

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Dohnalová Adéla

III. ročník – kombinovaná forma

obor: Speciální pedagogika předškolního věku

VÝZNAM SNU V EXPRESIVNÍCH TERAPIÍCH

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Michal Růžička, PhD.

Olomouc 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem prameny, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

.....

V Oseku nad Bečvou, 30.5. 2011

Poděkování:

Ráda bych poděkovala panu Mgr. Michalu Růžičkovi, PhD. za velmi užitečnou metodickou pomoc, podporu a vstřícnost, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Další poděkování patří všem respondentům, kteří věnovali svůj drahocenný čas a poskytli cenné informace při realizaci praktické části této bakalářské práce.

Dohnalová Adéla

OBSAH

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1. Rozbor snu napříč hlavními psychoterapeutickými systémy.....	8
1.1 Psychoanalytický směr.....	8
1.1.1 S. Freuda.....	8
1.1.1.1 O problémech snu.....	8
1.1.1.2 Rozbor problematických pasáží	13
1.1.1.3 Psychologie snových pochodů	16
1.1.1.4 Shrnutí	18
1.1.2 C. G. Junga	19
1.1.2.1 O podstatě snů	19
1.1.2.2 Nevědomí a archetypy.....	21
1.1.2.3 Analýza snu a její praktická použitelnost.....	24
1.1.2.4 Obecná hlediska psychologie snu	26
1.2 Humanistické terapie.....	28
1.2.1 F. Perls	28
1.2.1.1 Gestalt terapie.....	28
1.2.1.2 Self, Ego, Id a Osobnost.....	29
1.2.1.3 Kritika Freudova výkladu snů.....	30
1.2.2 C. R. Rogers.....	31
1.2.2.1 Rogersovská terapie	31
1.2.2.2 Vědomí	32
1.3. Kognitivně-behaviorální přístupy	33
1.3.1 Douglas Mudroch, Philip Barker.....	33
1.3.1.1 Behaviorální terapie	33
1.3.2 Aaron Těmkin Beck.....	34
1.3.2.1 Kognitivní terapie.....	34
1.3.2.2 Srovnání s psychoanalýzou	35
1.3.3 Petr Možný, Ján Praško	36
1.3.3.1 Kognitivně-behaviorální přístupy	36
2. Expresivní terapie základní vymezení.....	38
2.1 Arteterapie.....	39

2.1.1 Vymezení a teoretická východiska arteterapie	39
2.1.2 Arteterapeut	41
2.1.3 Klient	41
2.1.4 Cíle arteterapie a arteterapeutický vztah.....	42
2.2 Dramaterapie	42
2.2.1 Vymezení a teoretická východiska dramaterapie	42
2.2.2 Dramaterapeut.....	44
2.2.3 Klient	44
2.2.4 Cíle dramaterapie.....	45
2.3 Teatrot terapie	45
2.3.1 Vymezení a východiska teatrot terapie	45
2.3.2 Terapeut	46
2.3.3. Klient	47
2.3.4 Cíle teatrot terapie.....	47
2.4 Taneční terapie	48
2.4.1 Vymezení a východiska taneční terapie	48
2.4.2 Terapeut	51
2.4.3 Klient	51
2.4.4 Cíle taneční terapie	51
2.5 Muzikoterapie	52
2.5.1 Vymezení a východiska muzikoterapie	52
2.5.2 Muzikoterapeut	54
2.5.3. Klient	54
2.5.4 Cíle muzikoterapie.....	55
2.6 Poetoterapie.....	56
2.6.1 Vymezení a východiska poetoterapie	56
2.6.2 Poetoterapeut	57
2.6.3. Klient	58
2.6.4 Cíle poetoterapie.....	58
3. Shrnutí teoretických poznatků.....	59
PRAKTICKÁ ČÁST.....	61
4. Cíle a metodologie praktické části	61
4.1 Postup při realizaci praktické části.....	61
4.2 Metoda šetření.....	62

5. Rozbor otázek a vyhodnocení odpovědí	63
ZÁVĚR.....	67
SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ	68
SEZNAM PŘÍLOH.....	71
PŘÍLOHY	
ANOTACE	

ÚVOD

Pracuji jako teta ve školce, respektive jako učitelka v běžné mateřské škole. Převážnou část tedy věnuji pozorování dětské hry, osobnostního vývoje dětí a vztahů k vrstevníkům i dospělým. Tato práce mi umožňuje každodenní sledování dětského výtvarného projevu, v němž se odráží aktuální pocity dětí, jejich nálady, radost či trápení, je také významným ukazatelem psychického vývoje dítěte. Výběr tohoto tématu má však jeden hlavní důvod. Jak známo děti nás mnohem učí a jsou neustálým zdrojem inspirace, a právě mojí inspirací se stala tříletá holčička docházející na naše oddělení prvním rokem, říkáme jí třeba Stázinka. Jednou jsme si s dětmi vyprávěli, co se nám zdálo předešlou noc. Někdo si sen pamatoval, někdo ne. Některé děti měly zábrany podělit se o své snové zážitky, jiné ochotně vypravovaly, a právě mezi tyto patřila i Stázinka. Její sen byl jiný, zdálo se jí o tom, jak tatínek topí maminku ve vaně. Mohli bychom to odůvodnit tím, že Stázinka viděla film s podobným obsahem. Ovšem Stázinčina maminka několikrát přišla do školky s podlitinami v obličejí.

Sen sám o sobě je velice diskutabilní téma, někteří ho uznávají, jiní ho zatracují. V dřívějších dobách mu byl připisován prorocký význam, dokázal ovlivnit mnoho významných rozhodnutí v životě více, či méně významných osobností. Tato vlastnost ho přes mnohá staletí neopouští dodnes, kdy existuje mnoho šarlatánů a vykladačů snů, ačkoliv o této problematice pramálo vědí. Se snem není radno si hrát, ne že bychom věřili v jeho schopnost předpovídat, nicméně nepodceňujeme jeho schopnost ukázat na ukryté jádro pudla nemalého množství převážně psychických potíží, ukrytých v našem nevědomí. Z tohoto důvodu patří práce se snem do rukou zkušených odborníků z oblasti psychologie a psychiatrie. Samotná problematika analýzy snu je velmi obsáhlá a není v našich silách pojmout celé toto téma. Nejedná se o aplikaci nově získaných poznatků, spíše o seskupení dvou aktuálních témat, jehož cílem je především přiblížení podstatných znaků snů prostřednictvím jednotlivých psychoterapeutických směrů, a jeho možného využití v expresivně terapeutickém procesu. Text má sloužit jako odrazový můstek zájemcům o problematiku využití snů při práci s jedinci s různým typem a stupněm postižení, či psychickými poruchami, přičemž je čtenář vždy odkázán na zdroj informací uvedený v seznamu použité literatury. Text je dělen na část teoretickou a část praktickou. Část teoretická obsahuje tři kapitoly. První se zabývá problematikou snů podle vybraných psychoterapeutických směrů, druhá představuje jednotlivé expresivní terapie, třetí shrnuje získané poznatky. Úkolem praktické části bylo zjištění četnosti využívání snů v procesu expresivních terapií, a to v zařízeních s různým zaměřením a klientelou.

TEORETICKÁ ČÁST

1. ROZBOR SNU NAPŘÍČ HLAVNÍMI PSYCHOTERAPEUTICKÝMI SYSTÉMY

1.1 Psychoanalytický směr

1.1.1 Sigmund Freud

1.1.1.1 O problémech snu

Jak Freud (1994) uvádí, je sen předmětem psychologie již od dob Aristotela, který ve svých spisech přikládá snu povahu nikoli božskou, ale démonickou, „neboť příroda je démonická, sen tedy vyplývá ze zákona lidského ducha. Je vymezován jako duševní činnost spáče.“ (Freud, 1994, s. 7). Právě Aristoteles poznal jisté vlastnosti snového života, např. „že sen převádí malé, ze spánku působící podmínky v něco velikého.“ (Freud, 1994, s. 8). Freud (1994) zmiňuje Gruppeho rozdělení snů podle Makrobia a Artemidora, jenž rozdělovali sny na dvě třídy. Jedna byla ovlivněna přítomností či minulostí, ale neměla význam pro budoucnost, pro tu byla určena druhá třída. S tímto souvisel i úkol vykladačů snů. Nejvýznamnějším se v pozdějším starověku stal Artemidoros Daldiský. (Freud, 1994)

Freud (1994) se ve svém díle, ze kterého čerpáme, zaměřuje pouze na sen, nikoli na spánek. Přičemž v první kapitole se věnuje několika vzájemně se prolínajícími otázkám:

A) Poměr snu k životu za bdění – dle F. W. Hildebrandta (1875) lze zvláštnosti snu znázornit pouze řadou protikladů. Jedním protikladem má být „přísná odloučenost nebo uzavřenost snu od skutečného a pravého života“ (Freud, 1994, s. 11), na druhé straně „ustavičné přesahování a stálá závislost jednoho na druhém.“ (Freud, 1994, s. 11) Domníváme se však, že sen nemůže být zcela uzavřen od reality. Oba tyto světy se musí navzájem doplňovat a ovlivňovat. K tomuto názoru nás vede další poznatek Freuda, „že veškerý materiál, tvořící obsah snu, nějakým způsobem pramení z prožitků, tedy je ve snu reprodukován.“ (Freud, 1994, s. 12) Tímto se dostáváme k další Freudově otázce, a tou je:

B) Snový materiál – významnou roli při vytváření snu hraje paměť, Freud (1994) zároveň zdůrazňuje hledání souvislostí a popisuje fungování hypermnestických snů, jejichž podstatou je, „že sen vládne vzpomínkami, které nejsou přítomné našemu bdění“ (Freud, 1994, s. 13) Freud vidí spojitost hypermnestických snů s téměř zapomenutým dětstvím. „Vláda snu nad

materiálem z dětství, který, jak známo, z největší části spadá do mezer vědomé vzpomínací schopnosti, dává podnět k vzniku zajímavých hypermnestických snů.“ (Freud, 1994, s. 15) Oproti tomu, však lze postavit tvrzení Roberta, „že normální sen se zabývá jen dojmy z uplynulých dnů“ (Freud, 1994, s. 16), toto doplníme o domnětku amerického autora Nelsona „že ve snu se nejčastěji zhodnocují dojmy z druhého nebo třetího dne před dnem snu“. (Freud, 1994, s. 16) Při bedlivém rozboru vlastních snů můžeme k podobnému závěru dospět také, ovšem otázkou zůstává, za jakých okolností se ve snu objeví ta která situace. Freud by nám odpověděl, že sen si při reprodukci materiálu vybírá ty nejnepatrnější vzpomínky a doplnil citaci Scholze „to, co jsme jednou duchovně vlastnili, se nikdy nemůže úplně ztratit“. (in Freud, 1994, s. 17) K tomuto se nabízí otázka, zda je při výběru vzpomínek ovlivňována paměť, či samotný sen, a čím. Můžeme tedy navázat další Freudovou otázkou:

C) Podněty k snění a zdroje snu – sen je reakcí na něco rušivého ve spánku. Freud (1994) se přiklání k rozčlenění zdrojů snu následovně: 1) Vnější (objektivní) podráždění smyslů – ve spánku přirozeně nemůžeme ovlivnit, či dokonce odstranit působení vnějších podnětů a dle Freuda se mohou smyslové podněty snadno stát zdrojem snu a sen výrazně ovlivnit.

2) Vnitřní (subjektivní) podráždění smyslů – Wundt tvrdí „Při snových iluzích hrají podle mého názoru podstatnou úlohu ještě ony zrakové a sluchové subjektivní počitky, které máme z bdělého stavu v podobě světelného chaosu tmavého zorného pole, znění a hučení v uších atd., zejména subjektivní podráždění sítnice. Tak se vysvětluje podivuhodný sklon snu, vykouzlovat před naším okem podobné nebo úplně shodné objekty.“ (in Freud, 1994, s. 23) Freud také uvádí, že hlavním důkazem subjektivního podráždění jsou hypnagogické halucinace, které Joh. Müller popsal jako fantastické vizuální jevy, projevující se jako velmi živé proměnlivé obrazy. (Freud, 1994)

3) Vnitřní (organické) tělesné podněty – můžeme sem zařadit úzkostné sny, upozorňující na určitou nemoc, ale také tzv. typické sny opakující se u mnoha lidí, jako např. létání, nebo sny o rozpacích, že jsme nazí vysvětluje Freud (1994) tak, že snící v dané chvíli odhodil pokrývku a odhalil se. Za zmínku stojí myšlenka Schopenhauera „v noci, když ustal přehlušující vliv denních dojmů, mohou si dojmy, protlačující se z nitra, zjednat pozornost – podobně jako v noci slyšíme bublání pramene, které přehlušoval lomoz dne. Jak jinak má na tyto podněty reagovat intelekt, než tak, že vykonává funkci jemu vlastní? Přetvoří tedy podněty na postavy, jež vyplňují čas a prostor a pohybují se podle vodítka příčinnosti: takto vzniká sen.“ (Freud, 1994, s. 27)

4) Ryze psychické zdroje podnětů – z výše uvedeného vyplývá, že při práci se sny je téměř nemožné stanovit obecná pravidla. Jak uvádí

Freud (1994), rozlišují se sice sny z nervového podráždění a sny asociační, stále však zůstává nezodpovězeno, zda se sny „dostavují bez popouzejícího tělesného podnětu“ (Freud, 1994, s. 29). Většina autorů zastává názor, že sny ryze psychického původu neexistují. My se však přikláníme ke střednímu stanovisku, a to, že na vzniku snu se podílejí jak tělesné, tak psychické podněty, a to v různém poměru.

D) Proč zapomínáme sen po probuzení? – Téměř nikoho nepřekvapí, že se sny prostě zapomínají, ale málokdo dokáže vysvětlit proč se tak děje. Čím to, že některé sny si vybavíme, i když jen částečně, některé vůbec a jiné se nám uloží do paměti na několik let. Freud (1994) uvádí Strümpellovo vysvětlení zapomínání snu. „Do zapomínání snů se především zapojují všechny příčiny, které způsobují zapomínání v životě bdělém. Ve stavu bdění brzy zapomínáme nesčíslné počítky a vjemy, protože byly příliš slabé a duševní vzrušení, na ně navazující, dostoupila příliš nízkého stupně. Totéž platí o mnoha snových obrazech; zapomínáme je, jelikož byly příliš slabé, zatímco si vybavujeme silnější obrazy z jejich blízkosti.“ (Freud, 1994, s. 31) Krom toho ovlivňuje zapomínání snů dle Strümpella i to, že sen se odehraje většinou jen jednou, kromě opakujících se snů. I v bdělém stavu si lépe pamatujeme, to co jsme prožili vícekrát. Třetí příčinou zapomínání je nesrozumitelnost a neuspořádanost snů. Další příčinou může být vnímání podnětů z okolního světa ihned po probuzení. Poslední důvod zapomínání snu uvádí Freud (1994) fakt, že mnoho lidí svým snům nevěnuje zvláštní pozornost. Oproti zapomínání stojí schopnost vybavení si snu v průběhu dne. Zde však můžeme pochybovat o přesnosti a pravdivosti vzpomínky, dle Jessena „...snaha lidského ducha, vidět všechno v souvislosti, je tak veliká, že při vybavování snu poněkud nesouvislého mimovolně doplňuje chybějící souvislost.“ (Freud, 1994, s. 32)

E) Psychologické zvláštnosti snu – podle Freuda (1994) sen nahrazuje myšlenky halucinacemi, které mají podobu vizuálních obrazů, „ve snu se zpravidla domníváme, že nemyslíme, ale že prožíváme, tedy naprosto věříme halucinacím...“ (Freud, 1994, s. 34). Dále uvádí Strümpellův názor: „vjemové obrazy věcí, osob, místností, událostí a jednání bdělého života jsou jednotlivě reprodukovány v hojnosti, ale žádný z nich s sebou nepřináší svou psychickou hodnotu. Ta je od nich odloučena, a proto se v duši potácejí podle vlastních vzpomínek.“ (Freud, 1994, s. 36) Většina autorů se shoduje v názoru, že sny jsou nesouvislé, nerozumné obrazy s psychickou anarchií podobné myšlení bláznivého člověka. Přesto se domníváme, že při bedlivém zkoumání vnitřních i vnějších vlivů působících na snícího člověka, lze většinu snových obrazů racionálně objasnit, ačkoliv mohou na první pohled vypadat jakkoli nesmyslně. Neboť jak uvádí Freud: „Že je sen s to pojmout intelektuální práci

dne a dobrat se konce, kterého nebylo za dne dosaženo, že dovede odstranit pochybnosti a řešit problémy...se zdá po četných sděleních... nepopíratelné.“ (Freud, 1994, s. 42)

F) Etické city ve snu – Freud (1994) se zabývá problémem zda vůbec a do jaké míry zasahují morální vlohy bdění do snu. Udává také poměrný rozpor v názorech jednotlivých autorů, kdy jedni zastávají tvrzení, že sen vůbec o mravních požadavcích neví, druzí stojí v opozici s domněnkou, že morálka člověka zůstává zachována i ve snu. Freud cituje Scholze: „Ve snu je pravda; přes veškeré maskování, povýšení i ponížení, poznáváme své vlastní já...Čestný muž se ani ve snu nemůže dopustit zneuctívajícího zločinu, anebo když se to nakrásně stane, děsí se nad tím jako nad něčím, co se přičí jeho přirozenosti.“ (Freud, 1994, s. 43) Proti tomu dále Freud uvádí tvrzení Platónovo, „že nejlepší jsou lidé, které to, co druzí dělají za bdění, napadá jen ve snu.“ (Freud, 1994, s. 43) Dále bychom výše zmíněné mohli doplnit Hildebrandtovým pravidlem: „Čím čistší život, tím čistší sen; čím nečistší život, tím nečistší sen. Mravní přirozenost člověka trvá i ve snu.“ (Freud, 1994, s. 44) S tímto bychom si však dovolili nesouhlasit, neboť jak praví Freud „nikdo o sobě neví, zda je dobrý nebo zlý, a že nikdo nemůže popřít vzpomínku na vlastní nemravní sny... a vzniká nový rozpor, že se jejich původ hledá buď ve funkcích psychického života, nebo v jeho omezeních, tělesně podmíněných.“ (Freud, 1994, s. 44) Neméně je zajímavý poznatek Kanta když říká „je asi úkolem snu, aby nám odkrýval a zjevoval skryté vlohy, nikoli čím jsme, nýbrž čím bychom se mohli stát, kdybychom byli jinak vychováni.“ (Freud, 1994, s. 46) Freud (1994) ve svých úvahách připouští, že bychom nechtěně představy mohli označit za představy ve dne potlačené, na tuto myšlenku později navazuje Jung s teorií nevědomí.

G) Teorie a funkce snu – teorií můžeme chápat snahu o popsání vlastností, vztahů a v některých případech i vyvození funkce snu. Freud (1994) rozdělil teorie do tří hlavních skupin, z nichž první skupina obsahuje teorie zastávající názor, že duše nespí, a tak celá psychická činnost bdění pokračuje ve snu. Této teorii však vyčítá nedostatečné objasnění významu snění. Druhá skupina teorií naopak předpokládá snížení psychické činnosti, Freud (1994) tyto teorie chápe jako něco, co dělá ze snu vzor slabomyslnosti, přesto jsou tyto teorie dominantní. Sen je pro ně výsledkem částečného bdění. Uvádí zde Binzův popis, kdy jde o jakousi izolovanou práci jednotlivých skupin, při níž chybí kontrola těmi částmi mozku, které řídí asociaci. „Proto se vytvořené obrazy, jež odpovídají materiálním dojmům z blízké minulosti, k sobě řadí divoce a nespořádaně.“ (Freud, 1994, s. 49) Binz označuje sen za „tělesný pochod“ a s Mefistem se shodují, že sen je reakcí na rušení spánku. Na tuto teorii navazuje také Robert, který tvrdí : „Nikdy nejsou podněcovateli snu věci, které jsme úplně domysleli, ale jen takové, jež máme nehotové na mysli...“ (Freud, 1994, s. 50) Toto tvrzení

však je současně v rozporu s Binzovou teorií v posuzování snových zdrojů. Dle Roberta totiž duše sama podněcuje snění, přičemž jde o úlevu jejího přetížení. Zároveň však připouští spolupráci nervového podráždění na výstavbě snu, a to ve vytváření obrazů fantazie. S Robertovou teorií se shoduje i Yves Delage, dle něj sen „obsahuje zlomky a zbytky dojmů z posledních dnů a dřívějších dob... všechno, co vystupuje v našich snech... se ukazuje jako... nevědomá vzpomínka. Čím méně vědomý a zároveň čím silnější je nějaký dojem, tím větší je vyhlídka, že bude hrát úlohu v příštím snu.“ (Freud, 1994, s. 51, 52) Delage však nesouhlasí s Robertovým tvrzením, že dojmy jsou způsobitelné pro sen z důvodů lhostejnosti, nýbrž z důvodů nevyřízenosti. Freud (1994) stojí v opozici s domněnkou, aby mohl sen zbavovat naši psychiku lhostejných dojmů (jejichž počet během dne je příliš veliký), musel by být spánek mnohem delší. Současně připouští pravidelnou účast jednoho lhostejného zážitku z předchozího dne. Dále doplňuje: „Ve snu vychází najevo to, co je psychicky potlačeno.“ (Freud, 1994, s. 52) Třetí skupina teorií přičítá snící duši zvláštní psychickou schopnost, které není za bdělého stavu schopna. Snu přiřkládají ochrannou funkci před napětím bdělého života a nepřipouští na něj jakoukoli návaznost. Scherner popisuje sen jako zbavení se vlády rozumu, nemá charakter reproduktivní, nýbrž produktivní. Zároveň připouští, že snu chybí pojmová řeč, místo toho využívá názorných a jasných obrazů, jenž se mohou stát těžkopádnými a rozvláchnými. Snu také nepřipisuje žádnou užitečnou funkci. Pokud bychom souhlasili s poslední teorií, nemuseli bychom již dále v této práci pokračovat.

