

Universita Palackého v Olomouci

Filosofická fakulta

Katedra psychologie

Osobnostní změny u frekventantů psychoterapeutického výcviku PCA

Personality changes of PCA psychotherapeutic training participants



Magisterská diplomová práce

Autor: Lenka Havlíková

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Olomouc

2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně. Uvedla jsem všechny literární prameny a publikace, ze kterých jsem čerpala.

V Olomouci dne:

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem účastníkům výzkumu, vedoucímu práce Mgr. Martinu Kupkovi, Ph.D., Danielu Dostálovi za pomoc se statistickými výpočty, Vendule Junkové za ochotu při navazování kontaktu s PCA Institutem Praha a Carlu R. Rogersovi za inspirativní odkaz.

Obsah

Úvod.....	7
I. Teoretická část	
1. Psychoterapeut a psychoterapeutický výcvik.....	9
2. C. R. Rogers: život a historie směru.....	10
2.1. Život C. R. Rogerse	10
2.2. Historie Na osobu zaměřeného přístupu	10
2.2.1. Koncepce Rogersových žáků	13
2.2.1.1. Focusing	13
2.2.1.2. Preterapie	15
2.2.1.3. Další koncepce	17
3. Základní termíny	19
3.1. Self	19
3.2. Aktualizační tendence	20
3.3. Podmínky ocenění	22
3.4. Symbolizace	22
4. Terapeutické podmínky.....	24
4.1. Empatie	24
4.2. Kongruence	27
4.3. Bezpodmínečné přijetí	30
5. Terapeutický vztah	32
6. Terapeutický proces	35
7. Ideální já	38
8. Skupinová psychoterapie	40
8.1. Encountrové skupiny	41

8.2. Psychoterapeutický výcvik.....	45
Závěr teoretické části.....	47
II. Praktická část	
9. Metodologický rámec práce.....	49
9.1. Výzkumný problém, cíle práce, hypotézy	49
9.2. Zvolený výzkumný přístup a typ výzkumu	52
9.3. Metody získávání dat	53
9.4. Statistické metody analýzy dat	55
9.5. Etika výzkumu	55
9.6. Zkoumaný soubor	56
9.6.1. Experimentální skupina	56
9.6.2. Kontrolní skupina	57
9.7. Organizace a průběh šetření	57
10. Výsledky práce.....	58
10.1. Výsledky experimentální skupiny.....	58
10.2. Výsledky experimentální a kontrolní skupiny.....	58
10.3. Přijetí/zamítnutí jednotlivých hypotéz.....	59
10.3.1. Hypotéza 1	59
10.3.2. Hypotéza 2	60
10.3.3. Hypotéza 3	60
10.3.4. Hypotéza 4	60
10.3.5. Hypotéza 5	60
10.3.6. Hypotéza 6	61
10.3.7. Hypotéza 7	61
10.3.8. Hypotéza 8	61
10.3.9. Hypotéza 9	62

10.3.10. Hypotéza 10	62
10.3.11. Hypotéza 11	62
10.3.12. Hypotéza 12	62
10.3.13. Hypotéza 13	63
10.3.14. Hypotéza 14	63
10.3.15. Hypotéza 15	63
10.3.16. Hypotéza 16	64
10.4. Další výsledky.....	64
11. K platnosti hypotéz.....	65
12. Diskuse.....	68
12.1. Výzkumná zjištění.....	68
12.2. Možné zdroje nepřesností	69
12.3. Praktický dopad výzkumných zjištění	70
12.4. Návrhy směru dalšího vývoje	70
13. Závěr	71
Souhrn	72
Použitá literatura.....	73
Přílohy.....	79
Příloha 1.....	79
Příloha 2.....	85
Příloha 3.....	87

Úvod

Před dvěma lety jsem nastoupila do Na osobu zaměřeného psychoterapeutického výcviku. Měla jsem hodně různých, a uznávám, že naivních, představ o tom, jak takový výcvik probíhá a co se v něm vlastně člověk učí nebo jak jej mění.

Výběr směru byl pro mě víceméně náhodný, oslovovala mě celá řada přístupů. Jak jsem ale postupem času zažívala sebezkušenostní skupiny a četla knihy Carla Rogerse a dalších, zjišťovala jsem, jak podobnou představu o práci psychologa s Carlem Rogersem mám. Postupem času se řada Rogersových hodnot stala součástí mé životní filozofie.

