,7 metru. Tato vzdálenost vás chrání. Umožňuje vám v případě potřeby podniknout obranné akce. Například ve veřejném dopravním prostředku budete udržovat tento odstup od opilého člověka. Svoje obranné vzdálenosti si zachovávají také slavní lidé. Ačkoli již nerozeznávají jemné detaily obličeje a očí, jste dostatečně blízko, abyste mohli vidět vše, co se děje (De Vito, 2008).

Nejfrekventovanější (ve smyslu aplikace neverbální komunikace v pomáhajících profesích) je řeč těla. A v ní pak hrají významnou roli **obličeje a pohledy** (čili nejdůležitější komunikační oblasti vůbec). Je tomu tak proto, že člověk má výraznou fylogeneticky danou **dominanci ve výrazech tváře** (zde má asi 80 svalů – nikde jinde nejsou tak silně vyjadřovány emoce, například všeobecně rozpoznatelné výrazy radosti, smutku, hněvu, překvapení, strachu či znechucení). Tyto výrazy se liší rozdílnými změnami v dílčích částech obličeje (ústa, oči atp.), mají různou intenzitu, vyjadřují nejenom základní emoce, ale také je kombinují. Při jejich „čtení“ však musíme počítat rovněž s kulturními vlivy (tedy kulturně danou mimikou), instrumentálními pohyby a fyziognomií obličeje (např. u osob seniorského věku). Navíc, nemůžeme je dost dobře pochopit bez vyhodnocení signálů ostatních částí těla. Řeč očí je pak rovněž **součástí** fylogeneticky velmi **rozvinuté obličejové komunikace**. Až při hovoru „z očí do očí“ nastává opravdové sdělování a sdílení. Teprve tehdy nastává porozumění, tehdy bývá navozen autentický, nebo neautentický vztah, což je alfa omegou činnosti např. pedagoga, sociálního pracovníka či terapeuta.