H) Vztahy mezi snem a duševními chorobami – této otázce se Freud (1994) věnuje jen okrajově, neboť jde o problém vyžadující dostatečný prostor. I my se o tomto zmíníme jen ve stručnosti, domníváme se totiž, že podrobnější rozpracování tohoto tématu přísluší zainteresovaným odborníkům a nikoliv nám, laikům. Dle Freuda (1994), lze hovořit o etiologických a klinických vztazích, zde uvádí Hohnbaumovo sdělení, „že první propuknutí šílenství se mnohdy datovalo od úzkostného, děsivého snu, a že převládající myšlenka byla ve spojitosti s tímto snem.“ (Freud, 1994, s. 56) Druhou rovinou jsou změny, jimž podléhá snový život při duševní chorobě, přičemž většina autorů přirovnává snění k bdělému šílenství a naopak. Třetí rovinou můžeme chápat vnitřní vztahy mezi snem a psychózami. Freud cituje Radestocka: „Nemocnému, který má horečku, se v bludech stejně jako snícímu vynořují vzpomínky z dávné minulosti; co člověk bdící a zdravý zdánlivě zapomněl, to si vybavuje spící a nemocný.“ (Freud, 1994, s. 57) Splňování přání je podle Griesingera společným rysem snu i psychózy. Podle Freuda sen a psychózu spojuje absence časového měřítka.

Dále si přiblížíme některé výše uvedené otázky, o nichž se domníváme, že si svým obsahem zasluhují více pozornosti právě v této práci. Některými se budeme zabývat méně, těm kterým přikládáme větší váhu zase více, tak jak nám to prostor umožní.

1.1.1.2 Rozbor problematických pasáží

Abychom mohli sen vyložit, musíme věřit, že má smysl. Freud (1994) uvádí dvě metody laického vykládání snu, a to symbolický výklad, který si ovšem neví rady s nesrozumitelností snu, a který je odvislý od představivosti vykladače. Druhou metodou pak má být metoda šifrovací. V poznámkách uvádí Freud zprávu misionáře Fjinkdjita, jenž vypravuje o vykladačích mezopotamských Arabů: „Aby přesně vyložili sen, táží se nejobratnější vykladači snů těch, kdo si přejí jejich rady, na všechny okolnosti, které považují za nutné pro správné vysvětlení...vykladači si nenechají ujít žádnou okolnost a neposkytnou žádný výklad, pokud nepoužili všech potřebných otázek a pokud na ně nedostali odpověď.“ (Freud, 1994, s. 76, 77) Podobného postupu se drží Freud sám. Nemůžeme zde proto vynechat ani jeho poznání: „Musím tvrdit, že sen má skutečný význam a že je při výkladu snů možný vědecký postup.“ (Freud, 1994, s. 63) Ze zkušeností jeho mnohaleté terapeutické praxe začal sen vyšetřovat jako příznak a používal i stejné metody. K tomu však, jak sám uvádí (1994), bylo nutné určité psychické připravenosti pacienta. „Usilujeme o dvojí: stupňování jeho pozornosti k jeho psychickým vjemům a o vyloučení kritiky...K svým nápadům se musí chovat zcela nestranně; neboť právě kritika by byla vina, kdyby se mu nepodařilo najít hledané rozřešení snu...jde o vytvoření psychického stavu, který se stavem před usnutím spojuje jistá obdoba v rozdělení psychické energie. Při usínání se objevují představy nechtěné, protože ochabuje jistá volní činnost, kterou působíme na průběh svých představ; za příčinu tohoto ochabnutí zpravidla uvádíme únavu...Při stavu, který používáme k analýze snů...se úmyslně zřídáme oné činnosti a používáme ušetřené psychické energie k pozornému sledování nyní se vynořujících nechtěných myšlenek... Tak proměňujeme nechtěné představy ve chtěné.“ (Freud, 1994, s. 64) K tomu, aby pacient byl schopen sám o svém snu vyprávět, musí mu být dle Freudových poznatků sen doslova rozkouskovan, teprve ke každému „kousku“ je schopen sám plynule hovořit.

Sen „je plnoprávným psychickým úkazem, a to splněním přání“ (Freud, 1994, s. 78) tvrdí Freud, avšak dále se zabývá otázkou, zda mohou mít sny i jinou vlastnost. Například mohou být pouhou reprodukcí, či splněnou obavou. Po rozebrání několika případů však vždy dochází ke stejnému závěru, a tím je, že splněné přání můžeme považovat za všeobecnou vlastnost snu. Za nejjednodušší příklady pak považuje sny malých dětí, které povětšinou

nepřinášejí větší záhady. Po laické analýze vlastních snů, však můžeme povrchně souhlasit s teorií o splněných přáních. Připojíme však ještě dodatek. Freud uvádí, že v duševním životě existují zapuzená přání, nebo-li potlačené nelibé popudy. Psychické funkce snu, jsou však zachovány, a tak se může tento překonaný útlum projevit jako nelibost i ve snu. Dále existují i úzkostné sny, které mohou být psychoneurotické a mohou „...pramenit z psychosexuálních vzrušení, přičemž úzkost odpovídá zapuzenému libidu.“ (Freud, 1994, s. 143)

Nyní se vrátíme k otázce zdrojů snů. „Sen si může svůj materiál vybrat v kterékoli době života, jen když od zážitků snového dne vede k těmto dřívějším nějaký myšlenkový spoj.“ (Freud, 1994, s. 105) Nejasné však zůstává, z jakého důvodu upřednostňuje sen čerstvé dojmy ze dne jemu předcházejícím. Toto Freud zjišťuje (1994) analýzou snu o botanické monografii. Dochází k závěru, že sen obsahuje jak lhostejné zážitky z předchozího dne (ty jsou považovány za projev snového zkreslení), tak zážitky významné pro psychiku člověka. Současně musí mezi těmito vybranými zážitky existovat jisté spojení, které však může vznikat až v průběhu snu. Sen dle Freuda nakonec všechny dojmy sloučí v jednotu. Tímto zjištěním, jak sám tvrdí, můžeme vyloučit teorii, že se sen zabývá bezcennými úseky bdělého života a zároveň oponuje tvrzení že „duševní život bdění nepokračuje ve snu a že sen plývá duševní činností...Opak je pravdou; co nás zaujalo za dne, ovládá také snové myšlenky, a sněním se namáháme jen při takových předmětech, které by nás i za dne podněcovaly k myšlení.“ (Freud, 1994, s. 108) Nyní si uvedeme Freudovo schéma zdrojů snu: a) aktuální a psychicky významný zážitek, který je zastoupen přímo ve snu; b) několik aktuálních, významných zážitků, které sen slučuje do jednoty; c) jeden nebo více aktuálních a významných zážitků, které jsou ve snu zastoupeny zmínkou o aktuálním, ale lhostejném zážitku; d) významný vnitřní zážitek, ve snu zpravidla zastupován zmínkou o aktuálním, ale lhostejném dojmu (Freud, 1994). Oproti námitce jak mohou do snu proniknout lhostejné dojmy, které nejsou aktuální se staví Freud takto: „Přesun, který nahrazuje psychicky důležitý materiál lhostejným (jak pro snění, tak pro myšlení) zde nastal již dřívějších dobách života, a od té doby byl v paměti fixován.“ (Freud, 1994, s. 113) Tímto se nám otevírá prostor pro další možný zdroj snu, a tím jsou zážitky z dětství. Jedním ze snů, které zjevně z dětství pocházejí jsou dle Freuda (1994) tzv. sny perennující, totiž ty, jenž se opakovaně zdají již od dětských let. „Čím hlouběji sestupujeme v rozboru snů, tím častěji narážíme na stopy zážitků z dětství, které pro latentní obsah snu mají význam snových zdrojů.“ (Freud, 1994, s. 121) Doplňme, že Freud kladl důraz na pregenitální infantilní sexualitu raného dětství autoeroticky zaměřenou, kterou rozděluje do několika fází odvíjejících se od primárních libidinózních míst. První fázi nazývá orální, druhou sadisticko-anální, třetí fáze falická. Ústředním tématem psychoanalýzy

je však fáze oidipovského komplexu, ta vzniká mezi třetím a šestým rokem života dítěte. (Kratochvíl, 2006) „Je to nevědomý erotický vztah a incestní přání dítěte vůči rodiči opačného pohlaví, přičemž rodič stejného pohlaví je dítětem vnímán jako sok.“ (Kratochvíl, 2006, s. 22) Další fází je období latence, které v období puberty dochází do fáze normální genitální sexuality. (Kratochvíl, 2006)

Nesmíme však opomenout Freudovo upozornění na častou mnohoznačnost snu, kdy jedno splnění přání, či dojem, může zakrývat druhé: „Navrstvení několika významů snu je jedním z nejchoulostivějších, ale také nejobsažnějších problémů výkladu snu. Kdo tuto možnost zapomene, snadno zbloudí a dá se svést k neudržitelným tvrzením o podstatě snu.“ (Freud, 1994, s. 168)

Posledním možným zdrojem snů, které si nyní připomeneme, jsou zdroje tělesné. Freud (1994) uvádí výzkum Calkinsové, z něhož vyplývá malá pravděpodobnost ovlivňování snu tělesnými počitky, přesto však tato není vyloučena, Strümpellovu obhajobu tělesných zdrojů; jakmile vnějším nebo vnitřním nervovým podrážděním za spánku vznikne nějaký psychologický děj, pak tento děj vyvolá jeden či více známých obrazů z bdění, kterými vjem pocházející z nervového podráždění nabývá psychické hodnoty. Proto tento sen nazývá sny z nervového podráždění. S tímto se shoduje Wundt (Freud, 1994), jež se domnívá, že snové představy většinou pocházejí ze smyslových podnětů. Freudovi však tato tvrzení nepostačují a přidává (Freud, 1994) Schernerovu domnětku, že snová práce volně využívá fantazie, aby symbolicky znázornila povahu orgánu, z něhož vychází podnět, a druh tohoto podráždění. Nedostatek Freud ovšem spatřuje v nízké vědecké srozumitelnosti při vykládání snů prostřednictvím Schernerovi teorie, a také v tvrzení, že tělesné podněty existují vždy. „Podstata snu se nezmění, přistoupí-li k psychickým zdrojům snu materiál somatický; zůstává splněním přání bez zřetele k tomu, jak je jeho projev určen aktuálním materiálem.“ (Freud, 1994, s. 138) Výběr materiálu snu může být ovlivňován také tělesnou náladou. „Přitom může tato nálada sama ve snu zůstat zachována nebo být překonána, takže je-li nelibá, převrací se v opak.“ (Freud, 1994, s. 143)

K tomu, abychom mohli snům porozumět a správně je vyložit, je důležité uvědomit si, jak pracují. Dle Feuda (Freud, 1994) je podstatný výše zmiňovaný snový obsah, který můžeme chápat jako obrázková písmena, jejichž znaky se musí jednotlivě převádět do řeči snových myšlenek. Důležitá přitom není obrázková hodnota, ale znakový vztah. Sen je třeba řešit jako obrázkový rébus... „pokusím se nahradit každý obraz slabikou nebo slovem, které se v nějakém vztahu dá znázornit tímto obrazem.“ (Freud, 1994, s. 172)

1.1.1.3 Psychologie snových pochodů

„Je vyloučeno, abychom dosáhli objasnění snu jakožto psychického pochodu...“ (Freud, 1994, s. 313) K vysvětlení je totiž potřeba dobře znát danou problematiku, proto jde Freudovi v první řadě o stanovení „...nových předpokladů, jež se týkají stavby duševního aparátu a souhry sil.“ (Freud, 1994, s. 313) Tyto nachází v rozboru snových pochodů a vrací se k bližšímu osvětlení zapomínání snu, splnění přání, regresi, vytěsnění, a k vlivu nevědomí. „Od psychoanalytického pojmu vytěsnění, které je, jako všechny obranné mechanismy, mimovolním neuvědomovaným dějem, je vhodné odlišit běžně používaný pojem potlačení, který označuje spíše vědomý, úmyslný, racionální a volní zásah.“ (Kratochvíl, 2006, s. 24)

Základní otázkou nyní je, zda jsme schopni si vybavit sen tak, jaký opravdu je. Většina z nás si je z vlastních zkušeností vědoma, že sen, jenž se nám zdál, obsahoval více, než jsme schopni si vybavit. Freud uvádí (1994) názor Spitty, podle něj je totiž možné, že se sen stává souvislý až při snaze si jej vybavit. Proto Freud upozorňuje na nutnost zabývat se i nejnepatrnějšími prvky snu. Zároveň přiznává možné zkreslování snu při jeho reprodukci. K tomu podotýká, že sen je zkreslen již ve spánku jakýmsi druhým myšlenkovým pochodem. Jde tedy o determinaci v duševnu, kde není nic libovolného, má tedy nějaký smysl, a proto jej nelze podceňovat. Freud charakterizuje tento druhý myšlenkový pochod jako přirozený i v bdělém životě: „Chci si např. zcela libovolně nechat napadnout nějaké číslo; není to možné, číslo, jež mne napadne, je jednoznačně a nutně určeno myšlenkami, které jsou ve mně a jsou třeba vzdáleny od mého okamžitého předsevzetí.“ (Freud, 1994, s. 315) Připomeňme si nezbytné, totiž aby se analyzovaný oprostil od pochybností o významu té, které situace ze snu. Freud využíval způsobu opakovaného převyprávění snu analyzovaným. Místa, která se neshodují s první reprodukcí, mohou být záchytným bodem při vykládání snu. Podle něj jde totiž o slabá místa snového přestrojení, která analyzovaný chrání pod vlivem odporu. Freud sice nezpochybňuje, že sen po probuzení stále více zapomínáme, současně však dodává: „Vše co bylo ze snového obsahu ztraceno zapomenutím, se často dá znovu vyvolat analýzou.“ (Freud, 1994, s. 317) Zapomínání totiž dle Freudovi teorie souvisí s odporem: „Dosti často se stává, že se uprostřed vykládání najednou vynoří část snu, která je označována jako dotud zapomenutá. Tato část snu, vyproštěná ze zapomenutí, je vždy nejdůležitější; leží na nejkratší cestě k rozřešení snu a byla proto nejvíce vystavena působení odporu.“ (Freud, 1994, s. 317) Freud na otázku: „Co vlastně vůbec umožňuje tvoření snu proti tomuto odporu.“ (Freud, 1994, s. 321) odpovídá tak, že odpor k určitým myšlenkám z bdělého života při snění nezmizel, byl pouze oslaben. K tomuto bychom mohli doplnit ještě tvrzení:

„...hlavní podmínkou tvorby snu je, aby duše byla ve stavu spaní; nyní bychom mohli připojit vysvětlení: stav spaní umožňuje tvoření snu tím, že snižuje nitroduševní cenzuru.“ (Freud, 1994, s. 321) Této teorii lze jen těžko bez hlubších znalostí a vlastního zkoumání oponovat. Necháme tedy hodnocení tohoto na uvážení každého. Vraťme se k teorii splnění přání. Aby mohl Freud tuto teorii lépe obhájit a vyvrátit domněnku, zda ve snu nemůže jít i o jiný psychický proces, objasňuje v první řadě původ vzniku přání následovně. „Je možné, že bylo 1. vzbuzeno ve dne a následkem vnějších poměrů nebylo uspokojeno; 2. vynořilo se ve dne, ale bylo zamítnuto; pak zbývá přání nevyřízené a potlačené; 3. je mimo souvislost s denním životem a patří k oněm přáním, která se v nás probouzejí teprve v noci, vycházejíce z vytěsnění.“ (Freud, 1994, s. 335) K tomuto dodává čtvrtý zdroj, a tím je aktuální přání, čili přání projevující se a vznikající v noci při spánku. Jako příklad uvádí pocit žízně. Nasnadě je upřesnění, zda mají přání z různých zdrojů stejnou schopnost vyvolat sen. Freud rozlišuje dětské sny, jejichž zdroj přání je silně ovlivňován věkem, od snů dospělých, jejichž vytvoření přání ovlivňují myšlenky. Zároveň nepřikládá přílišnou váhu ve dne nesplněnému přání. „Mám za to, že se vědomé přání stane vyvolavatelem snu jen tehdy, když se mu podaří vzbudit nevědomé přání stejného znění a posílit se jím.“ (Freud, 1994, s. 336) Tato nevědomá přání jsou dle Freuda vždy připravena se projevit. Zastává totiž názor: „Přání, které se znázorňuje snem, musí být infantilní.“ (Freud, 1994, s. 336) Ačkoliv totiž může sen na první pohled poukazovat na vědomá přání, svou skladbou nás však může dovést až na stopy k nevědomí. Freud (1994) vlivu z bdělého života přisuzuje větší význam. Nikoliv vědomým nesplněným přáním, ale nevyřízeným problémům, starostem, či silným dojmům, které „...pokračují v myšlenkové činnosti i za spánku a udržují duševní dění v soustavě, kterou jsme nazvali předvědomou.“ (Freud, 1994, s. 337) Pro upřesnění, Freud uvádí teorii dvojího nevědomí. Prvním je nevědomí, které je „nezpůsobilé pro vědomí“ (Freud, 1994, s.369), „je oblastí relativně samostatnou“ (Kratochvíl, 2006, s. 20), a to druhé nazývá předvědomím „proto, že jeho vzruchy mohou dospět k vědomí“ (Freud, 1994, s. 369), „předvědomí se skládá z duševních obsahů, které lze podle potřeby snadno do vědomí vyvolat.“ (Kratochvíl, 2006, s. 20) Dále stanovil následující skupiny myšlenkových hnutí: „1) To, co ve dne nebylo pro nahodilou překážku dokončeno, 2) to, co nebylo vyřízeno nebo rozřešeno pro ochabnutí naší myšlenkové síly, 3) to, co bylo ve dne zamítnuto a potlačeno. K tomu přistupuje mocná skupina 4) to, co bylo ve dne vzbuzeno prací předvědomí v našem nevědomí a posléze skupina 5) lhostejné, a proto nevyřízené dojmy ze dne.“ (Freud, 1994, s. 337) Teorii o splnění přání rozšiřuje Freud o nelibé sny, jenž splňují jakékoliv přání, „...aby snící byl potrestán za vytěsněné, nedovolené přání.“ (Freud, 1994, s. 339). Toto nevědomé přání však nepochází

z vytěsněného materiálu, ale patří k psychickému já. Tvůrcem snu tedy není vytěsněné přání, ale přání proti tomu reagující. Což podle Freuda poukazuje na větší význam já při tvorbě snu, oproti nevědomým, nebo-li vytěsněným přáním. Opomenout bychom neměli ani cenzuru, která je, jak tvrdí Freud, jakýmsi strážcem duševního zdraví. Tento strážce dle jeho slov v noci snižuje svou činnost, čímž se snižuje motilita, a hnutí z nevědomí je pak neškodné. To znamená, že motorický aparát není uveden do pohybu. Například v případě psychózy zůstává motilita zachována, což můžeme považovat za poněkud nebezpečné. Vědomé vzruchy si totiž podmaní předvědomí a to ovládne naše mluvení a jednání. (Freud, 1994)

1.1.1.4 Shrnutí

Pokud bychom se chtěli pokusit o shrnutí Freudova vztahu ke snu, pak nejvhodnějším způsobem je dát prostor Freudovi samotnému. „Sen je plnoprávným psychickým úkonem; jeho hybnou silou je vždy přání, které má být splněno; zastřenost přání a četné podivnosti a absurdnosti snu pramení z vlivu psychické cenzury, kterému podléhal, když byl tvořen; kromě této nutnosti vymknout se cenzuře spolupůsobí při jeho vzniku nutnost zhušťovat psychický materiál, zření k znázornitelnosti smyslovými obrazy...“ (Freud, 1994, s. 325) Dle Freuda bychom mohli vymezit dvě charakterické vlastnosti snu. Jako první uvádí užívání přítomného času, což znamená, že přání se jeví jako splněné. Tou druhou pak je proměna představového materiálu z myšlenek na smyslové obrazy. Tvoření snu usnadňuje předvědomé přání spát, a to pomáhá nevědomému přání. Všechny sny bychom dle Freuda mohli chápat jako sny z pohodlnosti. Totiž zdá se nám, že pijeme, jen abychom zahnali silný pocit žízně a mohli tak pokračovat ve spánku.

„A význam snu pro poznání budoucnosti? Na to nelze ovšem ani pomyslet. Spíše bychom místo toho dosadili: pro poznání minulosti. Neboť z minulosti pochází sen v každém smyslu.“ (Freud, 1994, s. 373)

Na úplný závěr malé doporučení těm, kteří si teskní po málo snové noci. Dle Freuda „...zájem o sen u všech lidí podstatně zvyšuje počet snů, které si po procitnutí vybavují.“ (Freud, 1994, s. 347) Necháme na každém, necht' si zváží, do jaké míry může být toto tvrzení účinkující.