V této práci bych se ráda zaměřila na to, kterou část nás oslovuje a mění tento směr v terapeutickém výcviku, jehož součástí je velké množství sebezkušenostních, převážně skupinových, sezení. Proto se domnívám, že výsledky této diplomové práce by mohly být alespoň částečně aplikovatelné na Na osobu zaměřený přístup jako takový, nejen na frekventanta terapeutického výcviku zaměřený.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Psychoterapeut a psychoterapeutický výcvik

Dle Hartla, Hartlové (2004, s. 488) je psychoterapeut „člověk, který má výcvik a vzdělání, aby mohl léčit duševní a emocionální poruchy (...) prostřednictvím psychologických prostředků“. Psychoterapie je pak „léčení duševních chorob a hraničních stavů psychologickými prostředky“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 488).

Psychoterapeutický výcvik je většinou postgraduálním vzděláním převážně psychologů a psychiatrů. Řada výcviků v ČR ale přijímá i frekventanty s jiným vzděláním, obvykle vysokoškolským. Některé směry však mají dokonce minimální hranici aprobační posunutou na úroveň maturitní zkoušky. V současné době se u nás může psychoterapeutem stát klinický psycholog nebo psychiatr, který složí psychoterapeutickou zkoušku. Samotný výcvik tedy, dle současné legislativy, neopravňuje k užití označení psychoterapeut. Vychází se zde z faktu, že psychoterapie je léčebná metoda, tudíž její úhrada může spadat pod zdravotnické pojišťovny a mimo zdravotnictví se provádí pouze poradenství, osobnostní rozvoj apod. (Růžička, 2012).

2 C. R. Rogers: život a historie směru

Historie a vývoj směru jsou spjaty s osobou Carla Rogerse. V rámci toho jak se sám v praxi postupně rozvíjel a přicházel s novými postupy, vyvíjel se i směr.

2.1 Život C. R. Rogerse

Carl Rogers se narodil roku 1902. Rodiče byli protestanté a prosazovali tvrdou výchovu, která potlačovala projevy emocí a podporovala tvrdou práci. Carl byl prostředním dítětem, samotářem, který rád četl (Šiffelová, 2010). Jeho velkou zálibou bylo zemědělství, které se později rozhodl studovat. Přešel na teologickou fakultu, zde se nadchl pro psychologii. Z té složil doktorát a nastoupil do dětské poradny (Norcross, Prochaska, 2001). Zde také začal vznikat jeho směr. Záhy mu došlo, že je velmi účinné, když dokáže dětem naslouchat a nehodnotí je. To byl počátek Na osobu zaměřeného přístupu (dále ekvivalentně užívám zkratku PCA, z angl. Person-Centered Approach).

Je autorem a spoluautorem 12 knih. Byl navržen na Nobelovu cenu míru za pomoc při řešení náboženských konfliktů v severním Irsku. Zde uspořádal encoutrovou skupinu s mnoha desítkami lidí z obou zneprátených stran, která pomohla nastolení klidu v ulicích (Rogers, 1998; Zeig, 2005; Motschnig, Nykl, 2011).

Zemřel ve věku 85 let, krátce před smrtí litoval, že se mu nikdy plně nepodařilo být v terapii plně autentickým a také, že se málo věnoval otázce spirituality (Šiffelová, 2010).

2.2 Historie Na osobu zaměřeného přístupu

PCA není jen směrem terapeutickým. Často se postupně stává životní filozofií lidí, kteří s ním přišli do styku (Rud, 2010). Nelze podle něj fungovat jen v terapeutické pracovně a při odchodu ho vyměnit za kabát. Odvíjí se od postoje k člověku jako k ve

své podstatě dobrému a ovlivňuje veškeré vztahy svých stoupenců (Holeyšovský, 2012). Pomáhá také lépe porozumět odlišnostem mezi lidmi (Barber, McGuire, 2010).

Koncepce na osobu zaměřeného přístupu vyšla z praxe C. R. Rogerse. Má tedy klinický původ. Na žádost asociace APA Rogers sepsal svou teorii tak, aby se dala pozitivisticky měřit (Warner, 2012). Teoreticky vychází z humanistické psychologie, existencialismu a je ovlivněna též taoismem.