1.1.2 Carl Gustav Jung

1.1.2.1 O podstatě snů

„Samotný obecný výzkum snů je celoživotní práce. Jejich podrobné zkoumání však vyžaduje rozsáhlejší spolupráci.“ (Jung, 1998, s. 220) Nedostatečné zkušenosti z vlastní praxe dle Junga (1998), nemůžou nahradit teoreticky studované kazuistiky. „Pro porozumění snům je proto důležité studovat projevy dětí a primitivních národů.“ (Kratochvíl, 2006, s. 37) Každé vykládání snu je jistým způsobem nebezpečné, z hlediska odkrytí duševních obrazů snícím, který je neobvykle citlivý převážně ke správnému znění výkladu. Při výkladu je nutno nejprve vypátrat, jaký smysl má předmět vyskytující se ve snu, eliminovat tak jeho mnohoznačnost a najít spojitost s minulou zkušeností. Jung přirovnává (1998) svůj postup záznamu kontextu k dešifrování textu, jenž spočívá v zjišťování významového odstínu pomocí nápadů snícím k nápadným detailům snu. Po získaném kontextu následuje vlastní interpretace snu. „Předpokládá psychologické vcítění, kombinační schopnost, intuici, znalost světa a lidí a především specifické vědění, k němuž patří jak rozsáhlé znalosti, tak určitá vnímavost srdce.“ (Jung, 1998, s. 226) Z tohoto vyplývá jedinečnost každého výkladu snů, ke kterému lze dojít pouze pečlivě získaným kontextem. „I když máme na tomto poli velkou zkušenost, musíme znovu a znovu před každým snem připustit, že nic nevíme, a zřící se všech předpojatých myšlenek, abychom se připravili na něco zcela neočekávaného. Jakkoli se sny vztahují k nějak uzpůsobenému vědomí a k určité duševní situaci, jejich kořeny leží hluboko v nepoznatelném temném pozadí fenoménu vědomí. Tomuto pozadí říkáme z nedostatku vhodnějšího výrazu nevědomí.“ (Jung, 1998, s. 226, 227) Jung také připouští (1998) autonomii nevědomí, a to z důvodu mnoha větších či menších odchylek snu od vědomí, které jsou dány potřebou kompenzace nevědomí. „Většina snů má podle Junga kompenzační funkci : pomáhá dostat z nevědomí to, co ve vědomí chybělo.“ (Kratochvíl, 2006, s. 37) Zde Jung (1998) udává tři úrovně kompenzace. „Je-li postoj vědomí k životní situaci ve značné míře jednostranný, staví se sen do protikladu. Blíží-li se stanovisko vědomí relativně středu, sen se spokojí s variantami. Pokud je však stanovisko vědomí adekvátní, pak sen s těmito tendencemi koinciduje a podtrhává je, aniž ztrácí vlastní autonomii.“ (Jung, 1998, s. 227, 228) Jde o to, čím víc si vědomí nevšímá svého nevědomí, tím více se nevědomí ve snu připomíná. Právě tyto neshody mezi vědomým a nevědomým jsou častou příčinou mnoha psychogenních poruch a neurotických symptomů. V mnoha případech však kompenzace funguje ve smyslu autoregulace psychického systému, zároveň je schopna ukázat nový směr ze svízelných situací. Při výkladu několika snů po sobě jdoucích, lze pozorovat určitý vývoj osobnosti, tento

Jung nazývá individuálním procesem. (1998) K procesu individuace dochází ve druhé polovině věku člověka, tedy mezi 35 a 40 lety, což je doba, kdy většina lidí vyřešila své rodinné i pracovní vztahy, avšak ztrácejí nadšení, čím může docházet ke krizím. První polovina života byla zaměřena na socializaci jedince, ve druhé polovině by se měl jedinec zaměřit na vnitřní integraci všech vědomých a nevědomých složek osobnosti. (Kratochvíl, 2006) „V procesu individuace dochází postupně k posunu v archetypech, který má 4 stadia. V prvním stadiu jde o přiznání destruktivních sil v našem stínu...Ve druhém stadiu bychom měli přijmout i rysy opačného pohlaví, tj. animu u mužů a anima u žen. Ve třetím stadiu se vyrovnáváme s moudrým starcem a matkou zemí a ve čtvrtém bychom pak měli dosáhnout svého integrovaného, pravého plného já.“ (Kratochvíl, 2006, s. 38) Pojem individuace je jakýmsi předchůdcem pojmů seberealizace a sebeaktualizace, jež využívají současné humanistické směry.

Jung také rozlišuje (1998) sny na malé, nevýznamné, pocházející z osobní sféry a jež se snadno zapomínají. A sny významné, jež se v paměti uchovávají po mnoho let, a které „obsahují symbolické výtvořky, s nimiž se setkáváme v duchovní historii lidstva“ (Jung, 1998, s. 231), tyto mytologické motivy označuje Jung jako archetypy. Těmto praobrazům snící zpočátku nemůže rozumět, neboť se s nimi ve svém osobním životě nikdy nesešel, jde totiž o jakési obecné ideje. Vyskytují se totiž v podobných formách v každé době, na různých místech, v individuálních snech a fantaziích. „Jejich častý výskyt v individuálních případech i jejich všudypřítomnost v různých etnikách dokazují, že lidská duše je sice částečně jedinečná, subjektivní nebo osobní – ale také kolektivní a objektivní.“ (Jung, 1998, s. 232) Z tohoto důvodu rozlišuje Jung (1998) nevědomí osobní a nevědomí kolektivní, přičemž osobní nevědomí má k vědomí blíže. Kolektivní nevědomí má být tedy hlubší vrstvou, ze které vycházejí významné sny, vyskytující se v důležitých životních etapách, jako je rané dětství, puberta, polovina života a čekání na smrt. „Sen používá kolektivní formy, protože musí vyjádřit věčný, nekonečný a opakující se lidský problém, a nikoli nějakou poruchu osobní rovnováhy.“ (Jung, 1998, s. 233) Archetypy se přitom neobjevují samostatně, ale navzájem se mísí mezi sebou i s individuálními prvky snícího. „K významným archetypům patří persona (maska, role, kterou jedinec hraje na veřejnosti), stín (soubor primitivních impulsů, ale i spontaneity a tvořivosti), anima (ženské prvky v mužské psychice), animus (mužské prvky v ženské psychice, self (celost a integrace osobnosti) aj.“ (Kratochvíl, 2006, s. 37) Archetypům se podrobněji budeme věnovat v následující kapitole.

Konečnou podobu většiny snů rozděluje Jung (1998) do několika fází, které přirovnává k ději v dramatu. První fází je expozice, tj. udání místa, k čemuž se může přidat i

udání jednajících osob. Druhou fází je zápletka, kdy se děj začíná komplikovat. Sen vrcholí třetí, rozhodující fází, jenž označuje kulminaci. Závěrečnou fází je výsledek snové práce, v některých snech však poslední fáze chybí.

1.1.2.2 Nevědomí a archetypy

Jung vnímá sen jako spontánně vznikající psychickou činnost, obsahující obrazy a myšlenky, které nevytváříme vědomě. Chápe sen jako vysoce objektivní přírodní produkt duše, který nás může upozornit na naše nevědomé psychické procesy. (1999) Proto jej využívá jako východisko ve svém psychoanalytickém terapeutickém procesu. Sny neúplně opakují vědomé obsahy. V tomto se ve své podstatě shoduje s Freudem.

Zcela však nesouhlasí s Freudovou teorií, že nevědomí je ovlivňováno infantilními tendencemi. A to z důvodu, že nevědomí by pak obsahovalo jen ty části, které by mohly být vědomé a byly vytěsněny pouze vlivem výchovy. (1999) Tvrdí totiž, že nevědomí obsahuje nejen vytěsněné zážitky, ale i materiály jenž nedosahují prahu vědomí. Dále se domnívá, že nevědomí je aktivní a je koordinováno „s vědomím ve smyslu kompenzačního vztahu“. (Jung, 1999, s. 14) Nevědomí dělí na dvě vrstvy. Tu první označuje jako osobní nevědomí, tu druhou pak nazývá nevědomím kolektivním. Osobní nevědomí se ve snu promítá jako něco, co pochází z naší osobní minulosti. Oproti tomu kolektivní nevědomí, jež je jakousi hlubší vrstvou nevědomí, dává do souvislosti s neosobními obrazy, archetypy. „Tím, že se analýzou stává osobní nevědomí vědomým, uvědomí si jedinec věci, které si u jiných už zpravidla uvědomoval, jen u sebe samého nikoli.“ (Jung, 1999, s. 39) Tímto poznáním se dle Junga stává člověk kolektivnějším. Zároveň je však při rozvoji vlastní osobnosti důležité vytěsnění kolektivní psyché. Jde totiž o to, že „kolektivní psyché obsahuje ctnosti a neřesti“ (Jung, 1999, s. 41) a pokud chce být člověk dobrým, pak musí vytěsnit zlo. Současně je při rozvoji osobnosti nutné důsledné odlišení kolektivního psyché od individua. Kolektivní nevědomí sice rozšiřuje osobnost, stejně tak ji vede do stavu znehodnocení. „Čím menší je společenské těleso, tím větší je záruka individuality jeho členů, tím větší je jejich relativní svoboda, a tedy i možnost vědomé odpovědnosti. Bez svobody nemůže mravnost existovat.“ (Jung, 1999, s. 46) Nejvíce přispívá kolektivnímu, avšak nejvíce ubližuje individuálnímu podle Junga nápodoba. Bez ní by sice lidstvo nemohlo existovat v určitém organizačním řádu, přesto můžeme být svědky jejího zneužívání v kterékoli době.

Zmiňme se nyní o vědomé osobnosti, která je dle Jungova názoru ve své podstatě výřez z kolektivní psyché. Tento výřez nazval personou, neboli maskou, kterou původně nosili herci pro označení jejich role. Tato maska zastupuje právě kolektivní nevědomí a tudíž

individualitu osobnosti pouze předstírá. Při analýze této masky vyplyne na povrch, že to co se zdálo být individuálním, je pouze výtvozem kolektivního psyché. Persona, je tedy jakýmsi kompromisem mezi individualitou a kolektivním nevědomím. Při výběru masky se projevuje právě vlastní Já. A dále: „Analýzou osobního nevědomí je do vědomí přiveden kolektivní materiál současně s prvky individuality.“ (Jung, 1999, s. 51) Jakmile se vynoří individualita a kolektivní nevědomí současně, pak začnou měnit své obrazy. A to kolektivní obrazy, jejichž znakem je dle Junga kosmično či mytologické motivy.

Osvobodit bytostné já od falešných obalů masky a od podmanivé moci nevědomých obsahů lze při psychologickém vývojovém procesu, a tím je individuace. Ta naplňuje člověka osobitostí, a tak se stává tím, kým je.

V čem však spočívá nevědomí? Jung se shoduje s Freudem, že nevědomí je neustále činné, proto je schopné se projevit a ovlivnit převážně snový život. Nevědomé pochody jsou v kompenzačním vztahu k vědomí, vzájemně se doplňují v jeden celek, a tak vzniká úplné bytostné Já. Nevědomí má však oproti vědomí rozdílnou psychologii „nemyslí způsobem, jakým my chápeme myšlení. Vytváří pouze obraz odpovídající stavu vědomí, který obsahuje stejnou měrou myšlenku i cit, a je vším, jen ne racionalistickým produktem uvažování.“ (Jung, 1999, s. 82) Nevědomí je samostatná produktivní činnost. Je schopné reagovat na vědomé obsahy, zároveň mohou být jeho hnacím motivem pudy. Ovšem čím je nevědomí po celý život ovlivňováno? Zastáváme názor, že člověk je od narození ovlivňován nejen vrozeným genovým fondem, stejně tak i výchovou. První sociální vazby vznikají v rodině, s matkou, otcem, sourozenci a dalšími, a právě tito se od počátku podílejí na vytváření osobnosti malého člověka. Jung však tento jev popsal a nazval jej imagem, a to imagem mateřským a imagem otcovským. Toto zmíněné imago vzniká z působení rodičů a ze specifických reakcí dítěte, je tedy jakýmsi obrazem vzájemných vztahů. „Čím je pole vědomí u člověka omezenější, tím více se psychické obrazy (imagines, obrazy) objevují jakoby mimo, buď jako duchové, nebo jako magické potence, které jsou projikovány na živé bytosti (kouzelníky, čarodějnice)“ (Jung, 1999, s. 87) A právě duchové rodičů jsou podle Jungova tvrzení nejdůležitější. Totiž, jak jsme se zmínili, rodiče jsou ti první nejbližší a základní výchovnou jednotou. Od této se v dospělosti odpoutáváme a imaga rodičů jsou stále více z vědomí vytlačována a nahrazována životním partnerem. Pro muže to bývá nejčastěji žena, ta se stává stejně vlivným faktorem jako rodiče, ovšem její imago se již nevytratí, „má se udržet asociováno s vědomím“ (Jung, 1999, s. 89) Žena umí být inspirací, je schopna muže varovat a instinktivně předvídat. Così ženského má však v sobě každý muž, to se nám jeví jako přirozené. Jung však dodává, že právě podle toho si muž vybírá ženu, „tu ženu, která nejlépe odpovídá zvláštnímu druhu jeho

vlastního nevědomého ženství“.(Jung, 1999, s. 89, 90) Současně má každý muž ve svém nevědomí kolektivní obraz ženy, jenž mu má pomoci zachytit podstatu ženy. (Jung, 1999)

Vrátíme se nyní k personě, již jsme předznamenalí co se tímto zamýšlí, ujasníme si tedy, jak ji vnímá Jung. „Persona je komplikovaný systém vztahů mezi individuálním vědomím a společností, případně jakási maska, která má na jedné straně dělat na ostatní lidi určitý dojem a na druhé straně zakrýt pravou povahu jedince.“ (Jung, 1999, s. 94) Masku však nemusíme hned chápat jako přetvářku, jde spíše o určitou sociální roli, kterou si vyžaduje ta která životní situace. Dovolíme si využít známého pořekadla, ševče drž se svého kopyta, neboť jen tomu, kdo svému řemeslu přistupuje odpovědně, je tomu může společnost důvěřovat. Čím dokonaleji se naše maska tváří, tím nedokonalejší jsme pod ní, v našem soukromém životě. Jung upozorňuje (1999) na identifikaci s vlastní sociální rolí, kdy jedinec přenáší své chování „pro společnost“ i do chování v osobním životě. Maska ideálního muže je totiž vnitřně determinovaná ženskou slabostí, tudíž se muž navenek stává uvnitř ženou – animou, která odporuje vnější masce. Anima je tedy postava kompenzující pouze mužské vědomí. Oproti tomu u žen přebírá tuto úlohu mužský charakter – animus. Je všeobecně známo, že ženy jsou více orientovány na osobní vztahy, oproti mužům, kterým je bližší obecný zájem. Anima zpravidla představuje jednu ženu, nejprve je to matka, kterou později, jak jsme již uvedli, střídá životní partnerka. Animus je však jakýmsi shromážděním několika mužů, autorit. Autority v nevědomí ženy shromažďují své úsudky již od jejího dětství. Tyto úsudky se pak projevují jako mínění ve chvíli, kdy chybí vědomý a kompetentní úsudek. „Tato mínění se hned objeví ve formě takzvaného zdravého lidského rozumu, hned ve formě omezených předsudků, hned ve formě principů, které tuto výchovu karikují.“ (Jung, 1999, s. 115)

Pokud se podaří překonat autonomitu animy, může se vymanit vlivu kolektivního nevědomí, tím získá mana-osobnost. Člověk se tak stane významným. Pokud ne, smíchá své já s další nevědomou postavou, kterou je archetyp mocného muže, otcovské imago. Na to, aby se člověk odpoutal od tohoto imaga, se musí já zřici vítězství nad animou a nevědomí tak ztratí rozhodující moc. Současně si musí člověk své nevědomé obsahy uvědomit. (1999) Otázkou pak zůstává, co se stane s mana-osobností. Mana-osobnost totiž podle Junga „odpovídá dominantě kolektivního nevědomí, archetypu, který se v lidské psyché od nepaměti vytvářel z příslušné zkušenosti.“ (Jung, 1999, s. 146) Těmto praobrazům nelze uniknout, pouze změna postoje může zabránit hraní role pod vládou archetypů. Nevědomí však dle Junga není radno si podmanit, takové konání přirovnává (Jung, 1999) k psychickým dietním chybám. Což může vést ke „zničujícím morálním účinkům rušeného nevědomí“. (Jung, 1999,

s. 148) „To, jak se skláníme před zákonem a státem, je pro nás doporučením hodný vzor, jak se obecně stavět ke kolektivnímu nevědomí... Proto je nutno obrátit se do sebe a uvědomit si nikoli to, co bychom měli, ale co můžeme a co musíme.“ (Jung, 1999, s. 150, 152)

Mezi vědomým a nevědomým stojí podle Jungova názoru bytostné Já, nazýváno jako archetyp Self, které je středem mezi oběma světy, charakterizuje jej „jako druh kompenzace konfliktu mezi vnitřním a vnějším.“ (Jung, 1999, s. 155) Vztah mezi já a bytostným Já má percepční charakter, ovšem z tohoto nelze poznat nic bližšího, protože obsahy bytostného Já jsou pro Junga neprozkoumány. (Jung, 1999) Podle něj je však můžeme pozorovat prostřednictvím archetypálních obrazů ve snovém životě, jako snové symboly. Čili symboly vztahující se k uvědomění si bytostného Já. Tyto nazývá Jung symbolikou mandaly. (Jung, 1999) V poznámkách uvádí: „Mandala znamená kruh, také čarovný kruh. Její symbolika zahrnuje všechny koncentricky uspořádané obrazce, každé obíhání kolem středu, ať už v kruhu nebo po čtverci, a všechna paprskovitě seřazená nebo kulovitá uspořádání – abychom zmínili jen ty nejdůležitější podoby.“ (Jung, 1999, s. 276) Mandala se ve snech postupně objevuje stále častěji a výrazněji.

Projevy vědomí i nevědomí jsou příliš nepředvídatelné a rozmanité, proto je potřeba využívat různých způsobů pozorování. Jedním ze způsobů je pochopení kontextu. Jung navrhuje pravidlo, aby každá část snu byla zpočátku vnímána jako neznámá, „teprve po přijetí kontextu je možné pokusit se o výklad.“ (Jung, 1999, s. 59) S kontextem se můžeme snadno seznámit v případě série několika snů, což přináší jakousi pomocnou ruku, na rozdíl od snů izolovaných. (Jung, 1999)

1.1.2.3 Analýza snu a její praktická použitelnost

Abychom mohli pracovat se snem, jako s plnohodnotným projevem nevědomí, musíme nejprve samotné nevědomí uznat. Jung je toho názoru (1998), že prostřednictvím analýzy snu odhalujeme a uvědomuje si nevědomé obsahy, které mají pomoci objasnit příčiny neuróz. Dále, sny jsou bezprostředním výrazem nevědomého duševna, přičemž nevědomí může mít i etiologický význam, tudíž je analýza a výklad snů oprávněný a zároveň připomíná Freudův názor o nutnosti plného uvědomění si nevědomí, bez čehož by samotná terapie pozbývala svého významu. Sám snící musí přistoupit na fakt, že jeho sen popisuje pouze jeho vnitřní situaci, a nelze tedy vědomě popírat jeho skutečnost a pravdivost, v takovém případě by došlo ke kolizi mezi vědomým a nevědomým, současně si musí uvědomit i etiologický faktor, pokud je sen etiologie týká. Otázkou však zůstává, do jaké míry si vystačíme v rámci

terapeutické intervence pouze s výkladem a kdy je zapotřebí využití i jiných terapeutických metod.

Jedním ze základních předpokladů úspěšného výkladu snu, je přiznání terapeuta jeho neporozumění snové situaci. „Navíc je pro lékaře z terapeutického hlediska velmi důležité, aby včas připustil, že nerozumí, protože pro pacienta není nic tak nesnesitelného, jako když ho pořád chápou.“ (Jung, 1998, s. 139) Snící totiž terapeutovi důvěřuje, a pokud se terapeut nezachová profesionálně, protahuje léčbu, kterou nečeká pozitivní výsledek. Významnější pro celý průběh je totiž porozumění pacienta, než-li lékaře. „Porozumění by mělo být mnohem spíše dorozuměním, shodou, která je plodem společné úvahy. Nebezpečné jednostranné porozumění spočívá totiž v tom, že lékař posoudí sen z hlediska předpojatého názoru, což sice ortodoxně souhlasí s nějakým učením...ale nedojde k dobrovolnému souhlasu pacienta, a tudíž je to prakticky nesprávné.“ (Jung, 1998, s. 140) Výsledkem takového přístupu je pak pacientův ochromený vývoj. Aby zmíněná citace nevyzněla poněkud lakonicky, doplňme ještě: „Proto při vlastní analýze snu odhlížím pokud možno od teorie – ovšemže nikoli úplně, neboť trochu teorie potřebujeme stále, abychom mohli věci jasně uchopit. Teoreticky očekáváme, že sen má nějaký smysl. Nelze to totiž dokázat ve všech případech, neboť existují sny, jimž lékař ani pacient vůbec nerozumí.“ (Jung, 1998, s. 142, 143) Dalším předpokladem zdárného průběhu analýzy, je terapeutovo uvědomění si možné sugesce, jedině tak se ji může vyhnout. Sugescie je klamným prostředkem neslučitelný s principem analytického léčení. Jung staví sugesci pod úroveň jiného procesu, a tím je zrání osobnosti. V případě velmi nejasných snů je především nutné zjištění kontextu, to má přednost před porozuměním a výkladem. Zjištění kontextu nemá probíhat metodou volné asociace, ale pečlivým vysvětlením asociačních spojení seskupujících se kolem snového obrazu, jedině tak můžeme pochopit smysl snu a začít se samotným výkladem. Při výkladu příkládá Jung ojedinělým snům malou váhu, oproti sériím snů, kde mohou následující sny napravit omyly ve výkladu snů předchozích. (Jung, 1998)

Již jsme se několikrát zmínili o projevech nevědomí prostřednictvím snů, tyto odhalují složky osobnosti snícího, které se v denním životě mohou projevovat jako neurotické symptomy. Tyto nelze účinně léčit pouze prostřednictvím vědomí, ale je zapotřebí odhalit i složku nevědomí, a nevědomé obsahy asimilovat do vědomí. Nejde však o pronikání jednostranné, ale o vzájemné pronikání vědomých a nevědomých obsahů. (Jung, 1998) „Čím více nevědomí vytěsňujeme, tím je nebezpečnější. Avšak ve chvíli, kdy pacient začne asimilovat dosud nevědomé obsahy, snižuje se také nebezpečí nevědomí. Disociace osobnosti, úzkostné oddělení denní a noční stránky s postupující asimilací přestává.“ (Jung, 1998, s. 148)

Proto můžeme podle Junga (1998) považovat za základní pravidlo nauku o kompenzaci, kdy je vztah mezi vědomým a nevědomým kompenzační a při výkladu snu si tedy můžeme položit otázku: Jaký vědomý postoj sen kompenzuje? Tím dochází Jung k tvrzení, že sen nelze vykládat bez znalosti vědomé situace. Dalším významným prvkem při výkladu je symbol, kdy bychom se neměli vždy striktně držet teoretických archetypálních obrazů. „V praxi je tedy radno věnovat se především významu, který má symbol ve vztahu ke stavu vědomí, tedy zacházet se symbolem tak, jako by neměl ustálený význam. Jinými slovy, musíme se zříci všech předpojatých a nadřazených názorů a raději pátrat, co věc znamená pro pacienta.“ (Jung, 1998, s. 154, 155)

1.1.2.4 Obecná hlediska psychologie snu

Od ostatních vědomých obsahů se sen odlišuje především způsobem svého vzniku, ale i vlastním obsahem, jenž je v protikladu k vědomému myšlení. Přesto bychom měli se snem, zvláště při jeho analýze, zacházet stejně, jako s každým jiným psychickým výtvořem. Jak přičemž musíme mít na mysli, že každý psychický výtvoř je výsledkem nějakého psychického obsahu a zároveň má vlastní smysl a účel. V souladu s tímto kritériem tedy zjišťujeme, z jakých předchozích zážitků se sen skládá, pak můžeme sen psychologicky vysvětlit. Abychom tak mohli učinit, je potřeba si položit otázky typu: K čemu má tento sen sloužit? Proč se zdál tak, jak se zdál? K nalezení odpovědi, je třeba si uvědomit funkci snu, kterou je dle Jungova názoru psychologické vyvažování a vyrovnávání. (Jung, 1998) „Máme-li vysvětlit psychologický fakt, musíme mít na mysli, že psychologická skutečnost vyžaduje dvojí hledisko, a sice kauzální a finální.“ (Jung, 1998, s. 166) Dodejme, jak uvádí Jung (1998), že kauzální přístup tíhne k pevnému významu symbolu, zatímco finální přístup vidí změnu psychologické situace ve změněném snovém obraze. „Nezná žádné pevné významy symbolů. Z jeho hlediska jsou snové obrazy důležité samy o sobě, mají svůj vlastní význam, díky němuž vystupují ze snu.“ (Jung, 1998, s. 172) Z uvedeného vyplývá, že finální přístup je ideálním řešením pro praktickou individuální výchovu.