Etapy vývoje směru řadí různí autoři rozdílně. Merry rozlišuje období nedirektivní terapie, terapie zaměřené na klienta a terapie zaměřené na osobu (Holeyšovský, 2012; Šiffelová, 2010).

Kratochvíl období nedirektivní (terapeut nehodnotí), reflektující (terapeut nehodnotí a zrcadlí klienta), zážitkové (otevřené prožívání ve vztahu, tedy přidání podmínky kongruence) a setkání (vzájemné intenzivní citové zážitky v empatické atmosféře (Šiffelová, 2010).

Mezi přední znalce Rogersovy práce u nás patří J. Vymětal (2006; Rezková, Vymětal, 2001; Nykl, 2004). Dělí vývoj směru na šest období.

První období (1940-1950) je dobou nedirektivního poradenství. Jako nejdůležitější podmínka je zde vnímáno bezpodmínečné přijetí. Terapeut je minimálně aktivní. Pacient se v bezpečné atmosféře postupně otvírá a uvědomuje si nové souvislosti, které ho dříve nenapadaly. Již v tomto období začal Rogers jako vůbec první terapeut nahrávat terapeutická sezení (Zeig, 2005).

Druhé období (1950-1960) také nazývané reflexivní psychoterapie. Terapeut se do pacienta intenzivně vcitňuje a sděluje mu, jak rozumí tomu, co říká. Tím pomáhá pacientovi nahlížet jeho vnitřní rozpory a rozhodnout se, co chce dál.

Třetí období (1960-1970) je obdobím zážitkové terapie. V centru pozornosti je prožívání pacienta. Důraz je kladen na autenticitu, nezapomíná se na empatii a bezpodmínečné přijetí. Terapeut je aktivnější, není již zrcadlícím objektem, stává se „živým člověkem“. Což je předpokladem pro tzv. dialogickou terapii (která je se liší od terapie monologické, která je typická pro předcházející dvě stadia).

Ve čtvrtém období (1970-1980) je kladen důraz na skupinovou terapii a to přirozených skupin (např. rodina) i uměle vzniklých, které mohou mít od několika málo členů až po tzv. large groups. Terapeut zde má facilitovat, tedy usnadňovat, skupinové procesy, ale zároveň vystupovat sám za sebe.

V pátém období (1980-2000) dochází k integraci Na osobu zaměřeného přístupu s jinými směry.

Od roku 2000 hovoří o šestém období tzv. obecné psychoterapie, kdy se část terapeutů řídí tradičními Rogersovými východisky, část se stává eklektiky a část se věnuje tzv. obecné psychoterapii, kdy základ terapeutického vztahu tvoří Na osobu zaměřený přístup a dále jsou voleny techniky dle charakteru případu.

Vývoj směru vnímá poněkud odlišně D. Šiffelová (2012). Dle jejího názoru spíše než k integraci Na osobu zaměřeného přístupu s jinými směry dochází k originálnímu rozvoji původních Rogersových konceptů jeho žáky. Přístup se rozvíjí hlavně v Evropě, Latinské Americe a Japonsku (zde je známa od roku 1970, ale rozmachu dosáhla po turné D. Mearse v roce 2006) (Shimizu, 2010). Oproti tomu v USA postupně zájem o něj upadá (Norcross, Prochaska, 2001).

D. Šiffelová (2012) vnímá, shodně s J. Holeyšovským (2012) posun v přístupu směrem od soustředění se na klientovo prožívání k rozvoji samotného terapeutického vztahu.

L. Nykl (2004) zdůrazňuje, že směr sice vychází z terapie, ale aplikovat ho můžeme do jakéhokoli vztahu, kde dochází k růstu a rozvoji osobnosti. Sám Rogers se zaměřil na oblast vzdělání (Freiberg, Rogers, 1998) a též globálnějších až politických problémů (a to jako jediný terapeut).

Institucionální zázemí směru je poměrně bohaté (Šiffelová, 2012). V roce 1997 vznikla Světová asociace pro na člověka zaměřenou a zážitkovou terapii a poradenství, sdružující v současné době 200 národních organizací a výcvikových institucí, včetně PCA Institutu Praha, jehož frekventanti byli respondenty výzkumu této diplomové práce.