Jung (1998) ve své klasifikaci snů přiznává existenci typických snů, které však nejsou tak časté a svůj význam při finálním pojetí ztrácejí, oproti Freudově pevnému výkladu symbolů. Podstatně větší význam připisuje Jung typickým motivům ve snech, které umožňují srovnávání s motivy mytologickými. Toto srovnání vede Junga k závěru, že snové myšlenky můžeme považovat za fylogeneticky starší formu myšlení. „Pro sen je příznačné, že se téměř nikdy nevyjadřuje takovým abstraktně logickým způsobem, ale vždy jazykem podobenství nebo přirovnání.“ (Jung, 1998, s. 174) Tímto podobenství má na mysli úsudky, názory,

myšlenky, smyslově názornou podobu a původně nevědomé tendence, jejichž určité obsahy jsou ve snu vybírány v návaznosti na momentální stav vědomí. S tím souvisí i kompenzační funkce snu. „Ačkoli sen přispívá k psychologické autoregulaci tím, že se s sebou automaticky přináší vše vytěsněné, nepovšimnuté nebo nevědomé, není jeho kompenzační význam často na první pohled jasný, protože zatím disponujeme jen velice neúplnou znalostí podstaty a potřeb lidské duše.“ (Jung, 1998, s. 178) V tomto tedy Jung s jistými výhradami souhlasí s Freudem, avšak pojetí o dvojí funkci snu, tedy splnění přání a ochrana spánku, se zdá Jungovi poměrně svazující, avšak základní myšlenka o biologicky kompenzační funkci snu se mu jeví jako správná. Jung vnímá sen jako účelný obranný prostředek psychických funkcí na psychický stav člověka, přirovnává ji k reakci těla na infekce a jiné nemoci či poškození. Sen tak k vědomí připojuje nevědomý materiál uspořádaný do symbolické kombinace. Charakter kompenzace je vždy velice individuální a závisí na mnoha osobnostních vlastnostech jedince. (Jung, 1998) Jung je toho názoru, že se význam nevědomí v psychické činnosti rovná významu vědomí, a proto můžeme souhlasit i s teorií o kompenzaci. Kompenzační funkce však není jedinou a nelze tedy vysvětlovat všechny snové jevy pouze prostřednictvím této teorie. Jung totiž vymezuje dále funkci prospektivní, kterou vnímá jako předčasný výskyt budoucí vědomé činnosti, a sen tak může symbolickým obsahem nastínit řešení konfliktu. Nelze je však považovat za sny prorocké, nemusí totiž odpovídat realitě do všech detailů. Jung však zároveň upozorňuje na možné nebezpečí v případě přeceňování nejen prospektivní funkce, ale i snu samotného, a tak bychom mohli s nadsázkou doplnit lidové rčení, že všeho moc škodí. Abychom mohli určit do jaké míry je vědomý postoj nedostatečný, je potřeba prozkoumat každý případ individuálně, ovšem s ohledem na hledisko kolektivního nevědomí. Sny prospektivního charakteru se však vyskytují převážně u lidí, kteří podle Junga nedostali své vlastní hodnotě. Nevědomí však může mít také negativně kompenzující nebo-li reduktivní funkci. Tato se vyskytuje u osob, jejichž vědomý postoj a výkon překračují individuální možnosti. „ Takto navenek zvýšený výkon přirozeně nepochází z individuálních zdrojů, ale z větší části z dynamických rezerv kolektivní sugesce. Takoví lidé se vyšplhají na vyšší stupeň, který neodpovídá jejich povaze, například působením kolektivního ideálu nebo vábením kolektivního prospěchu či díky podpoře společnosti.“ (Jung, 1998, s. 187) K tomuto vzestupu však došli jen navenek, nikoli v nitru. Reduktivní sny sice mohou působit léčivě, a to v případě, že zasáhnou pouze postoj a ne celou osobnost. Častěji se však chovají jako sny ničivé, znehodnocující. Ke všem dosud uvedeným funkcím doplníme ještě funkci reaktivní, takové sny se vyskytují u psychicky poznamenaných jedinců, Jung jako příklad uvádí těžká traumata za války, či chorobné tělesné stavy. „U takových případů lze velmi často očekávat

čisté reaktivní sny, u nichž je více či méně výraznou determinantou právě trauma.“ (Jung, 1998, s. 191) Jak dále uvádí, je v praxi těžké rozpoznat, zda sen reprodukuje traumatickou situaci pouze symbolicky, přičemž může takové snění při správné analýze okamžitě vymizet, nebo zda se jedná o sen reaktivní ve své podstatě, který však nelze analýzou narušit. (Jung, 1998)

Neméně významným prvkem při rozboru snů je samotná analýza, vyžadující důkladnou znalost celého analytického způsobu nazírání, kterou dle Junga může terapeut získat pouze tím, že se sám nechá analyzovat. Za největší chybu v analytickém procesu považuje Jung terapeutovo očekávání, že analyzand má podobnou psychologii jako on sám. (Jung, 1998) „Od terapeuta Jung požaduje, aby se vciťoval do tajemství nemocného. Domnívá se, že i zdánlivě nepochopitelné chování a bludy schizofreniků jsou reakcemi na lidské citové problémy a mají smysl.“ (Kratochvíl, 2006, s. 38)

Poslední psychologickou překážku, kterou si nyní uvedeme, je problém projekce. Velmi zjednodušeně bychom projekci mohli vnímat jako posuzování druhých osob podle svých osobnostních vlastností, Jung (1998) tvrdí, že člověk vidí své vlastní chyby vždy u protivníka. „Bez ostychu a naivně projikujeme svou vlastní psychologii do svých bližních, ačkoli je tu možnost hrubého omylu mnohonásobně větší než u smyslového vnímání.“ (Jung, 1998, s. 196) Při procesu analýzy je nezbytné, aby se terapeut těmto projekcím vůči snícímu vyvaroval. „Člověk, jenž nemá obvyklou míru sebeuvědomění, se nad své projekce nepovznese, ale většinou se jim poddá, neboť existence těchto projekcí je předpokladem přirozeného duševního stavu. Projekce nevědomých obsahů je něco přirozeného a daného.“ (Jung, 1998, s. 197)

1.2 Humanistické terapie

1.2.1 F. Perls

1.2.1.1 Gestalt terapie

Frederick Perls psychoanalytik a zakladatel Gestalt terapie, převzal název z původní německé školy tvarové psychologie, která experimentovala s percepcí a zdůrazňovala, že psychické zážitky je nutno chápat jako celek. „Gestalt terapie je forma expresivní terapie zaměřená na přítomnost a na prožívání a vyjadřování emocí.“ (Kratochvíl, 2006, s. 82) Základem terapie je uvědomění si pocitů a princip přítomnosti, terapeut tedy klade otázky, jenž jsou v daném čase aktuální. Pozornost je zaměřena na vztah „já“ a „ty“, kdy pacient své

odpovědi směřuje na konkrétní osobu. Nepříjemné pocity se pacient učí vnímat, cítit a následně vyjádřit bez povrchního popisování. „Podle Perlse tu terapeut není proto, aby klientovi něco vysvětloval a činil věci jasnými, nýbrž proto, aby dal klientovi příležitost prožívat.“ (Kratochvíl, 2006, s. 84) Proto se terapeut projevuje v průběhu terapie neobvyklým chováním, čímž má vyprovokovat klienta k odpoutání se od naučených vzorců chování a projevit tak to, co se skutečně odehrává v jeho nitru. Důraz je kladen na individualitu každého člověka, a na odpovědnost pacienta sama za sebe, za vlastní myšlenky, emoce a činy. „Dalším významným pojmem tvarové terapie jsou nedokončené záležitosti, které se vztahují k minulosti a zahrnují nevyjádřené pocity zlosti, smutku, zklamání, strachu či viny.“ (Kratochvíl, 2006, s. 84) Tyto záležitosti pacient zpřítomní a za pomoci terapeuta či skupiny verbálně či verbálně přehraje, tak dojde k jejich dokončení. V rámci skupinové terapie pracuje terapeut v jedné chvíli vždy pouze s jedním členem, ostatní ze skupiny přihlížejí, či jsou v různých situacích žádáni o pomoc. „Gestalt terapie dává zásadně přednost akci před vyprávěním. Při různých podobných konfrontacích dochází často k dramatickým katartickým zážitkům, které terapeut podněcuje, např. vyžadováním, aby pacient opakoval svůj výrok vícekrát, stále hlasitěji a v ostřejší nebo až přehnané formulaci (např. „nenávidím tě“ místo „zlobím se na tebe“).“ (Kratochvíl, 2006, s. 85) Během této konfrontace pacient přebírá plnou odpovědnost za své emoce a rozhodování, terapeut tedy nepřebírá ochrannou roli. Od těchto často tvrdých technik, se v současnosti mnoho ústavů pro Gestalt terapii odklání a začleňují spíše rogersovskou triádu empatie, akceptace a opravdovosti. (Kratochvíl, 2006) V českých podmínkách zajišťuje dění v oblasti Gestalt terapie Český institut pro výcvik v Gestalt psychoterapii, jehož aktivity je možné sledovat na internetových stránkách www.gestalt-dialog.cz.

1.2.1.2 Self, Ego, Id a Osobnost

Perls (Perls, Hefferline, Goodman, 2004) chápe self jako složitý systém kontaktů, nevyhnutelný pro přizpůsobení se složitému organismicko-environmentálnímu poli. „Self lze považovat za něco, co je na hranici organismu, ale tato hranice samotná není izolována od prostředí; kontaktuje prostředí; patří oběma, prostředí i organismu. Kontakt je dotek dotýkající se něčeho. O self nelze uvažovat jako o nějaké fixované instituci; existuje kdekoli a kdykoli, kde skutečně dochází k hraniční interakci.“ (Perls, Hefferline, Goodman, 2004, s. 172) Tento systém kontaktů vždy integruje několik funkcí současně, perceptivně-proprioceptivní, motoricko-muskulární funkce a organické potřeby, bez nichž je vnímaná figura nejasná a rozostřená; člověk se na ní nesoustředí, nestala se totiž předmětem jeho

zájmu. „Jinými slovy: je to smyslový orgán, jenž vnímá, je to sval, jenž se hýbe, je to vegetativní orgán, jenž trpí nadbytkem nebo nedostatkem; avšak je to organismus-jako-celek v kontaktu s prostředím, jenž si uvědomuje, manipuluje, cítí.“ (Perls, Hefferline, Goodman, 2004, s. 173) Self tedy můžeme chápat jako aktivní, kreativní přizpůsobení se, je silou, která vytváří tvar-gestalt v poli. „Krátkce, kde je nejvíce konfliktu, kontaktu a figury/pozadí, tam je nejvíce self; kde je konfluence (splývání), izolace nebo rovnováha, tam je self zmenšené. Self existuje tam, kde jsou měnící se hranice kontaktu.“ (Perls, Hefferline, Goodman, 2004, s. 174) Vlastnosti self se vzájemně propojují. Self je spontánní, takže může být aktivní i pasivní, chtěné i činěné. Spontaneita je na jedné straně záměrností a na druhé straně je uvolněním. Je středního rodu, což vyjadřuje, zda self něco činí, nebo je mu něco činěno. Z tohoto vyplývá, že za základ self můžeme považovat pocity, neboť ty jsou vždy spontánní a středního rodu. (Perls, Hefferline, Goodman, 2004)

Za celkovou funkci self jsou v teoriích abnormální psychologie považovány jeho částečné struktury Ego, Id a Osobnost. „Jako aspekty self v nějakém jednoduchém spontánním aktu jsou Id, Ego a Osobnost hlavními stadii kreativního přizpůsobování: Id je dané pozadí, které se rozkládá do svých možností, včetně organických vzrušení, minulých nedokončených situací...Ego je postupnou identifikací s těmito možnostmi a odcizováním těchto možností, limitováním a narůstáním pokračujícího kontaktu...Osobnost je tou vytvořenou figurou, jíž se self stává a již asimiluje do organismu...“ (Perls, Hefferline, Goodman, 2004, s. 177, 178) Ego se vynořuje jako centrální struktura self. Id je převážně nevědomé. Osobnost je systémem postojů zaujímaných v mezilidských vztazích, je objevována v samotném analytickém procesu.

1.2.1.3 Kritika Freudova výkladu snů

Perls (Perls, Hefferline, Goodman, 2004) nesouhlasí s Freudovým tvrzením o potlačení přání (vzrušení), která považoval za infantilní. Podle Perlse je však toto vzrušení nepotlačitelné, navíc nemusí vycházet jen z infantilních myšlenek, naopak, jsou mnohem obecnější. Stejně tak nesouhlasí s domněnkou, že potlačené obsahy jsou přitahovány nevědomím a procházejí nevědomou cenzurou; naopak podle Perlse (Perls, Hefferline, Goodman, 2004) jsou tyto neslučitelné a potlačení vysvětluje záměrným vytěsněním „...a tím, že self spontánně vytváří figury a pozadí, když se konfrontuje s novými problémy v dřívějších podmínkách...spontánní život je neustále infantilnější, než je dovoleno; ztráta infantilního není organickou změnou, ale záměrným vytěsněním.“ (Perls, Hefferline, Goodman, 2004, s. 232, 234)

Perls (Perls, Hefferline, Goodman, 2004) zastává názor, že sen nezmizí záměrným vytěsněním, nýbrž zmizí v důsledku spontánního syntetizování self. „Naše sny odstrkujeme my sami a ony pak od nás unikají, protože my sami děláme chybu, co se týče povahy věcí; nemůžeme sen podržet, protože jej odmítáme brát jako reálný.“ (Perls, Hefferline, Goodman, 2004, s. 235) Při probuzení dochází k několika změnám najednou, jednak člověk začíná cítit aktivitu, chystá se k pohybu, sny však mohou existovat jen v nehybném stavu, proto sny ustupují; dále probouzení je verbální a abstrakční oproti tomu je sen konkrétní, neverbální, sensorický – eidetický. Všechny uvedené faktory probouzení probíhají velmi intenzivně, proto se sen nevytrácí, spíše rychle uniká a je tedy navždy ztracen. (Perls, Hefferline, Goodman, 2004)

1.2.2 C. R. Rogers

1.2.2.1 Rogersovská terapie

Ve svých teoriích vychází Rogers (1998) z myšlenek britského historika Lancelota Whyteho, Alfreda Adlera, fyzika Fritjofa Capra, filozofa Magohah Murayama, či Ilya Prigogineho. Přístup zaměřený na člověka opírá o svou mnohaletou praxi. Základní hypotézou je tedy následující: „Jedinci disponují ve svém nitru nesmírnými potenciemi sebeporozumění a proměny vlastního sebepojetí, základních postojů a jednání zaměřeného na vlastní self. Tyto možnosti mohou být využity v definovatelné atmosféře, ve které vládou podporující psychologické vztahy.“ (Rogers, 1998, s. 105) Atmosféra však může fungovat pouze za splnění tří základních podmínek, jež jsou použitelné v jakékoliv situaci, jejímž cílem je rozvoj osobnosti. Tedy ve vztahu mezi terapeutem a klientem, rodičem a dítětem, nadřízeným a podřízeným, učitelem a žákem apod. (Rogers, 1998) První podmínkou je autenticita, otevřenost aktuálních pocitů a postojů bez rezervovaného přístupu. „Čím více je terapeut ve vztahu ke klientovi sám sebou, nevypouští žádnou profesionální mlhu a nenasazuje osobní masku, tím větší je pravděpodobnost, že se bude klient proměňovat a růst konstruktivním způsobem.“ (Rogers, 1998, s. 106) Druhou podmínkou je dle Rogerse (1998) bezpodmínečné pozitivní přijetí, akceptace, což zvyšuje pravděpodobnost terapeutického posunu. „Terapeut připustí, aby byl klient právě takovým, jakými jsou jeho aktuální pocity – rozpaky, odpor, strach, zlost, odvaha, láska nebo pýcha. Tento zájem není ze strany terapeuta hodnotící. Terapeut oceňuje klienta úplně a bezpodmínečně.“ (Rogers, 1998, s. 107) Třetí podmínkou je empatické porozumění. Velmi vzácné je opravdové naslouchání a skutečné porozumění druhému, má však silnou moc při podpoře změny osobnosti. „To znamená, že si

terapeut uvědomuje právě ty pocity a osobní významy, které klient prožívá, a toto své porozumění mu sděluje.“ (Rogers, 1998, str. 107) Rogers však sám připouští tuto podmínku za ideální a ne vždy ji lze splnit. K tomu, aby terapie, či jiný proces směřující k pozitivní změně člověka, byl úspěšný, je důležité uvědomit si individuální směřovost a aktualizaci svých možností. Terapeut musí být schopen zajistit podmínky vstřícné individuálnímu vývoji, jen tak může dosáhnout konstruktivních výsledků. (Rogers, 1998)

Mezi základní způsoby vyjádření aktualizační tendence řadí Rogers (1998) například potřebu zkoumání prostředí a navozování jeho změn, potřebu hry a zkoumání sebe sama. Tuto tendenci k aktualizaci, spolu s tendencí naplnění chápe Rogers jako centrální zdroj energie, jenž lidský organismus motivuje ke stálému hledání, objevování něčeho nového, „...podstatou veškeré motivace je směřování organismu k naplnění“ (Rogers, 1998, s. 112), přičemž je vyjádřena širokou škálou vzorců chování a odpovědí na nesčetné množství potřeb.

1.2.2.2 Vědomí

Rogers (1998) vnímá vědomí jako součást rozsáhlé, formativní, tvořivé tendence. „...když člověk žije plně, nestřetává se s žádnými překážkami či zábranami, které by mu bránily v plném prožívání jakýchkoli stavů organismu. Takový člověk směřuje k celistvosti, integraci a jednotnému životu.“ (Rogers, 1998, s. 115) Úroveň vědomí jsou lidé schopni překročit, jak se o tom Rogers sám přesvědčil při práci s klienty v intenzivních skupinách. „Zjišťuji, že když jsem nejbližší svému niternému, intuitivnímu self, když jsem jakoby ve spojení s oním nepoznaným ve svém nitru, když jsem tak trochu ve změněném stavu vědomí, pak se zdá, že všechno, co dělám, je naplněné léčivou silou. V takových okamžicích pouhá má přítomnost přináší druhému úlevu a pomoc.“ (Rogers, 1998, s. 116) Rogers (1998) tak přiznává v procesu terapie přítomnost mystických, nepopsatelných, transcendentních jevů, které pozoroval jako průvodní v přístupu zaměřeném na člověka, a které potvrzuje prostřednictvím poznatků významných osobností z oblasti teoretické fyziky a chemie.

Rogers (1998) spekuluje o možnosti využívání intuitivních a psychických sil, jimž je třeba se mnohé naučit, ať z důvodu stále vzrůstajícího množství důkazů dokazujících skryté schopnosti lidské duše, či z prosté potřeby posunout hranice poznání v oblasti, jež je vědomí skrytá a přinést tak logické a racionální vysvětlení.

1.3. Kognitivně-behaviorální přístupy

1.3.1 Douglas Murdoch, Philip Barker

1.3.1.1 Behaviorální terapie

Společným cílem všech behaviorálních směrů je úprava pozorovatelného chování, přičemž výchozí je předpoklad, že většina lidského chování je naučena podle základních principů učení. Těchto principů využívají behaviorální terapeuti k dosažení zmírnění, či odstranění problémového chování a jeho nahrazení chováním žádoucím. Behaviorální terapie se zaměřuje na faktory, které problém udržují, než na ty, které jej vyvolaly. Problémem je samotné chování, než jeho skryté příčiny. Léčbě pacienta tedy předchází podrobné pozorování jeho chování. (Murdoch, Barker 1995)

Předmětem zájmu behaviorální terapie je vždy chování pacientů, „...znepokojení a starosti, které vyjadřují svým verbálním nebo neverbálním chováním, nebo starosti vyjádřené verbálně či písemně někým jiným (rodiči, příbuznými, představiteli místních úřadů či soudů).“ (Murdoch, Barker 1995, s. 8) Vyléčený pacient se projevuje chováním odpovídajícím daným kritériím, týkajících se různých forem chování, reakcí v psychometrických testech či odpověďmi na klinické otázky.

Význam behaviorální terapie spočívá ve způsobu léčby, kdy se snaží změnit přímo chování, a to jak motorické reakce, tak i verbální vyjadřování. Pro dosažení těchto změn využívají behaviorální terapeutové principů učení klasických, operantních či kognitivních a principů postavených na vědeckém základě, tzn. výsledky musí být měřitelné; vyvozené závěry se musí týkat pouze toho, co bylo pozorováno; přijmout nejjednodušší možné vysvětlení.

Behaviorální terapie se neopírá o jednu svazující teorii, ale funguje na určitých základních předpokladech a principech. Tyto Murdoch a Barker (1996) shrnuli následovně:

- 1) Veškeré chování, s výjimkou toho nejzákladnějšího, je naučené – člověk se tedy rodí jako nepopsaný list papíru, „tabula rasa“, z čehož vyplývá, že neexistují vrozené pudy či instinkty, kromě základních reflexů a lidé jsou tedy produkty svého okolí.
- 2) Maladaptivní chování je naučeno podle stejných principů učení jako adaptivní chování, což vyplývá z prvního principu a jde tak o chování, jež se vyvinulo z neadekvátního působení okolí.

- 3) Maladaptivní chování je možno změnit použitím stejných základních principů učení. Nežádoucí chování má být potlačeno tresty a odstraněním jeho odměn, současně je nutno vytvářet žádoucí reakce formováním a nápodobou.
- 4) Podmínky, které určité chování udržují, nemusí být stejné, jako podmínky, které jej vyvolaly. Z tohoto důvodu se terapie nezaměřuje na minulost, ale na současný stav. Tak je tomu i při léčbě dospělých, kdy se terapeut primárně nezaměřuje na události z dětství, ale na současné okolnosti udržující nežádoucí chování. Zjišťuje se proč toto chování stále trvá, čím je udržováno, zda přináší klientovi zisky, či jistou formu úniku ze situace a hledá možná řešení jak změnit daný stav a okolní podmínky, eventuálně klienta samotného.

Murdoch a Barker však nepopírají významnou roli biologických a genetických vlivů, přesto zastávají názor, že okolní prostředí určuje, do jaké míry a v jaké formě se vrozené rysy projeví.

1.3.2 Aaron Těmkin Beck

1.3.2.1 Kognitivní terapie

Kognitivní terapii vypracoval Beck na základě klinických pozorování depresivních pacientů a následného zjištění negativních předsudků v jejich myšlení a snech. Tyto negativní myšlenky nazývá Beck jako automatické myšlenky, které se pacientovi samy nabízejí, a které pak terapeut učí pacienta poznávat, označit je, podrobit kritice a postavit proti nim přiměřené pozitivní myšlenky. Základem terapie je tzv. sokratovský dialog, kdy terapeut nenabízí pacientovi dobré či špatné názory, ale klade mu otázky týkající se smyslu, užitečnosti a důsledků jeho názorů. Otázky jsou kladeny stylem, aby pacient sám mohl dojít k logickým závěrům, terapeut jen pomáhá objevovat nové poznatky. (Kratochvíl, 2006) Pacient si své automatické myšlenky a způsob, jakým je zpracovává, může zaznamenávat i doma, a to například na předtištěné formuláře s následujícími rubrikami: „a) situace, v nichž se myšlenka objevila, b) obsah myšlenky, c) pocity, které provázely objevení se myšlenky a d) racionální zpracovávání myšlenky.“ (Kratochvíl, 2006, s. 72) Terapeut současně učí klienta překonávat tendence k nečinnosti prostřednictvím písemného denního programu, upraveného podle možností pacienta. Důraz je přitom kladen na prožívání radosti ze splnění každého úkolu. Kognitivní terapie byla primárně určená k léčbě unipolární nepsychotické deprese, později se začala využívat i při léčbě dalších emočních poruch, poruch osobnosti, závislostí či při řešení

manželských problémů. (Kratochvíl, 2006) Účinnost kognitivní terapie při zmírnění příznaků spočívá ve změně myšlení pacienta. (Beck, 2005)

1.3.2.2 Srovnání s psychoanalýzou

Beck (2005) uvádí několik oblastí, v nichž se kognitivní terapie překrývá s psychoanalýzou. Základem obou přístupů je introspektivní pozorování klientových vlastních myšlenek, pocitů a přání a jejich následné popsání, tak aby se s nimi terapeut seznámil a pochopil je. Oba přístupy usilují o odhalení významů, které lidé připisují svým vnitřním prožitkům, svému okolí a jiným lidem. Zároveň se snaží o dosažení strukturální změny. Předpokládají totiž, že trvalá změna patologických reakcí pacienta je možná pouze při hlubší změně osobnosti, na rozdíl od pouhého přeučení, jak to provádí behaviorální terapie. Jde tedy o reorganizaci struktury osobnosti tak, aby byl pacient schopen lépe zvládat své potíže i vnější nároky. V průběhu kognitivní terapie se daleko více klade důraz na určení a zkoumání chybné kognitivní reakce – automatické myšlenky. Další rozdíl spočívá v tom, že kognitivní terapie se zabývá tím, co může přímo odvodit z vědomé zkušenosti, nehledá skryté významy v myšlenkách jako psychoanalýza, což přináší snazší pochopení pro terapeuta i klienta a současně i úsporu času. Další rozdíl mezi těmito směry vidí Beck v možnosti vědeckého zkoumání při kognitivní terapii a v jejím snadném osvojení si novými terapeuty, kognitivní terapie totiž využívá při popisu lidské povahy běžně užívané pojmy. „Kognitivní terapie považuje uvědomování za kontinuální jev, nikoli za dichotomii, oddělující vědomé a nevědomé zážitky...Na rozdíl od psychoanalýzy je kognitivní terapie pro pacienta snadno pochopitelná, pro výzkumníka ověřitelná, pro studenta naučitelná a z hlediska peněz a času ekonomická.“ (Beck, 2005, s. 226)

Ve své praxi se Beck často setkával s depresivními pacienty, a podle jeho systematických studií, popisují tito pacienti mnohem častěji sny s negativním koncem, než pacienti nedepresivní. Typickým obsahem snu je sám pacient, který v něm vystupuje jako ztroskotanec prožívající ztrátu blízké osoby, hmotného předmětu či vlastního sebevědomí. Depresivní pacienti také mají tendence typicky zkreslovat své zážitky, neúspěchy či odmítnutí se sklony k přehánění významu událostí, které je ukazují v negativním světle. Tato zkreslení skutečnosti se podle Becka (2005) podobají těm, které se objevují v jejich snech.

1.3.3. Petr Možný, Ján Praško

1.3.3.1 Kognitivně-behaviorální přístupy

Druhá polovina sedmdesátých let přinesla integraci dvou terapeutických směrů, kognitivního a behaviorálního, jejichž metody a postupy se vzájemně velmi dobře doplňují, a které se plně začalo rozvíjet v průběhu osmdesátých let. Behaviorální terapie poskytla novému směru vědecké metody, „tj. podrobnou analýzu a sledování podnětů, které předcházejí a následují zkoumaný problém, měření sledovaných aspektů chování a kvantitativní hodnocení změn dosažených během terapie.“ (Možný, Praško, 1999, s. 23) Kognitivní terapie přispěla obsahem, rozšířila tak novou terapii „o další sledované aspekty, které umožnily lépe porozumět problému a předvídat účinek terapie.“ (Možný, Praško, 1999, s. 23) Sloučení obou terapií umožnilo jejich využití při léčbě mnoha psychických poruch. Možný a Praško (1999) popisují praktické uplatnění kognitivně-behaviorální terapie např. při léčbě sociální či specifické fobie, panické či úzkostné poruchy, posttraumatické stresové poruchy, hypochondrie, depresí, poruchy příjmu potravy, poruchy osobnosti, schizofrenie, ale i při řešení manželských a partnerských problémů, problémů u dětí a dospívajících, při léčbě ze závislosti na alkoholu a drogách či somatických poruch. Kognitivně-behaviorální terapie se podobně jako jiné stále vyvíjí, zkoumá nové možnosti analýzy různých psychických poruch a hledá pro ně účinné terapeutické postupy.

Možný a Praško (1999) uvádějí základní rysy kognitivně-behaviorální terapie (KBT), na nichž se shoduje většina terapeutů hlásících se k KBT:

1. je krátká a časově omezená – závisí na potřebách klienta, obvykle 20 sezení, 1-2x týdně, trávající 60-90 minut;
2. je strukturovaná, terapeut je aktivní a direktivní – program je předem dohodnutý, terapeut diskutuje s klientem o jeho názorech, dává mu domácí úkoly;
3. opírá se o vztah otevřené aktivní spolupráce mezi klientem a terapeutem – terapeut otevřeně informuje klienta o svých hypotézách, smysl jednotlivých metod, klient má být aktivní při plnění úkolů, zaujímá roli experta na své potíže; nezbytná je vzájemná důvěra ve vztahu klient a terapeut;
4. vychází z teorie učení a z teorií kognitivní psychologie – použití jednotlivých metod vychází z individuálních potřeb klienta;
5. zaměřuje se na přítomnost – součástí jsou informace o okolnostech, za kterých se problém poprvé vyskytl; podrobná analýza se zaměřuje na okolnosti současné, jsou přístupné pro pozorování a tudíž spolehlivě ověřitelné;

6. zaměřuje se na konkrétní a jasně definované problémy – pro zahájení terapie je významné problém pojmenovat a jasně popsat v pojmech zjevného pozorovatelného chování a určit jeho rozsah;
7. stanovují se konkrétní, funkční cíle – před zahájením terapie stanovuje terapeut s klientem jakého cíle chce být schopen dosáhnout, tento se musí opět jasně popsat, tak aby byl cíl funkční a ekologický; je možné určit více cílů;
8. zaměřuje se na pozorovatelné chování a vědomé psychické procesy – nevědomé procesy lze odvodit pouze na základě podrobného zkoumání zjevného chování a vědomých psychických procesů;
9. uplatňuje vědeckou metodologii – každá terapie začíná pozorováním a zaznamenáváním konkrétních typů chování souvisejících se zkoumaným problémem; opakovaně se zjišťuje frekvence, doba trvání a intenzita, na základě tohoto měření se vytváří hypotéza o vztazích mezi těmito faktory, která se během terapie ověřuje;
10. jejím konečným cílem je dosažení soběstačnosti klienta – klient získává znalosti o svém problému, dovednosti a prostřednictvím zažitých úspěchů i vyšší sebedůvěru a sebehodnocení vlastní zdatnosti; na konci terapie je tedy schopný sám se svým problémem pracovat a zvládnout jej.

2. EXPRESIVNÍ TERAPIE

V současné době se expresivní terapie využívají převážně v oboru speciální pedagogiky, v praxi se proto s nimi můžeme setkat ve školách, školských zařízeních a v jiných institucích zabývajících se edukací osob se zdravotním, psychickým, sociálním či kulturním znevýhodněním. Spolu s činnostní a pracovní terapií, terapií hrou, psychomotorickou terapií a s animoterapií tvoří základní skupinu speciálněpedagogických terapií. Tyto v průběhu svého vývoje prošly řadou změn a diferenciací a dodnes se vyvíjejí. Jednou z výchozích oblastí těchto terapií je psychoterapie. Dovolíme si nyní použít definici podle Prochasky a Norcross, již uvádí ve své publikaci i Müller. „Psychoterapii lze přesněji definovat 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.“ (Müller, 2007, s. 15) Z tohoto je zřetelný soulad se záměrem speciálně pedagogických terapií. Nyní je zcela na místě zdůraznit nezbytnost odborné kvalifikace jednotlivých terapeutů, a to jak formou příslušného vzdělání, tak účastí dlouholetých výcviků či počáteční supervizi.

Zmíňme se však krátce, pro lepší pochopení souvislostí mezi speciální pedagogikou a psychoterapií, o jednotlivých psychoterapeutických směrech, které se dlouhodobě vyvíjeli až do dnešní podoby. Využijeme výčet těchto škol podle Vymětala, jež uvádí Müller (2007):

- **humanistický směr** – důraz klade na lidskou jedinečnost, svobodu a odpovědnost za své chování, vztah mezi terapeutem a klientem je nedirektivní, kdy terapeut nevystupuje jako odborník, ale jako člověk;
- **hlubinná, dynamická psychoterapie** – připisuje velký význam nevědomým procesům v lidské psychice, vnitřním psychickým konfliktům a vývoji v dětství, terapeutický vztah je spíše direktivní, terapeut analyzuje klientovo nevědomí a společně hledají vysvětlení a řešení situace;
- **kognitivně-behaviorální** – opět spíše direktivní vztah, kdy terapeut se svými pokyny a převýchovou snaží o žádoucí změnu chování klienta;
- **směr sugestivních a hypnoterapeutických přístupů** – prostřednictvím direktivních a manipulativních technik za určitých pravidel terapeut ovlivňuje klienta v jeho prospěch;

- **relaxační psychoterapie** – jsou ovlivňovány psychické funkce klienta prostřednictvím tělesných cvičení, mohou být i regulovány fyziologické procesy, a to působením na psychiku klienta;
- **směr systémových, systemických a komunikačních přístupů** – vychází z celku, který má tvořit rodina, proto se využívá v rodinné či párové terapii;
- **transpersonální psychoterapie** – navazuje na humanistický směr v kombinaci s východní filozofií, šamanismem či psychoanalýzou, pro změnu vědomí a uvolnění nevědomí využívá různých cvičení;
- **integrativní směr** – kombinací jednotlivých směrů vytváří nové modely psychoterapie.

Výše uvedené poznatky psychoterapeutických směrů pak podle svého zaměření jednotliví terapeuti propojují do své terapeutické praxe. Kromě psychoterapie mohou být dalšími důležitými východisky taktéž poznatky z psychologie, pedagogiky, medicíny, sociologie, filozofie, či z práva a kulturní antropologie. Jak uvádí Müller (2007), neméně významné jsou i poznatky z oborů lidské činnosti, jako jsou umění a hra.

Již z názvu expresivní terapie vyplývá, že hlavním nástrojem těchto terapií je výraz, vyjádření. Jde tedy o terapie v nichž se jednotlivci vyjadřují prostřednictvím různých výrazových technik, jejichž výběr záleží na zaměření toho, kterého terapeuta. Jde o tyto expresivní terapie – arteterapie, dramaterapie, teatroterapie, biblioterapie, muzikoterapie, taneční terapie. Blíže se s nimi seznámíme v rámci následujících podkapitol.

2.1 Arteterapie

2.1.1 Vymezení a teoretická východiska arteterapie

Arteterapii můžeme vnímat v širším smyslu, kdy do sebe zahrnuje většinu expresivních terapií, muzikoterapii, dramaterapii, biblioterapii, taneční terapii, teatroterapii a arteterapii v užším slova smyslu. Poslední zmíněnou se budeme zabývat právě nyní, jedná se o léčbu prostřednictvím výtvarného umění.

Šicková vymezuje (2002) arteterapii receptivní, tedy takovou, kdy klient vnímá terapeutem záměrně vybrané umělecké dílo. „Znamená to, že divák promítá své vlastní emoce do uměleckého díla. Může takto objevit duchovnost, životní sílu, smutek nadějí.“ (Šicková, 2002, s. 30) Druhou formou má být arteterapie produktivní, kdy klient v terapii využívá konkrétních výtvarných činností, např. modelování, kresba, malba apod.

Šicková uvádí názor Slavíka: „Prvořadým cílem není vytvoření uměleckého díla, ale prostřednictvím sebevyjádření, rozvíjení tvořivosti, schopnosti komunikovat a zpracováním osobně významného tématu dosáhnout odstranění nebo zmírnění těžkostí nemocného člověka.“ (Šicková, 2002, s. 31) Jak dále sama uvádí, v arteterapii je rozhodující proces tvorby a cílenost aktivity, vedená profesionálním arteterapeutem.

V úvodu kapitoly jsme se zmínili o výchozích oborech expresivních terapií obecně. Doplňme tedy jen pro arteterapii další výchozí obory a tím je podle Šickové (2002) teorie umění, teologie a dle její praxe také terraterapie. Poslední zmíněná je založena na práci s hlínou, kdy klient modelováním dává svým potížím plastickou podobu. Během procesu terapie může své „plastické“ problémy dále přetvářet a upravovat, čímž dochází i k odhalení a vypořádání se s problémem i po psychické stránce.

Šicková dále uvádí (2002) tři trendy arteterapie, od nichž se odvíjí i využití příslušné psychoterapeutické školy:

1) První trend, s důrazem na diagnostické možnosti arteterapie a interpretace výtvarných produktů klienta, vychází z dynamické psychoterapie. Zde je podle Freudova vzoru důraz kladen na rané dětství, sexualitu a volné asociace. Ve svých technikách tedy využívají volnou asociaci a výklad snů. Oproti tomu Jung vychází z vlivu archetypů kolektivního nevědomí na vědomí a nevědomí jednotlivce. „Podle jeho názoru sny a obrazy v sobě nesou terapeutický potenciál.“ (Šicková, 2002, s. 36) Adler zastává názor, že základ zdravé psychiky jedince spočívá v uspokojování potřeby sebeuplatnění a touhy po moci. Z výtvarné produkce pak diagnostikuje pocity méněcennosti a nízkého sebehodnocení. V terapeutickém procesu pak má klient možnost zažívat pocity úspěchu a posílit tak své sebevědomí. (Šicková, 2002)

2) Druhý trend označuje Šicková jako „art for therapy“, tedy umění pro terapii, kdy je sama výtvarná produkce pro terapeutické účely plnohodnotná, bez ohledu na interpretaci a diagnostiku. Svá východiska nachází ve fenomenologii, „podstatou věcí, fenoménů, není to, co vnímáme smysly, ale to, co můžeme odhalit duchovním zrakem, nahlížením na podstatu věcí pomocí intuice. Fenomenologie je filozofií hodnot.“ (Šicková, 2002, s. 36, 37) Z fenomenologie vychází gestalt psychologie, která zdůrazňuje chápání jevů jako organického celku. „K adekvátním znalostem o celku můžeme přijít jen přes pozorování celku samého...Tvarová terapie nabízí techniky tady a teď, zážitek a verbální i neverbální sílu. Její principy jsou aplikovatelné v arteterapii.“ (Šicková, 2002, s. 37) Jak uvádí Šicková (2002), podle F. Perlse vychází tvarová terapie ze dvou nástrah. Tou první jsou traumatizující vzpomínky na minulost, druhou je úzkostné očekávání budoucnosti. Cílem terapeuta je tedy odpoutání klienta od potíží a pochopení jeho současné situace. Kromě fenomenologie a

tvarové psychologie, vychází druhý trend také z psychologie humanistické. Tato přistupuje k člověku, jako k jedinečné a výjimečné bytosti. Terapeut vytváří klientovi optimální podmínky pro nalezení řešení svých potíží a do tohoto procesu nevstupuje.

3) Třetí trend využívá směrů a metod předcházejících dvou trendů a jejich spojením vytváří zcela nové přístupy.

2.1.2 Arteterapeut

Ve Spojených státech jasně formulovala požadavky na vzdělávání a etické standardy arteterapeutů Americká asociace arteterapie. Hlavním požadavkem je zde vzdělání vysokoškolské. (Šicková, 2002) V České republice je obor arteterapie stále poměrně mladý. V současné době pracuje na ucelené koncepci pro vzdělávání arteterapeutů Česká arteterapeutická společnost. Východiska arteterapie předpokládají pro terapeutovu činnost znalosti z oblasti psychologie, psychiatrie, speciální pedagogiky, antropologie a dalších. Hlavním by mělo být vzdělání v oboru umění (dějiny umění, teorie a psychologie umění, estetika) a v oboru terapie. Šicková také uvádí názor Koblicové: „žádný skutečně kvalitní arteterapeut se kromě teoretického studia arteterapie neobejde bez zážitkového výcviku a bez supervize.“ (Šicková, 2002, s. 58) Neméně důležité jsou také osobnostní předpoklady, jako je empatie, schopnost improvizace, předvídání jevů, propojování informací a intuice. Dále podle Šickové (2002) má terapeut v praxi sledovat jasný terapeutický a diagnostický cíl. Měl by být také schopný vytvářet atmosféru důvěry, pomáhat klientovi v překonávání překážek a současně povzbuzovat v samostatnosti. Neméně důležitým předpokladem je i vysoký etický kodex. Tento v květnu 2004 oficiálně stanovila již zmíněná Česká arteterapeutická asociace (ČAA), v němž udává odbornou kompetenci arteterapeuta, důvěrnost, odpovědnost vůči klientům, odpovědnost vůči profesi, studentům a osobám v supervizi, odpovědnost vůči účastníkům výzkumu a další. ČAA dále stanovila standardy vzdělávání v arteterapii a vydala Stanovy České arteterapeutické asociace. (www.arteterapie.cz)

2.1.3 Klient

„Arteterapie je efektivní léčbou u jedinců s vývojovým, tělesným, mentálním, sociálním postižením, s tělesnou vadou nebo duševní nemocí apod.“ (Šicková, 2002, s. 61) Její využití je možné u klientů všech věkových kategorií. Arteterapeutické metody se aplikují převážně u dětí, dospívajících, dospělých a seniorů se sociálními problémy, s duševní poruchou či nemocí, s mentálním postižením, s poruchou autistického spektra, s tělesným či smyslovým postižením, ale i příslušníků pomáhajících profesí .

2.1.4 Cíle arteterapie a arteterapeutický vztah

Cíle arteterapie nejčastěji vycházejí ze situací a potřeb klientů s ohledem na jejich věk. Šicková uvádí (2002) obecné dělení cílů podle Marian Liebmanové na individuální (poznávání vlastních možností, přiměřené sebehodnocení, celkový rozvoj osobnosti, růst osobní svobody, uvolnění) a sociální (vnímání, přijetí a uznání hodnoty druhých, navázání kontaktů, spolupráce, komunikace). Dále cíle arteterapie u dětí podle Benderové: „pomáhat při navození kontaktů s dítětem, umožňovat nahlédnutí do jeho nevědomého života, snižovat jeho agresivní a sexuální napětí, vytvářet prostor pro vyjádření impulzivní motorické aktivity dítěte, umožnit mu experimentovat s formou, napomáhat socializaci, podporovat integraci osobnosti, formulovat hodnotnou klinickou zprávu o dítěti.“ (Šicková, 2002, s. 62)

V rámci arteterapie dospělých pak Šicková (2002) uvádí budování odpovědnosti za vytváření vlastního života. Společným cílem pro všechny věkové kategorie má být rehabilitace narušených přirozených dispozic člověka, jako je schopnost komunikace se sebou a se svým okolím, smysluplné prožívání a chápání života.

„Ve vztahu má dominovat důvěra, rovnocennost a úcta k člověku, s nímž pracujeme, snaha prožít jeho úhel pohledu.“ (Šicková, 2002, s. 59) Spolupráce může být různě dlouhá, ovšem hlavním cílem by mělo být nahrazení nepříznivého chování a vztahů, za takové, které budou klienta pozitivně naplňovat. Současně se klient učí přijímat zodpovědnost sám za sebe, přičemž je mu terapeut nápomocen, stejně jako při procesu porozumění a začlenění. Arteterapeut klientovi pomáhá dívat se na sebe jinak než doposud, vytvořit si nadhled, akceptovat nejen své pocity, ale i názor druhých, zvýšit sebedůvěru, a to vše prostřednictvím vlastní umělecké tvorby. (Šicková, 2002)

Míra aktivity arteterapeuta v terapeutickém procesu by se měla odvíjet od dané situace, problémů a schopností klienta. Do klientova díla nikdy nezasahuje bez jeho svolení.