Od roku 2002 vychází pod touto asociací čtvrtletně časopis Person-Centered and Experiential Psychotherapies.

Samostatně pak funguje nakladatelství PCCS Books, které vydává převážně knihy Na osobu zaměřeného přístupu.

C. R. Rogers sám se velmi věnoval výzkumu účinnosti směru. Výzkum účinnosti prošel po jeho smrti úpadkem, v současné době se však zájem o výzkum z řad nových terapeutů PCA opět probouzí.

Jedněmi z novějších metaanalýz jsou práce R. Elliota z let 2004 a 2008, které prokazují, že PCA a zážitkové přístupy jsou stejně účinné jako jiné směry, včetně KBT (Šiffelová, 2012).

Síla Rogersova přístupu se nachází právě v tom, že jeho autor nechal následovníkům možnost „dělat si terapii po svém“, být v jejím průběhu sami sebou (Nykl, 2004). Naopak se bytí sebou samým stalo jednou z nutných podmínek terapeutického vztahu, kterou nazýváme kongruence.

2.2.1 Koncepce Rogersových žáků

Roku 1970 se začíná PCA štěpit na další směry (Cooper, McLeod, 2011). Celá řada Rogersových žáků rozvinula některé části jeho koncepce. Nejznámějšími a nejucelenějšími směry navazujícími na Rogerse je focusing Eugena Gendlina a Prouttyho preterapie. Právě jim se budu v této kapitole věnovat.

2.2.1.1 Focusing

Focusing je směr E. Gendlina (2003), který do Na osobu zaměřeného přístupu přichází s důrazem na práci s tělem. Vypracoval systematický způsob kontaktu se svým tělem a nitrem, který má jedinci pomoci dostat se do kontaktu se sebou a kdykoli s jeho pomocí řešit stávající situace.

Základním konceptem směru je pocitovaného smyslu neboli tělesný posun, který chápe jako fyzický pocit, který nám ukazuje, že postupujeme správným směrem. Proces změny je prožíván jako příjemný, protože tělo se cítí svobodněji.

Fáze focusingu jsou vyčištění vnitřního prostoru (sem spadá nalezení klidného místa, zrelaxování se a dočasné odložení všech věcí, které nám jdou hlavou, zde si pokládáme otázku, na kterou nám má dát naše tělo odpověď), uvědomění pocitovaného smyslu (v této fázi čekáme, kde v těle se objeví nějaký významný pocit - mohou nás napadat nejrůznější odpovědi na tuto otázku, ale ty se shovívavostí a vlídností k sobě necháme být a soustředíme se pouze na tělesný pocit), nalezení „rukověti“ (tedy nějakého názvu pro pocit, který cítíme, může i zdánlivě nesouviset s otázkou, kterou jsme si položili v úvodu), rezonování (vybavujeme si pocit, který nám z těla přišel a srovnáváme ho s rukovětí, zda k sobě skutečně pasují, nebo není-li to úplně přesné, hledáme novou rukovět'), dotazování (klademe si otázky, např.: „Proč je tomu tak?“ a čekáme opět, až tělo odpoví, myšlenky necháme shovívavě být jako v předešlých fázích), přijetí (přijímáme a vděčně děkujeme sami sobě a svému tělu za to, co jsme zjistili).

Během tohoto procesu bychom měli pocítit fyzickou úlevu. Napoprvé se to nemusí povést, stejně jako u relaxací nese procvičování postupu výsledky jako prohloubení stavu i urychlení procesu. Důležité je na sebe netlačit, nemít přesnou představu cílů, kterých chceme dosáhnout, ani pocit, že bychom měli dosáhnout stejného stavu, který jsme prožili v minulosti.

Technika se dá cvičit na workshopech, ve dvojicích (focusing probíhá rychleji v přítomnosti jiného člověka i pokud neřekne vůbec nic; spíše je chybou, když doprovázející mluví příliš) i samostatně s pomocí návodu nebo zkušenosti někoho z přítomných. Dle E. Gendlina (2003) s její pomocí lze vyřešit prakticky jakoukoli psychickou potíž samostatně.