2.2 Dramaterapie

2.2.1 Vymezení a teoretická východiska dramaterapie

Dramaterapii řadíme mezi tzv. paradivadelní systémy, jejichž podstatou je využívání divadelních prvků pro nedivadelní účely. Tyto systémy dělí Valenta (2001) na dvě skupiny:

1) První skupinou je divadlo (drama) v edukačním procesu, do něhož můžeme zařadit dramatickou výchovu, která směřuje k psychologickým a pedagogickým cílům a není tedy určena k předvádění, a divadlo ve výchově, v němž účinkují profesionální herci za účelem výchovy a vzdělávání publika.

2) Druhou skupinu představuje divadlo (drama) v procesu terapeutickém (léčebném). Původní formou je psychodrama, jehož zakladatelem je L. Moreno a využívá pěti základních prostředků (jeviště, klient představující sám sebe, terapeut - režisér, ostatní klienti či terapeuti v rolích pomocných herců a publika). „Psychodrama je dramatická improvizace zaměřená k terapeutickým účelům, kdy klient dramatizuje svoje zážitky, přání, postoje a fantazii...směřuje k vytvoření modelu skutečnosti...pomáhá pochopit vlastní reakce a umožňuje tak korigovat emoce.“ (Valenta, 2001, s. 12) Prostřednictvím psychodramatu lze proniknout do minulých zážitků a odhalit tak traumatizující zkušenosti, proto se psychodrama zaměřuje převážně na řešení osobních problémů klienta. Obměnou psychodramatu je psychomelodrama, využívající v průběhu psychodramatické hry hudbu. Dále může psychodrama zaměřeno na přehrávání sociálních vazeb, v této podobě je nazýváno sociodramatem. Dále do skupiny terapeutických systémů řadí Valenta (2001) psychopantomimu (psychogymnastika), jejíž podstatou je neverbální vyjadřování prostřednictvím pantomimy. Jako poslední uvedme teatroterapii, o níž se podrobně rozepíšeme v následující kapitole této práce.

Nyní přistupme k samotné dramaterapii, ta se v polovině 90.let vyčlenila z psychodramatu. Valenta uvádí definici podle Britské asociace dramaterapie: „Dramaterapie pomáhá uchopit a zmírnit sociální a psychologické problémy, mentální onemocnění i postižení a stává se nástrojem zjednodušeného symbolického vyjadřování, díky němuž jedinec poznává sám sebe, a to prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální i nonverbální složku komunikace.“ (Valenta, 2001, s. 15) Doplníme ještě ze slovenského vymezení, že dramaterapie využívá dramatické struktury se speciálním cílem v určitých improvizacích „tady a teď“, v rámci individuální či skupinové práce, k získávání vnitřní motivace, vedoucí k integraci. (Valenta, 2001)

Pro snadnější orientaci se pokusíme uvést hlavní rozdíly mezi psychodramatem a dramaterapií podle Valenty (2001) v přehledné formě:

DRAMATERAPIE	PSYCHODRAMA
-převážně aktivita a dynamika skupiny	- zaměřeno na potřeby jedince
- pracuje se znaky a metaforami, je kreativní	- pracuje s reálnými problémy klienta, hledá nové životní postoje
- dramaterapeutické lekce jsou řízeny volně, založeny na tématech volné asociace	- téma se odvíjí od vzpomínek, snu či představ klienta

- využívá více divadelních prostředků, převážně rolové hry (hraní jiných postav)	- využívá tradiční postupy L. Morena – hraní vlastní role, zrcadlo, alter ego (dvojník představující vnitřní hlas protagonisty), výměna rolí pouze za účelem vcítění se do myšlení druhého
- terapeut se objevuje v různých rolích a klienta vede pomocí improvizace, která je základem dramaterapie	- terapeut zůstává mimo hereckou roli a zasahuje pouze jako režisér

2.2.2 Dramaterapeut

Valenta uvádí (2001) využití dramaterapie v rámci profesí, jakými jsou psychologové, speciální pedagogové, psychiatři a další odborníci působící v oblasti prevence sociálně patologických jevů. V současné době sdružuje dramaterapeuty v rámci České republiky Asociace Dramaterapeutů ČR, jejímž hlavním posláním je podpora vzdělání, osobního i profesního růstu dramaterapeutů a uznání a registrace profese dramaterapeut-ka. Neméně významným cílem je rozvoj a propagace dramaterapie a její profesionalizace. Asociace stanovila v letech 2008-2009 Etický kodex Asociace Dramaterapeutů ČR, který má sloužit jako ukazatel všem dramaterapeutům při jejich dramaterapeutické činnosti. Zaměřuje se na vnitřní principy jednání dramaterapeuta jako osoby, je strukturován do deseti článků, které mimo jiných udávají: profesní odpovědnost dramaterapeuta, způsobilost k výkonu dramaterapie, pravidla důvěrnosti a ochrany dat, profesionalitu ve vztazích, finanční vyrovnání a další. (http://www.adcr.cz/wordpress/?page_id=132)

2.2.3 Klient

Dramaterapeutické prvky lze aplikovat u široké klientely. Za největší skupinu považuje Valenta (2001) jedince s mentálním postižením či s poruchou autistického spektra, dále pacienty psychiatrických klinik, mládež se specifickými vývojovými poruchami učení a chování a s jinými poruchami chování a mladí lidé ohrožení sociálně patologickými jevy, gerontologičtí klienti a také lidé ve výkonu trestu. Není vyloučeno využití dramaterapie u jedinců se smyslovým či tělesným postižením. (Valenta, 2001)

2.2.4 Cíle dramaterapie

Dramaterapeutické cíle vyplývají převážně z postižení a věku klientů u nichž je dramaterapie aplikována. Valenta (2001) uvádí: „Významná kalifornská dramaterapeutka Renée Emunah (1994) staví následující nespecifické cíle dramaterapie:

- zvyšování sociální interakce a interpersonální inteligence;
- získání schopnosti uvolnit se;
- zvládnutí kontroly svých emocí;
- změna nekonstruktivního chování;
- rozšíření repertoáru rolí pro život;
- získání schopností spontánního chování;
- rozvoj představivosti a koncentrace;
- posílení sebedůvěry, sebeúcty a zvyšování intrapersonální inteligence;
- získání schopnosti poznat a přijmout svoje omezení i možnosti.“ (Valenta, 2001, s. 19)

Doplňme ještě poznatky R. Emunahové, jež uvádí Valenta (2007): „Výsledky experimentů dokazují, že vliv snů na mozek i tělo může být zcela ekvivalentní s vlivem skutečného chování jedince. To co děláme ve snech nás může podvědomě hluboce ovlivnit stejnou silou, jako to, co děláme v našem běžném životě.“ (Valenta, 2007, s. 31)

2.3 Teatrot terapie

2.3.1 Vymezení a východiska teatrot terapie

Teatrot terapie se od ostatních expresivních terapií liší zejména tím, že od počátku terapeutického procesu směřuje divadelnímu představení před publikem, tímto se tedy nejvíce ze všech expresivních terapií přibližuje umění. Základním cílem však zůstává léčba klientů v průběhu přípravy na závěrečné vystoupení. „Teatrot terapií rozumíme celý složitý proces přípravy a interpretace divadelního představení, který zahrnuje nejen samotné herce, ale i scénáristy, dramaturgy, hudebníky, skladatele, zvukaře, osvětlovače, kulisáky, malíře, švadleny aj.“ (Polínek in Müller, 2007, s. 137) Díky tomu je celý terapeutický proces rozmanitý v činnostech a sociálních vztazích.

Jak uvádí Polínek (in Müller, 2007), kořeny teatrot terapie sahají k počátkům lidské společnosti, jako samostatná vědecká disciplína se však formuje od 80. let 20. století. Prvním impulsem pro vznik teatrot terapie byl film dokumentující divadlo herců s mentálním postižením při přípravě představení *Madame Butterfly* a následného vystoupení. V současné

době „existuje snad tolik přístupů, kolik je odborníků v této oblasti“ (Polínek in Müller, 2007, s. 138) bez vlastní teoretické základny, využívají teatroterapeuti převážně poznatků z vlastní praxe, ale i z oborů speciální pedagogiky, psychologie, terapie, umění, psychiatrie a dalších. V našich podmínkách existuje velmi málo zařízení, která účelně využívají teatroterapie v rámci služeb klientům, převládají tak ojedinělé projekty. Ze zahraničí zmiňme téměř profesionální divadelní soubor Maatwerk z Rotterdamu v Nizozemí, v jehož činnosti převládá umělecký efekt. Jedná se o specifický druh umění tzv. Art Brut neboli Outsider Art (Polínek in Müller, 2007). Většina uměleckých souborů však existuje jako součást speciálních zařízení, u nás například Bohnická divadelní společnost.

2.3.2 Terapeut

V českých podmínkách není obor teatroterapeut legislativně zakotven, většina těchto terapeutů tedy působí jako speciální pedagogové, psychologové, vychovatelé, zdravotní pracovníci či režiséři, scénáristi, herci. Tento obor lze studovat pouze jako součást oboru speciální pedagogika se zaměřením na dramaterapii na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Z tohoto vyplývá, že teatroterapeuti v praxi vycházejí převážně z vlastních intuitivních schopností a profesního zaměření, což ovlivňuje zaměření spíše na léčebný či umělecký cíl. Vzhledem k širokému poli působnosti jsou na teatroterapeuty kladeny vysoké nároky na jeho odbornost i osobnostní předpoklady charakterové (zásadovost, vytrvalost, upřímnost, samostatnost), temperamentní (sebeovládání, optimismus) a sociální (ohleduplnost, empatie, srdečnost). Kvalifikace se také odvíjí od typu zařízení, v němž teatroterapeut působí a od klientely se kterou pracuje. Jak dále uvádí Polínek (in Müller, 2007), profesní předpoklady teatroterapeuta vycházejí z uvedených cílů a dělí je proto na předpoklady:

- 1) Umělecké – Výchovná dramatika – metody divadelní práce s neprofesionály, terapeut musí správně motivovat a vést klienty ke kreativnosti
 - Režie – principy režijního vedení, na režii by se měl podílet i klient
 - Dramaturgie – výběr a úprava divadelních her, znalost dramaturgických principů a specifických možností klientů
 - Dramatizace – schopnost vytvořit vlastní divadelní hru, motivace klientů k vlastní tvorbě
 - Herecká průprava – správné vedení terapeuta má pozitivní vliv na výsledek
 - Scénografie – návrh a realizace scény přispívá k všestrannému rozvoji klientů
 - Divadelní technika – znalost základních principů

2) Terapeutické – Pedagogické – výchozí jsou znalosti základních výchovných zásad a výchovný styl terapeuta významně ovlivňuje efektivitu terapie

- Speciálněpedagogické – teatroterapie se nejvíce uplatňuje při působení v oblasti psychopedie, etopedie, surdopedie, tyflopédie, ale i somatopedie a logopedie

- Psychologické – terapeut je chápán jako jakýsi mezistupeň speciálního pedagoga a psychologa

- Psychoterapeutické – teatroterapie využívá principů hlubinné analýzy, imaginace, rodinné terapie, kognitivně behaviorální terapie apod.

- Psychiatrické – v případě teatroterapie prováděné přímo v psychiatrických zařízeních, důležité je znát kontraindikace pro jednotlivé typy psychických onemocnění

2.3.3. Klient

Teatroterapie je aplikovatelná u klientů s různým druhem postižení, kteří se mohou při přípravě divadelní kusu realizovat v rozmanitých rolích. „Jedná se o divadlo připravované a hrané převážně herci s handicapem (mentálně retardovaní, nevidomí, neslyšící, tělesně postižení, psychicky nemocní aj.)...Účastníci terapeutického procesu se tak dostávají do rozmanitých sociálních interakcí, musí řešit nové úkoly, musí více než kdy jindy zapojovat svou fantazii a kreativitu – to vše v bezpečném prostředí a pod vedením odborníků.“ (Polínek in Müller, 2007, s. 137) Polínek uvádí (in Müller, 2007) několik příkladů z praxe, mezi nimiž je i působení Centra služeb postiženým Zlín „Horizont“. Toto centrum uplatňuje teatroterapii již několik let, díky čemuž bylo možné u klientů vypořádat četné změny: „...zvyšování sebevědomí, zlepšování mluveného projevu co do formy i obsahu, větší spojitost verbálního a nonverbálního vyjadřování, zlepšování celkové komunikace (klienti se dokážou lépe a přesněji vyjadřovat a dokážou také lépe vnímat partnera), vytvořením bezpečného hracího prostoru se zvyšuje spontaneita, uvolnění a exprese klientů...zmírnění sociálních fobií, zmírňování averze k dotykovému kontaktu.“ (Polínek in Müller, 2007, s. 146) S podobnými změnami se ztotožňují i ostatní uvedená zařízení, kterými jsou Olomoucké středisko podpory integrace SPI SPOLU a Středisko výchovné péče Domek.

2.3.4 Cíle teatroterapie

Jak jsme uvedli výše, teatroterapie se liší od ostatních expresivních terapií zejména cílem, kromě terapeutického směřuje i k cíli uměleckému. Závěr terapie tedy vrcholí

divadelním útvarem prezentovaným před veřejným publikem. Také jsme se zmínili, že hlavním přesto zůstává cíl terapeutický. Polínek uvádí (in Müller, 2007) dvojité vymezení:

1) Teatroterapeutické cíle z léčebného hlediska, které lze charakterizovat v rovině obecné i specifické. Mezi obecné vlastnosti lze zařadit:

- univerzálnost (lze je aplikovat na nejširší cílové skupiny z hlediska postižení a onemocnění);
- nespecifičnost (ve většině případů není možné se zaměřit na specifický problém);
- všestrannost (rozvíjí současně více složek osobnosti, činnosti působí kognitivně, afektivně, psychomotoricky);
- integrativní charakter (socializace v rámci příprav i při závěrečném divadelním vystoupení).

V souvislosti se specifickými cíli pak uvádí Polínek (in Müller, 2007) tyto:

- rozvoj komunikace;
- snížení sociální izolace a snížení sociálních fobií;
- zvýšení adaptability, kreativity a sebevědomí;
- získání schopnosti spontánního chování a zároveň kontrola svých emocí.

2) Teatroterapeutické cíle z uměleckého hlediska, jehož význam lze patrně určit přístupem daného terapeuta. „Umělecká kvalita teatroterapeutických projektů je mnohdy přímo úměrná léčebnému efektu. Z hlediska sebevědomí je například úspěch představení velmi pozitivní. Herec, byť neprofesionální, vždy vycítí atmosféru v hledišti, jsou-li diváci zaujati, naladil-li je pozitivně. Potlesk a tzv. děkovačka je pro účinkující často tím nejsilnějším zážitkem.“ (Polínek in Müller, 2007, s. 140) Velmi pozitivní motivací se pro klienty jeví také určitá umělecká kvalita a rysy opravdovosti.

2.4 Taneční terapie

2.4.1 Vymezení a východiska taneční terapie

„Stojí na pomezí mezi terapeutickými směry orientovanými na tělo a arteterapií a dává se inspirovat obojím.“ (Dosedlová in Müller, 2007, s. 219) V rámci terapie je možné využití formy individuální, i skupinové. Nachází uplatnění u širokého spektra klientely s různým typem a stupněm postižení. Za hlavní rozdíl mezi taneční terapií a taneční lekcí považuje Dosedlová (in Müller, 2007) cílový efekt. „Tanečnímu pedagogu jde především o rozvoj psychomotorické koordinace, rytmického a hudebního cítění, jde mu o zdokonalování taneční techniky a zpřesňování pohybového výrazu. Taneční terapie v mnohém navazuje, ale obrací se spíše k intrapsychickým procesům – jde jí o prohloubení sebepoznání skrze pohyb, o zlepšení tělesného sebepojetí, o výraz emocí, které nebyly ještě verbalizovány nebo jen

s obtížemi, o rozšíření sociálních kontaktů.“ (Dosedlová in Müller, 2007, s. 219, 220) Taneční výraz je tedy v první řadě cílem tanečního pedagoga, taneční terapeut využívá tanec jako nástroj k rozvoji pozitivního sebepojetí.

Taneční terapie se začala využívat ve Spojených státech amerických ve 40. letech, poprvé v rámci hnutí terapií zaměřených na tělo, vycházejících z psychoanalýzy, s důrazem na svobodné vyjádření a osvobození těla. Roku 1966 založila Marian Chace Asociaci americké taneční terapie (American Dance Therapy Association; A.D.T.A). Podle definice této asociace využívá taneční terapie pohyb k dosažení emoční a fyzické integrace jedince. Význam taneční terapie našla Mary Whitehouse i v teoriích Jungových nevědomých procesů, ve smyslu využití taneční terapie jako jedné z metod přiblížení se nevědomí. (Dosedlová in Müller, 2007)

Francouzská společnost pro psychoterapii tancem (S.F.P.T.D.) dala roku 1993 impuls pro vznik Evropské asociace taneční terapie (A.E.D.T.). Ta vydává časopis *Danse Thérapie* pro výměnu informací mezi sdruženými národními asociacemi, mezi něž patří zmíněná S.F.P.T.D., dále Italská asociace TT primitivním výrazem (založena roku 1991), Centrum pro výzkum taneční arteterapie (z roku 1992), Ateliér taneční antropologie Středozeří (od roku 1994), Asociace řeckých tanečních terapeutů (vznikla v r.1993), v Belgii pak *Anthropologic Dance* (A.N.D.A. z roku 1994). Pod záštitou A.E.D.T. jsou prováděny závěrečné zkoušky výcviků tanečních terapeutů. Tyto dlouhodobé výcviky jsou organizovány soukromými školami v rozsahu 450 hodin. (Dosedlová in Müller, 2007)

Podle Evropské asociace je taneční terapie definována jako psychoterapeutická aktivita, která pomáhá pacientům nalézt radost z funkční činnosti svého těla, jednotu tělesna a duševna (vyjádření emocí tancem), obnovit pozitivní sebepřijetí, uvědomění si sebe sama a osamostatnění se, prostřednictvím taneční symboliky vyjádřit nashromážděnou energii. Skrze uměleckou tvorbu tak pacient tvoří sám sebe. (Dosedlová in Müller, 2007)

„Taneční terapie jako primitivní exprese se vyvíjí ve Francii od r. 1970. Navazuje na práci americké tanečnice, choreografky a etnoložky Katherine Dunham, která se nechala inspirovat tradičními kmenovými tanci a jinými původními rituály.“ (Dosedlová in Müller, 2007, s. 203) Primitivní exprese je tak v současné době nejsilnějším proudem ve Francii. Inspiruje se primitivními tanci s bubnovým doprovodem. Nejde však o pouhou reprodukci starých technik bez pochopení jejich pravého smyslu. Aby se tyto staly přínosnými i pro moderního člověka, je nutné je přetransformovat do podoby dnešní řeči a kulturních potřeb. „Pohyb na hodině primitivního výrazu se odvíjí od pravidelného rytmu chůze, který je přítomný v každém z nás. Je jednoduchý, takže je lehce přístupný i lidem bez jakéhokoliv

tanečního vzdělání.“ (Dosedlová in Müller, 2007, s. 204) Tyto pohyby se několikrát opakují, a tak mají účastníci dostatek prostoru a času najít si svůj styl provedení. „Doprovod afrických bubnů je natolik strhující, že nedovoluje vzdálit se z přítomného okamžiku. Tanečníci se prožívají teď a tady. Jejich gesta mají univerzální archetypální základ – hladí, škrábají, berou, dávají, tlučou, symbolicky loví zvířata či ryby, sejí, sklízí úrodu atd.“ (Dosedlová in Müller, 2007, s. 204) Dosedlová (in Müller, 2007) dále uvádí prvky primitivního výrazu působící terapeuticky, podle Schott-Billmannové:

1. Skupina – taneční terapie využívá kolektivní terapii a její interpersonální interakce, jde tedy o individuální zážitek se zkušeností v rámci skupiny.
2. Rytmus – „Zvuk bubnů, který je blízký srdečnímu tlukotu, reaktivuje srdeční sílu a energii.“ (Dosedlová in Müller, 2007, s. 207)
3. Vztah k zemi – získání pocitu pevné půdy pod nohama energetickým přešlapováním z nohy na nohu a tepání o zem.
4. Jednoduchost pohybu – rychlé osvojení si tanečních kroků, odvíjejících se od prosté chůze, zesiluje motivaci a dodává hloubku, výraz a smysl tanečním pohybům.
5. Opakování – čím více opakování, tím se člověk dostává do stavu transu, a tím více je přístupný experimentům s jednotlivými kroky.
6. Taneční variace přesně zadávané terapeutem – ukazují tanečnickům (pacientům) další možné cesty, a je jim tak plně umožněn odpočinek, bez zbytečného přemýšlení co dál.
7. Hlasový doprovod – jde o přirozenou činnost, navozující relaxaci svalstva, zvyšuje vitální kapacitu plic, zpěv příznivě působí při zmírnění a odstranění citové deprivace. Hlas tanec doplňuje a podtrhuje.
8. Binarita – všechny taneční pohyby jsou zdvojovány, jsou symetrické a komplementární, a tak přinášejí pocit uspokojení a harmonie.
9. Trans – snižuje únavu a přináší radost z pohybu, odbourává pocit studu a zesměšnění, je vyvoláván zrychlujícím rytmem bubnů, opakováním kroků a pozitivní atmosférou ve skupině.
10. Hra s transgresí – tancem lze s nadhledem předvést potlačené emoce.
11. Sublimace – zdokonalováním pohybů se tanečníci přibližují svým ideálům a dosahují krásna a jednoduchých estetických pohybů.
12. Rituál – má dorozumivací funkci a vytváří svazky mezi jedinci téhož druhu, je skupinovou záležitostí (dává pocit sounáležitosti) a má velmi blízko k obřadu. Zdárný průběh rituálu zajišťuje stereotypizace navyklých úkonů v dané posloupnosti. „Nabízený rituál v sobě obsahuje metaforu zobecněné lidské zkušenosti, poskytuje také bezpečí pevně daných hranic a umožňuje řídit a strukturovat uvolněnou energii.“ (Dosedlová in Müller, 2007, s. 211)

2.4.2 Terapeut

Taneční terapeut jako samostatná profese není dosud v naší zemi legislativně zakotvena a neexistuje ani systém jejího vzdělávání. V rámci studia k prohlubování odborné kvalifikace je pořádán třísemestrální modul Terapeutický pohyb a tanec na Univerzitě Palackého v Olomouci. V současnosti připravuje výcvik v taneční terapii i Česká asociace taneční a pohybové terapie.

2.4.3 Klient

Dosedlová (in Müller, 2007) uvádí přehled oblastí vhodných pro využití taneční terapie, vypracovaný Americkou taneční terapií:

1. Rehabilitace – po poranění mozku jde taneční terapii o tělesné uvědomění a integraci senzomotoriky; při amputaci taneční terapie směřuje k pohybovému rozvoji, odreagování negativních emocí a přijetí protetických náhrad; při srdečních chorobách si pacienti osvojují nové způsoby zvládnání stresu; u pacientů trpících chronickou bolestí je primárním cílem odklonění pozornosti od bolavého místa.
2. Děti a mládež – u dětí s mentální retardací, či s autismem je tanec přirozeným způsobem neverbální komunikace. Taneční terapie působí pozitivně i u dětí s poruchou učení, emočně narušených a pomáhá dospívajícím překonat období nejistoty a hledání vlastní identity.
3. Stárnoucí populace – taneční terapie zlepšuje motoriku, nabízí nové sociální kontakty a navrácí tak chuť do života.
4. Nemocní Alzheimerovou chorobou – taneční terapie nabízí nemocným bezpečné prostředí (udržování prostoru a času), v němž mají prostor pro vyjádření emocí a udržení příjemného pocitu ze života.
5. Jiné duševní choroby – taneční terapie pomáhá klientům při překonání adaptačních potíží ve svém prostředí. Významnou roli pak zastává při práci s klienty trpícími poruchou příjmu potravy a se závislostí na toxických látkách.

2.4.4. Cíle taneční terapie

Cíle taneční terapie, jsou obdobné jako u mnoha dalších expresivních terapií, s využitím rozdílných metod. „Tanečně-pohybová terapie využívá kreativního pohybu a tance v psychoterapeutickém procesu, za účelem dosažení integrace jedince v různých aspektech jeho osobnosti.“ (Česká asociace taneční a pohybové terapie www.tanter.cz)

2.5 Muzikoterapie

2.5.1 Vymezení a východiska muzikoterapie

Podle původního latinského spojení slov musica (hudba) a therapeia (léčení) lze odvodit hlavní význam muzikoterapie, a tím je léčení prostřednictvím hudby. Za její předchůdce můžeme považovat léčení melodií do období antiky, ale i experimentální aplikace hudby k léčení v období novověku. Moderní obor muzikoterapie pak pozorujeme od 20. století nejen v Evropě, ale i v Americe.

V evropských zemích se muzikoterapie využívala jako součást psychoterapeutické léčby, ze které se osamostatnila vznikem profesionálních muzikoterapeutických společností, v roce 1958 Britská muzikoterapeutická společnost (British Society of Music Therapy), poté muzikoterapeutické společnosti ve Švédsku, Holandsku (1962), Francii (1972), Švýcarsku (1981) a v dalších. Dodnes je však muzikoterapie chápána jako součást psychoterapie, převážně v německy mluvících zemích. (Kantor in Müller, 2007)

Muzikoterapie na americkém kontinentu vznikala v nemocnicích pro vojáky z první a druhé světové války. Zde zdravotnický personál pozoroval pozitivní vliv živé hudby na pacienty trpícími fyzickými i psychickými následky války. Pro efektivnější léčbu prostřednictvím muzikoterapie vznikl v roce 1944 první muzikoterapeutický výcvikový program na Michiganské univerzitě. Roku 1950 vznikla Národní asociace pro muzikoterapii v USA (The National Association for Music Therapy, NAMT) a muzikoterapie se stala organizovanou profesí. Roku 1971 byla založena Americká společnost pro muzikoterapii (The American Association for Music Therapy). Ze spojení těchto dvou společností vzešla v roce 1988 jednotná Americká muzikoterapeutická asociace (The American Music Therapy Association, AMTA), která zvyšuje povědomí veřejnosti o muzikoterapii a zkvalitňuje přístup k muzikoterapeutickým službám. (Kantor in Müller, 2007)

Celkový rozvoj a dodržování terapeutických standardů zajišťují národní i mezinárodní společnosti, za nejvýznamnější pokládáme Světovou federaci muzikoterapie (World Federation of Music Therapy, WFMT) působící od roku 1985. Vymezení její činnosti uvádí Kantor dle WFMT z roku 2004 následovně: „Jejím úkolem je rozvíjet povědomí veřejnosti o muzikoterapii, podporovat výzkum, zavádět standardy muzikoterapeutické praxe, výcviku, etického chování terapeutů a profesionální registrace, pořádat mezinárodní kongresy, identifikovat rozdíly v pojetí muzikoterapie v jednotlivých zemích a mnoho dalšího.“ (Kantor in Müller, 2007, s. 170) Mnoho zemí, mezi něž patří i Česká republika, stále ještě nemá muzikoterapii oficiálně organizovanou. Zde pak muzikoterapie působí jako součást jiných

profesí. Stejně tak nejsou v našich podmínkách zavedeny systematické výcvikové programy v muzikoterapii, jako je tomu v jiných zemích, kde vzdělávání muzikoterapeutů probíhá většinou vysokoškolskou kvalifikací, a to formou pregraduálního či postgraduálního studia. Odborná příprava obsahuje jak teoretickou přípravu, tak i sebezkušenostní výcvik v rozsahu 500 a více hodin. (Kantor in Müller, 2007) Přesto lze v rámci České republiky absolvovat krátkodobé kurzy, semináře a workshopy. Aktuální termíny lze sledovat na internetových stránkách České muzikoterapeutické asociace. (<http://www.muzikoterapie.cz/>) V současné době Česká muzikoterapeutická asociace integruje tři hlavní organizace zabývající se muzikoterapií: Česká muzikoterapeutická asociace s předsedou Matějem Lipským, Sekce systematické muzikoterapie při ČPS při LSJEP s předsedou Zdeňkem Šimanovským a Česká asociace muzikoterapie a dramaterapie s předsedkyní Jitkou Fajfrovou.

Kantor (in Müller, 2007) uvádí definici muzikoterapie podle mezinárodních standardů: „Muzikoterapie je předepsané použití hudby kvalifikovanou osobou za účelem dosažení pozitivních změn v psychologickém, tělesném, kognitivním a sociálním fungování jedince se zdravotními nebo edukačními problémy.“ (Kantor in Müller, 2007, s. 172) Z tohoto bychom mohli uvést některé charakteristické znaky muzikoterapie podle Kantora (in Müller, 2007):

- využívá zvuku, hudby, hudebních elementů a prostřednictvím hudební komunikace rozvíjí terapeutický vztah;
- je prováděna kvalifikovanou osobou, zaměřující se na práci s jedinci se zdravotními a edukačními potížemi;
- muzikoterapeutický proces je schopný vyvolat pozitivní změny a naplnění fyzických, emocionálních, sociálních, intelektuálních a jiných potřeb klientů;
- uplatňuje se v prevenci, léčbě i v rehabilitaci v rámci různých institucí (vzdělávací, léčebné, gerontologické, psychiatrické, nápravná zařízení apod.);
- může být prováděna prostřednictvím různých forem odpovídajícím vlastnostem klienta a cílům terapie (forma individuální, skupinová, hromadná, či kombinace těchto forem).

Muzikoterapii můžeme rozlišit podle způsobu zapojení klienta na aktivní a receptivní. Základem aktivní muzikoterapie je zapojení klienta do procesu terapie, a to zpěvem, hrou na tělo či na hudební nástroj, tak vznikají různé hudební improvizace s důrazem na rozvoj vztahu mezi terapeutem a klientem. Receptivní muzikoterapie využívá poslechové aktivity, často spojených s imaginací, relaxací, pohybem, ale i s prvky ostatních expresivních terapií. (Kantor in Müller, 2007)

2.5.2 Muzikoterapeut

Kantor (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009) při vymezení předpokladů pro práci muzikoterapeuta vychází ze zahraničních zkušeností, neboť v České republice zatím neexistuje jasné legislativní kritérium. Za základ považuje patřičné hudební dovednosti a schopnost je využívat v rámci terapie, neméně důležité jsou osobnostní předpoklady (kreativita, pomoc druhým apod.). Podle Americké muzikoterapeutické asociace uvádí Kantor (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009) tři oblasti kompetencí muzikoterapeuta, jimiž jsou hudební, klinické a muzikoterapeutické základy, z čehož vyplývá i obsah muzikoterapeutického vzdělávacího programu: teoretická příprava, sebezkušenostní výcvik (jedná se o absolvování určitého počtu hodin vlastní terapie, které umožňují pochopení terapeutických technik a procesů, či situací a pocitů klienta; jsou využívány převážně v psychoterapeuticky orientovaných programech), supervize (je nepostradatelnou součástí výcviku i vlastní muzikoterapeutické praxe, při níž zajišťuje správný směr terapie a dodržování etických pravidel, profesní rozvoj terapeuta a předchází syndromu vyhoření). „Za zcela samozřejmý požadavek pro vykonávání muzikoterapeutické praxe je považován neustálý seberozvoj a zvyšování terapeutických kompetencí prostřednictvím terapeutických kurzů, výcviků, supervizí, studia, vlastní terapie nebo účasti na výzkumných projektech.“ (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 163) Vraťme se krátce ke zmíněným osobnostním předpokladům, ke kterým, jak uvádí Kantor (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009), patří empatie, vstřícnost, autentické vystupování, ve smyslu upřímného lidského vztahu ke klientovi, kreativita, flexibilita. Téměř nezbytné je pro terapeuta poznat sám sebe, čímž může předejít nechtěnému kompenzování vlastních frustrací. Za hlavní překážku vykonávání muzikoterapeutického procesu považuje Kantor neschopnost terapeuta zvládnout utrpení druhých, což znemožňuje navázat přirozený vztah. Se všemi uvedenými vlastnostmi souvisí etický kodex, přičemž v České republice v současné době není zavedený pro profesi muzikoterapeuta, proto se tito řídí etickým kodexem zahraničních asociací nebo domácím etickým kodexem pro terapeuty jiných směrů expresivních terapií (např. Etický kodex podle České arteterapeutické asociace). (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009)

2.5.3. Klient

Muzikoterapii je možné využívat u klientů všech věkových kategorií, s různým typem postižení, či kulturního a etnického původu, u nichž je muzikoterapie využívána jako jedna z forem neverbální komunikace, nahrazující komunikaci verbální. Nevhodné je však její využití u pacientů trpících akutní psychózou, u jedinců s epilepsií, či u osob, kteří již

absolvovali proces muzikoterapie s negativním závěrem. Z hlediska věku je muzikoterapie schopná provázet jedince od prenatálního vývoje, či v době kolem porodu. Pozitivních výsledků bylo dosaženo u dětí předčasně narozených. Kromě mládeže a dospělých je vhodné využití i v rámci péče o gerontologické pacienty a umírajícím osobám, v této fázi je hlavním úkolem muzikoterapie zkvalitnění životní úrovně ve finálních fázích života. Před zahájením samotné terapie, a to platí pro terapii obecně, je vždy nutné předem zjistit, zda je ta která terapie vhodná pro daného klienta. (Kantor in Müller, 2007) Podrobnější využití muzikoterapie u klientů z hlediska věku, či specifických potřeb popisuje Kantor ve své publikaci Základy muzikoterapie. (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009)

2.5.4 Cíle muzikoterapie

Široké možnosti působení muzikoterapie dokazují cíle této terapie, které podle Farlowa uvádí Kantor (in Müller, 2007). Jedná se o cíle v oblasti:

- a) Vnímání a pozornost – rozvoj narušeného sensorického vnímání a záměrné pozornosti.
- b) Motorika a senzomotorika – rozvoj hrubé a jemné motoriky a jejich kvalitativních a výkonových aspektů.
- c) Emoce – rozvoj schopnosti vyjadřování pocitů (verbálně i neverbálně), zvýšení sebevědomí, práce s agresí.
- d) Sociální interakce – snížení izolace, rozvoj sociálních vztahů, osvojování sociálních rolí, zkvalitnění sociální interakce.
- e) Chování – rozvoj účelového chování, zmírnění či odstranění nežádoucího chování a jeho uvědomění si.
- d) Komunikace – rozvoj vyjadřovacích schopností (zkvalitnění slovní zásoby, motoriky mluvidel), zlepšení receptivní složky komunikace.
- e) Vědomosti a školní dovednosti – posilování paměti, pomoc při učení.
- f) Relaxace a antistresové dovednosti – strategie pro zvládnání stresových situací a psychické zátěže, schopnost uvolnění.
- g) Volnočasové aktivity – zvýšení kvality prožívání volného času.
- h) Jiné cíle – osobnostní růst, posilování motivace, rozvoj kreativity a získání náhledu nad svým chováním, diagnostika.

2.6 Poetoterapie

2.6.1 Vymezení a východiska poetoterapie

„Pod pojmem poetoterapie rozumíme v užším slova smyslu systematické terapeutické působení na psychicky somaticky a sociálně narušené jedince prostřednictvím poezie. V širším slova smyslu je to využívání poezie k pozitivnímu ovlivnění prožívání a jednání člověka...Poezie patří k příjemným stránkám lidského života...Terapeutickou moc má jak poezie vysoké umělecké úrovně pasivně přijímaná, tak i proces laického tvůrčího hledání rýmů, zvukomalebných slov nebo třeba rytmického souznění s veršovanými nonsensy.“ (Svoboda in Müller, 2007, s. 151, 154)

Svoboda (in Müller, 2007) uvádí první nejstarší zmínku o využívání básnictví k léčbě z období Římské říše. V dalších dějinách předpokládá využívání mluveného a tištěného slova k ovlivnění prožívání lidí s terapeutickými účinky, které však takto nebyly nazývány a původní myšlenky nebyly dále rozvíjeny. K tomuto došlo až koncem 60.let Společností pro poetoterapii v New Yorku. Od této doby lze také pozorovat první vyčlenění poetoterapie od biblioterapie. Uveďme si nyní rozdílnosti mezi těmito podle Svobody (in Müller, 2007).

POETOTERAPIE	BIBLIOTERAPIE
- práce s básní	- práce s prózou
- využívána především speciálními pedagogy při práci s klienty s postižením	- využívána převážně v práci psychiatrických klinik
- je necílená, navozuje především pocit klidu, uvolnění, koncentraci, sebevědomí	- je cílená, pacient pracuje s pevně stanoveným tématem
- slovo může být doprovázeno hudbou i pohybem	- hlavním nástrojem je slovo

Obě terapie mají i společné rysy:

- patří do relaxačních a imaginativních technik;
- využívají individuální i skupinové formy;
- mohou být aktivní (klient se sám účastní na tvorbě literárního díla) i pasivní (klient přijímá podněty za účelem navození žádoucích emočních stavů a prožívání);
- mohou být předkládány v tiché formě (tiché čtení navozuje soukromé prožitky) i ve formě hlasité produkce. (Svoboda in Müller, 2007)

2.6.2 Poetoterapeut

„Poetoterapeut by měl znát všechna důležitá pravidla včetně závazných předpisů, které se týkají jeho terapeutického působení.“ (Svoboda, 2007, s. 31) Tato profese nemá zatím vlastní legislativní zakotvení, řídí se však kodexem arteterapeutických pracovníků stanoveným Českou arteterapeutickou asociací. Zároveň stanovila standardy pro arteterapii ve zdravotnictví, které definují požadavky na arteterapeuta, a tedy i na poetoterapeuta v oblasti vzdělávání, teorie, supervizi, výcviků, praxe a etiky. Svoboda dále uvádí navrhované požadavky pro jednotlivé oblasti (Svoboda, 2007):

- 1) oblast vzdělání – vysokoškolské, či středoškolské vzdělání humanitního směru
- 2) oblast teorie – znalosti z oboru psychologie, psychoterapie, dějin umění, arteterapie
- 3) supervize – 130 hodin supervize, z toho min. 10 sezení individuální supervize u školeného arteterapeuta
- 4) výcvik – sebezkušenostní část akreditovaného (ministerstvem zdravotnictví, či ministerstvem školství) psychoterapeutického výcviku rozsahu 500 hodin + 100 hodin kurzů s výtvarným a arteterapeutickým zaměřením
- 5) praxe - pět let práce v pomáhajících profesích + min. 500 odvedených hodin arteterapie + doporučení garanta z pracoviště
- 6) etika – souhlas s etickými standardy ČAA (Česká arteterapeutická asociace).

Zmíníme ještě některé standardy, jež uvádí ČAA, přetransformované na profesi poetoterapeuta podle Svobody:

- poetoterapeut by měl znát základní zákony a základní předpisy pro výkon arteterapeutických aktivit;
- poetoterapeut je po celou dobu terapie zodpovědný za udržování jasných hranic, za dodržování své odbornosti, vzájemné důvěry ve vztahu s klientem, chrání a nezneužívá důvěrné informace o klientovi;
- poetoterapeut poskytuje služby pouze klientovi, který je v péči jiného odborníka, a to po vzájemné dohodě s tímto odborníkem;
- poetoterapeut se dále odborně vzdělává ve svém oboru, i v oborech příbuzných;
- poetoterapeut je schopen rozpoznat své hranice, nevyužívá profesních vztahů k prosazování vlastních zájmů;
- v případě osobních problémů poetoterapeut vyhledá odbornou pomoc, konzultaci, supervizi.

2.6.3. Klient

Svoboda rozlišuje (2007) dva typy klientů, podle jejich čtenářského zaměření:

A) Konkrétní typ čtenáře – preferuje prózu, jasnou strukturu textu, jeho přehledný úvod a konkrétní závěr, v myšlenkách se k textu vrací.

B) Abstraktní typ čtenáře – dává přednost textu tvořenému z prožitků a pocitů, vyhledává v něm atmosféru a okamžité dojmy; čtení je pro něj zábavou, proto dává přednost krátkým textům a volným veršům.

Pozitivní vztah k literární tvorbě, což ovlivňuje i její využití k terapii, vzniká podle Svobody (2007) již v útlém věku, kdy nejvýznamnější je předčítání básní dítěti matkou.

2.6.4 Cíle poetoterapie

Dovolíme si citovat Svobodovo vymezení cílů poetoterapie: „Cílem poetoterapie je záměrné a cílevědomé terapeutické působení, které napomáhá ostatním arteterapeutickým disciplínám při zlepšení anebo úpravě psychosomatické anebo sociálně narušené složky osobnosti jedince.“ (Svoboda in Müller, 2007, s. 151) Z obecných cílů uvedeme podle Svobody (2007) pozitivní změnu chování, jednání, prožívání, ve smyslu celkové harmonizace, vyléčení se. V rámci stanovení konkrétních cílů vychází Svoboda (2007) z individuálních potřeb klientů a uvádí tyto změny: navození vnitřní relaxace, překonání depresivních stavů, probuzení nových zájmů, pozitivní odvrácení pozornosti od vnitřních problémů, zrychlení adaptace na nové podmínky, aktivizace a stimulace vedoucí k uzdravení, navození větší motivace pro účelnější seberealizaci aj. Jako mikrocíle Svoboda uvádí podle Pilačkové-Hýblové „řešení konkrétního problému konkrétního jedince konkrétním způsobem“ (Svoboda, 2007, s. 17)

3. SHRUTÍ TEORETICKÝCH POZNATKŮ

Teoretická část obsahuje popis vybraných psychoterapeutických směrů, jejich představitelů a možnosti jejich využití při práci s klienty. Profese psychoterapeuta vyžaduje kromě osobnostních předpokladů, kterými jsou mj. motivace či morálka, také hluboké znalosti z oboru psychologie či psychiatrie. Nedílnou součástí přípravy k tomuto povolání jsou několikaleté výcvikové a sebezkušenostní kurzy a následné supervize v rámci psychoterapeutické praxe. Některé psychoterapeutické školy využívají ve své praxi i expresivních terapií. Zmínit můžeme například Jungovu psychoanalýzu snů, při níž vedl své pacienty k výtvarnému znázornění. „Nejde tu o umění, a co víc, o umění tu jít nemá, nýbrž o více a něco jiného než pouhé umění, totiž o živý účinek na pacienta samého.“ (Jung, 1996, s. 55) Uvedené bychom mohli aplikovat jako definici pro všechny výrazové terapie. Pokud se vrátíme k behaviorální terapii, u níž jde převážně o získání nových vzorců chování, snadno si ji převedeme do souvislosti s dramaterapeutickou intervencí, kde si pacient osvojuje nové dovednosti prostřednictvím hraní rozmanitých sociálních rolí v různých životních situacích. Držme se však toliko významného snu, přičemž si snadno dokážeme představit jeho ztvárnění na velkém plátně s využitím široké barevné palety, neméně možné je i využití keramické hlíny, již můžeme opětovně přetvářet a dát tak průchod citům při vzpomínce na sen, nabízí se mnoho dalších arteterapeutických metod, které téměř vždy zanechají hmatatelný důkaz *o právě znovuprožitím nevědomém psychickém stavu*. Prostřednictvím poetoterapie za pomoci zkušeného terapeuta může snící najít v mnoha textech souvislosti se svým snovým nevědomím. Při podrobnější analýze pak může snící společně s terapeutem nalézt mnohá vysvětlení nevědomých procesů. A co víc, lze navázat dalším ztvárněním snu a jeho doprovodných pocitů v průběhu muzikoterapie, ať už s využitím hudebních nástrojů, hry na tělo, či poslechem hudby a opět je možné vrátit se k vyjádření výtvarnému, stejně tak lze využít vyjádření pohybového, tanečního. Se zkušeným terapeutem lze dosáhnout jakéhosi stavu transu, mysl je uvolněná, tělo se pohybuje v rytmu hudby, její barevnost evokuje snové prožitky, vracíme se do snu, odhalujeme jeho pokračování, kteréžto nám bylo ve spánku znemožněno.

Nic z uvedeného není nemožné, avšak jen za předpokladu odborného vedení zkušeným terapeutem, tímto já nejsem, proto mi nepřísluší podrobněji rozebírat průběh takovýchto terapií. Uvedli jsme zde tedy psychoterapeutické směry a jednotlivé expresivní terapie. V následující části této práce si ověříme, nakolik jsou naše domněnky o sloučení

těchto dvou významných terapeutických činitelů využité a využitelné v praxi českých terapeutů.

PRAKTICKÁ ČÁST

4. CÍLE A METODOLOGIE PRAKTICKÉ ČÁSTI

Cílem praktické části bylo zjištění současného stavu využívání snu v expresivních terapiích ve vybraných zařízeních v rámci České republiky a srovnání s poznatky v teoretické části této práce. V průběhu realizace byly oslovovány jednotlivé organizace v resortu školství (Výchovný ústav, středisko výchovné péče HELP Střílky, Středisko výchovné péče DOMEK Zlín, Dětský domov se školou, středisko výchovné péče a základní škola Chrudim), v resortu sociálních věcí (Středisko podpory integrace SPOLU Olomouc, Centrum služeb postiženým Horizont Zlín, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec, Psychoterapeutické centrum Gaudia), v resortu zdravotnictví (Psychiatrické léčebny Kroměříž, Šternberk, Opava, Brno), soukromé psychoterapeutické praxe (Ing. Jitka Moravec, PhDr. Svatopluk Morávek, MUDr. Juraj Rektor, MUDr. Bukovjan Miroslav, PhDr. Dokoupilová Jana, MUDr. Krabec Miroslav, Mgr. Pastuchová Martina, PhDr. Tejklová Milena, MUDr. Weimerová Monika, MUDr. Březíková Alena, Mgr. Mandincová Petra, Ph.D., Mgr. Ostřížková Jana, Mgr. Pastucha Petr, MUDr. Dušková Ludmila, Mgr. Machová Marie, PhDr. Vrba Luděk, MUDr. Borovanský Vladislav) a občanská sdružení (Bohnická divadelní společnost Martina Učíka, Občanské sdružení Anabell). Těmto bylo položeno několik základních otázek, a to formou dotazníku. Prostřednictvím dotazování mělo být zjištěno, zda v těchto zařízeních využívají expresivní terapie, s jakou klientelou pracují, zda v rámci terapií využívají sen, v čem vidí největší úskalí a na kolik se tento proces jeví účinným, a který psychoterapeutický směr je pro jejich práci výchozí.

4.1 Postup při realizaci praktické části

- A) Vyhledávání organizací a zařízení poskytující klientům terapeutickou intervenci.
- B) Kontaktování organizací a zařízení prostřednictvím elektronické pošty.
- C) Komunikace s těmito organizacemi a zařízeními.
- D) Shrnutí a analýza získaných informací.
- E) Vyhodnocení výsledků práce a srovnání s poznatky v teoretické části.

4.2 Metoda šetření

Metodou sběru dat byl dotazník obsahující sedm základních otevřených i uzavřených otázek:

- 1) Využíváte ve vašem zařízení expresivní terapie při práci s klienty?
- 2) Pokud expresivní terapie využíváte, uveďte prosím které.
- 3) Využíváte v rámci expresivních terapií klientových snů?
- 4) Můžete uvést, jak přínosná se vám jeví práce se snem v expresivních terapiích?
- 5) V čem vidíte největší úskalí při práci se sny v rámci expresivních terapií?
- 6) S jakými klienty v rámci expresivních terapií, s využitím snu pracujete?
- 7) Uveďte prosím, z kterého psychoterapeutického směru ve své praxi vycházíte.

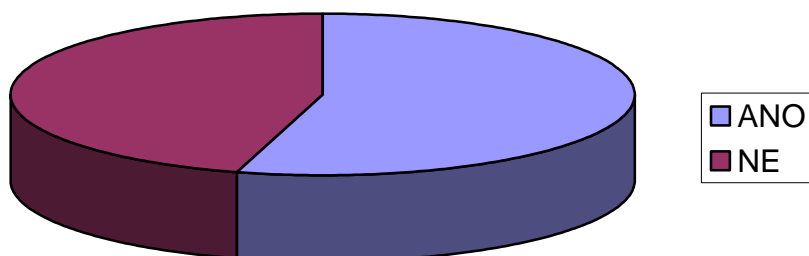
5. ROZBOR OTÁZEK A VYHODNOCENÍ ODPOVĚDÍ

Otázka č. 1

Využíváte ve vašem zařízení expresivní terapie při práci s klienty?

- a) ANO 6
- b) NE 5

Využíváte ve vašem zařízení expresivní terapie při práci s klienty?

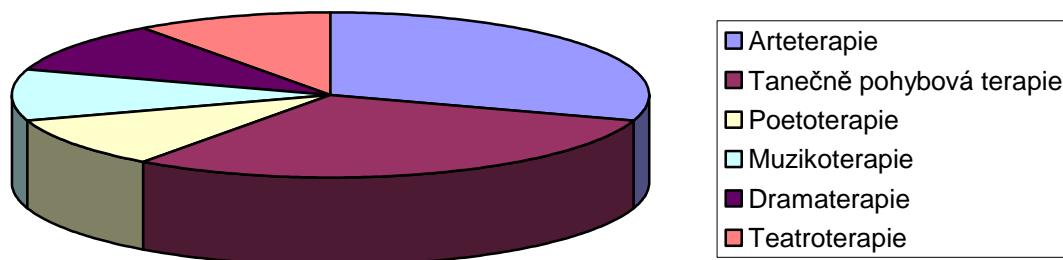


Z grafu vyplývá, že většina respondentů ve své praxi využívá expresivních terapií.

Otázka č. 2

Pokud expresivní terapie využíváte, uveďte prosím které.

Pokud expresivní terapie využíváte, uveďte prosím které.



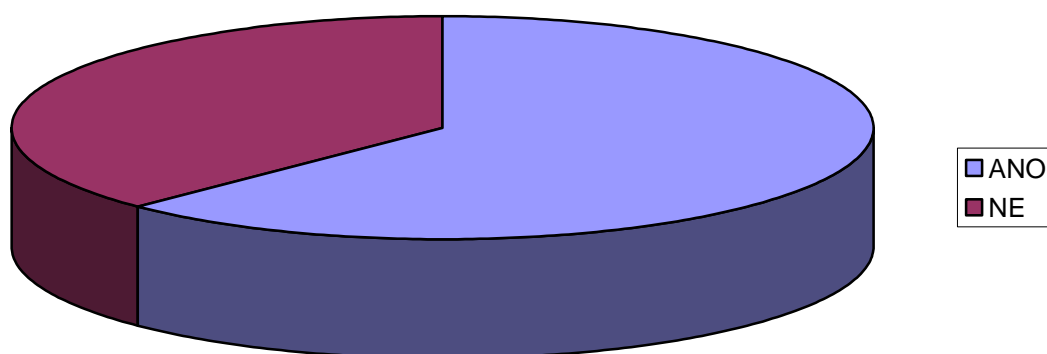
Mezi nejčastěji využívané expresivní terapie patří arteterapie a tanečně pohybová terapie, dále poetoterapie, muzikoterapie, dramaterapie a teatroterapie.

Otázka č. 3

Využíváte v rámci expresivních terapií klientových snů?

- | | |
|--------|---|
| a) ANO | 5 |
| b) NE | 3 |

Využíváte v rámci expresivních terapií klientových snů?



Na tuto otázku odpovědělo pouze osm respondentů, z nichž pět odpovědělo kladně a sen v rámci své expresivně terapeutické praxe využívá.

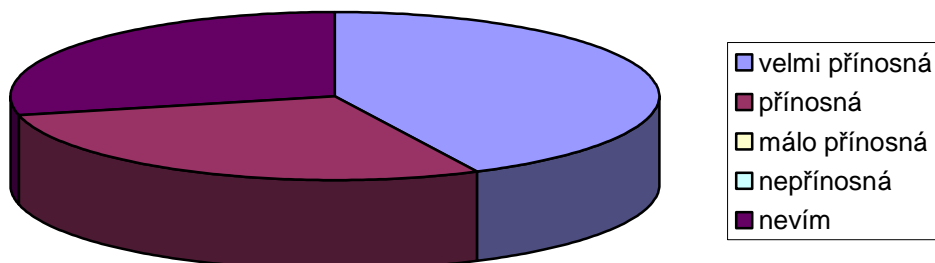
Otázka č. 4

Můžete uvést, jak přínosná se vám jeví práce se snem v expresivních terapiích?

- | | |
|-------------------|---|
| a) velmi přínosná | 3 |
| b) přínosná | 2 |
| c) málo přínosná | 0 |
| d) nepřínosná | 0 |
| e) nevím | 2 |

vlastní odpověď: *Sen je jedním ze základních hnacích motorů tvorby.*

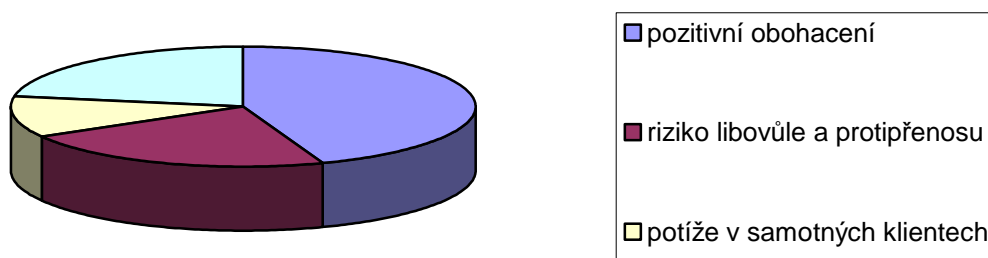
Můžete uvést, jak přínosná se vám jeví práce se snem v expresivních terapiích?



Na otázku odpovědělo pouze sedm respondentů, přičemž se většina shoduje na pozitivním spolupůsobení snu a expresivních terapií. Dva respondenti nemohou posoudit přínos snu v expresivních terapiích. Negativní přínos neoznačil žádný z respondentů.

Otázka č. 5

V čem vidíte největší úskalí při práci se sny v rámci expresivních terapií?



V této otevřené otázce se respondenti, kteří ve své praxi využívají sen v průběhu expresivních terapií, shodují na pozitivním obohacení celého terapeutického procesu. Za největší překážku považují dva respondenti riziko libovůle a protipřenosu, dva respondenti upozorňují na nutnost vyhnout se interpretaci a zdůrazňují nutnost volného plynutí emocí, jeden respondent vnímá potíže v samotných klientech.

Otázka č. 6

S jakými klienty v rámci expresivních terapií, s využitím snu pracujete?

Z hlediska věku

5 - 6 let	1
-----------	---

7 -17 let	0
18 – 55 let	5

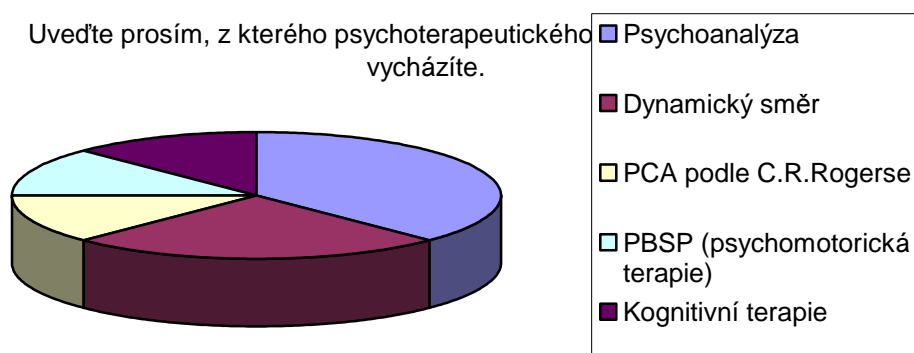
Z hlediska typu a stupně postižení

Neurotici	3
Lehcí kompenzovaní psychotici	2
Jiné - senioři	1

Nejčetnější skupinou se jeví klienti ve věku od 18 do 55 let věku, sen lze zjevně využívat v expresivních terapiích i u dětí ve věku od 5 do 6 let věku, s věkovou kategorií od 7 do 17 let nepracuje nikdo z respondentů. Z hlediska typu postižení lze podle odpovědí pracovat se snem v expresivních terapiích převážně s klientelou trpící neurózou, dva respondenti pracují s psychotickými klienty, další onemocnění či postižení uvedeny nebyly. Jeden respondent využívá sen v expresivních terapiích se skupinou seniorů.

Otázka č. 7

Uveďte prosím, z kterého psychoterapeutického směru ve své praxi vycházíte.



Většina respondentů ve své praxi vychází z psychoanalytického směru, dva respondenti vycházejí ze směru dynamického, jeden respondent vychází z humanistické terapie podle Rogerse, jeden respondent vychází z psychomotorické terapie, jeden respondent z kognitivní terapie. Na tuto otázku odpovědělo celkem osm respondentů.

ZÁVĚR

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo seskupení dvou aktuálních témat, přiblížení podstatných znaků snů prostřednictvím jednotlivých psychoterapeutických směrů a seznámení s možnostmi využití expresivních terapií a následné shrnutí získaných poznatků o možnostech využití snu při expresivně terapeutickém procesu.

Teoretické části předcházelo pečlivé prostudování odborných publikací souvisejících s danou problematikou. Praktická část byla zpracována na základě vyplněných dotazníků. Z celkového počtu třiceti oslovených respondentů vyplnilo dotazník pouze jedenáct respondentů. Takto malé množství získaných odpovědí z poměrně širokého spektra cílové skupiny, nás neopravňuje k závěrům, na kolik a u jaké klientely lze využít sen v rámci expresivních terapií. Přesto můžeme informace získané dotazováním porovnat s teoretickými poznatky v první části této práce.

Většina dotazovaných využívá expresivní terapie ve své terapeutické praxi, z nichž pět pracuje se snem v rámci expresivní terapie. Nejčastěji využívaná je tanečně pohybová terapie a arteterapie, dále pak muzikoterapie, dramaterapie, teatroterapie a poetoterapie. Všichni respondenti využívající sen v expresivních terapiích se shodli na pozitivním přínosu, přičemž podle slov jednoho z respondentů je sen jedním ze základních hnacích motorů tvorby. Přesto nelze opomenout zdůraznění rizika libovůle či protipřenosu. Nejčastěji uváděná klientela z hlediska věku jsou lidé od 18 do 55 let věku, z hlediska postižení se podle odpovědí jedná nejčastěji o neurotiky. Většina respondentů vychází ve své praxi z psychoanalytického směru, ze směru dynamického, ale i ze směrů humanistických a kognitivních.

Jak již bylo zmíněno v úvodu, práce se snem je náročnou disciplínou vyžadující často psychoterapeutické vzdělání. Uvedené informace nejsou zcela dostačující pro tak náročný proces, jakým například analýza snu bezesporu je. Tato bakalářská práce by však mohla být odrazovým můstkem pro další šetření zaměřené na úzce vybrané cílové skupiny, zároveň může alespoň částečně poukázat na fakt, že pokud má někdo zájem dovědět se více o významu svého snového života, měl by se raději svěřit do rukou kvalifikovaných odborníků.

Zpracování této práce mě utvrdilo ve své domněnce o smysluplnosti a vlivu snů na reálný svět člověka a zároveň mně přinutilo k dlouhodobějšímu zamyšlení nad nezbytností legislativního zakotvení expresivních terapií jako samostatných oborů.

SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ

BECK, A.T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. 1.vydání Praha : Portál, 2005. 256 s.
ISBN 80-7367-032-1.

DOSEDLOVÁ, J. Taneční terapie. In MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice : Teorie a metodika*. 1.vydání Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. s. 200-222.
ISBN 80-244-1075-3.

FREUD, S. *Výklad snů*. 2.vydání Pelhřimov : Nová tiskárna Pelhřimov, 1994. 400 s.
ISBN 80-901916-0-6.

JUNG, C. G. *Výbor z díla I. svazek Základní otázky analytické psychologie a psychoterapie v praxi*. 2.vydání Brno : Nakladatelství Tomáše Janečka, 1998. 440 s. ISBN 80-85880-14-8.

JUNG, C. G. *Výbor z díla III. svazek Osobnost a přenos*. 1.vydání Brno : Nakladatelství Tomáše Janečka, 1999. 408 s. ISBN 80-85880-18-8.

JUNG, C. G. *Výbor z díla V. svazek Snové symboly individuálního procesu*. 1.vydání Brno : nakladatelství Tomáše Janečka, 1999. 318 s. ISBN 80-85880-19-9.

KANTOR, J. Muzikoterapie. In MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice : Teorie a metodika*. 1.vydání Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. s. 169-196. ISBN 80-244-1075-3.

KANTOR, J.; LIPSKÝ, M.; WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. 1.vydání Praha : Grada Publishing a.s., 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5.vydání Praha : Portál, 2006. 384 s.
ISBN 80-7367-122-0.

MOŽNÝ, P.; PRAŠKO, J. *Kognitivní-behaviorální terapie : Úvod do terapie a praxe*. 1.vydání Praha : TRITON, 1999. 310 s. ISBN 80-7254-038-6.

MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice : Teorie a metodika*. 1.vydání Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 296 s. ISBN 80-244-1075-3.

MURDOCH, D.; BARKER, P. *Základy behaviorální terapie*. 1.vydání Brno : Kraví hora, 1996. 153 s. ISBN 80-210-1290-0.

PERLS, F.; HEFFERLINE, R.F.; GOODMAN, P. *Gestalt terapie : Vzrušení lidské osobnosti a její růst*. 1.vydání Praha : TRITON, 2004. 496 s. ISBN 80-7254-508-8.

POLÍNEK, M. D. Teatroterapie. In MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice : Teorie a metodika*. 1.vydání Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. s. 137-150. ISBN 80-244-1075-3.

ROGERS, C.R. *Způsob bytí*. 1.vydání Praha : Portál, 1998. 296 s. ISBN 80-7178-233-5.

SVOBODA, P. Poetoterapie. In MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice : Teorie a metodika*. 1.vydání Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. s. 151-168. ISBN 80-244-1075-3.

SVOBODA, P. *Poetoterapie*. 1.vydání Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. 187 s. ISBN 978-80-244-1682-3.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1.vydání Praha : Portál, 2002. 168 s. ISBN 80-7178-616-0.

VALENTA, M. *Dramaterapie*. 2.vydání Praha : Portál, 2001. 152 s. ISBN 80-7178-586-5.

VALENTA, M. *Dramaterapie*. 1.vydání Praha : Grada Publishing, 2007. 252 s.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ:

Asociace dramaterapeutů ČR <http://www.adcr.cz/wordpress/>

Česká arteterapeutická asociace

<http://www.arteterapie.cz/index.php?disp=asociace&lang=0>

Česká asociace taneční a pohybové terapie www.tanter.cz

Česká muzikoterapeutická asociace <http://www.muzikoterapie.cz/>

Český institut pro výcvik v gestalt psychoterapii <http://www.gestalt-dialog.cz/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Průvodní dopis k dotazníkům pro vybraná zařízení v České republice.

Příloha 2: Dotazník pro vybraná zařízení v České republice.

PŘÍLOHA 1

Dobrý den,

jmenuji se Adéla Dohnalová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Speciální pedagogika předškolního věku na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Ve své bakalářské práci se zabývám tématem Význam snu v expresivních terapiích. Součástí této práce je kromě teoretické části i část praktická, která má za úkol zjistit četnosti využívání snu v rámci jednotlivých expresivních terapiích ve vybraných zařízeních v České republice.

V příloze zasílám krátký dotazník, přičemž každý vyplněný a vrácený dotazník velmi pomůže při zpracování praktické části, která se může stát odrazovým můstkem dalšímu podrobnějšímu výzkumu.

Údaje zjištěné v rámci dotazníkového šetření budou použity pouze pro uvedenou bakalářskou práci a nebudou poskytnuty třetí osobě. Výsledky budou uvedeny anonymně.

Vyplněný dotazník prosím zašlete zpět na e-mail DohnalovaAdela@seznam.cz, sem také můžete zasílat případné dotazy.

Za Vaši spolupráci a věnovaný čas předem děkuji.

S pozdravem a přáním příjemných jarních dnů
Dohnalová Adéla

PŘÍLOHA 2

1) Využíváte ve vašem zařízení expresivní terapie při práci s klienty?

- c) ANO
- d) NE

u vybrané odpovědi udělejte prosím křížek pomocí velkého X

2) Pokud expresivní terapie využíváte, uveďte prosím které.

.....

3) Využíváte v rámci expresivních terapií klientových snů?

- c) ANO
- d) NE

u vybrané odpovědi udělejte prosím křížek pomocí velkého X

4) Můžete uvést, jak přínosná se vám jeví práce se snem v expresivních terapiích?

- f) velmi přínosná
- g) přínosná
- h) málo přínosná
- i) nepřínosná
- j) nevím

vlastní odpověď.....

u vybrané odpovědi udělejte prosím křížek pomocí velkého X

5) V čem vidíte největší úskalí při práci se sny v rámci expresivních terapií?

.....

6) S jakými klienty v rámci expresivních terapií, s využitím snu pracujete?

- a) z hlediska věku
- b) z hlediska typu a stupně postižení

7) Uveďte prosím, z kterého psychoterapeutického směru ve své praxi vycházíte.

.....

Děkuji za vyplnění dotazníku.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Adéla Dohnalová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Michal Růžička, Ph.D
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Význam snu v expresivních terapiích.
Název v angličtině:	The importance of dreams in expressive therapies.
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá problematikou využití snu v expresivních terapiích. Hlavním cílem bylo vystihnout podstatu jednotlivých psychoterapeutických směrů, které pracují se sny a v terapeutickém procesu je využívají prostřednictvím různých expresivních terapií.
Klíčová slova:	Psychoterapie, expresivní terapie, sen.
Anotace v angličtině:	This thesis deals with the use of dreams in expressive therapies. The main objective was the capture the essence of psychotherapy orientations to work with dreams and the therapeutic process is used through a variety of expressive therapies.
Klíčová slova v angličtině:	Psychotherapy, expressive therapy, dream.
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1: Průvodní dopis k dotazníkům pro vybraná zařízení v České republice. Příloha 2: Dotazník pro vybraná zařízení v České republice.
Rozsah práce:	71 stran
Jazyk práce:	český