Na Gendlinovu práci navazuje řada dalších autorů, včetně Prouttyho se svou ucelenou koncepcí preterapie. I jiní autoři však přispěli svými postřehy. Např. G. Fleisch (2010) hovoří o ukazateli pohybového vedení, kterým popisuje jev, při němž

klient doposud neví, co má dělat, ale například jeho ruce mohou symbolicky určitou cestu naznačovat.

2.2.1.2 Preterapie

Psychologický kontakt je jednou z Rogersových podmínek, kterou Prouty a Werde (2005) dále rozvíjí pro klienty se sníženou schopností kontaktu. Často se jedná o jedince s mentálním postižením, organickým poškozením mozku nebo o osoby ve schizofrenní atace. Vymezuje jej na třech úrovních a to jako kontaktní reflexe, což je způsob komunikace terapeuta vůči klientovi, kontaktní funkce, což je klientův proces a kontaktního chování, což je indikátor zlepšení/zhoršení psychologického kontaktu.

Již C. R. Rogers (1999) vnímal jako problém, že se s lidmi trpícími schizofrenií nenavazuje skutečný vztah a nepátrá se po tom, co pro ně jejich halucinace nebo bludy znamenají, a pracuje se tedy pouze na jejich odstranění. Dokonce ani ex post se terapeuti obvykle klientů neptají a nehovoří s nimi o obsazích jejich prožitku.

R. D. Laing (1975) dokonce uvažuje nad možností, že schizofrenik může mít ve svých bludech pravdu a to nikoli v přeneseném slova smyslu, ale doslova. Že může vnímat něco, co je běžně lidem uzavřeno.

Dle V. Johanové (2006) je možné chovat se nenormálně nebo mít nenormální zážitky a přitom být normální.

S. Grof (2007) chápe zážitky, které provázejí duchovní krize nebo jsou jinak nesrozumitelné či bizarní jako přirozené hlubinné síly psyché, které se snaží osvobodit člověka od skrytých traumat a vyléčit jej vlastními prostředky (Grof, Grofová, 1999). V podstatě se tedy může jednat o projev aktualizační tendence, která jedinci pomáhá ve vlastním růstu.

Campbell (1998) přirovnává schizofrenika k potápěči, který neumí plavat. Oproti tomu šaman, nebo mystik, kteří se potápějí do stejných hlubin, plavat umí. Preterapii

chápu jako způsob navázání kontaktu s člověkem za účelem, abychom mu pomohli plavat, ačkoli v těch hlubinách sami nejsme.

Rogers považoval schizofreniky za jedny s nejtěžších klientů, s nimiž je velmi obtížné spolupracovat. Přesto byl v průběhu své kariéry překvapen, když zjistil, že i jim se lze přiblížit (Nykl, 2004).

Zatímco např. Rogers považuje halucinaci za nejhlubší inkongruenci, která znemožňuje navázání psychického kontaktu, Prouty ji vnímá jako symbolické vyjádření osobně důležitého obsahu klientovy mysli (Prouty, Werde, 2005).

Prouty a Werde (2005) hovoří o existenciální empatii, její podstatou je „bytí s“ klientem, který se blíží „psychologické smrti“. Přichází ve chvíli, kdy terapeut nemůže klientovi nabídnout nic jiného, než lidství.

K navázání kontaktu terapeutovi slouží kontaktní reflexe.

Existuje pět druhů kontaktních reflexí: situační reflexe (kdy terapeut používá k navázání kontaktu s klientem popis situace, ve které se oba v dané chvíli nachází nebo prostě toho, co vidí v místnosti, případně využívá aktuální zvukové kulisy), obličejová reflexe (k navázání kontaktu terapeut používá zrcadení klientovy mimiky či jejího popisu), tělová reflexe, slovní reproduktivní reflexe (je přesné zopakování toho, co klient řekl) a zopakované reflexe (je zopakováním toho, na co klient v minulosti reagoval). Kontaktní funkce se týkají realitního, emocionálního a komunikačního kontaktu.

Soteria House fungoval koncem sedmdesátých let v San Franciscu. Jednalo se o dům s 8-10 lidmi kde neprofesionální personál pracoval s klienty se schizofrenií, pozitivně a bez předsudků přijímal dokonce i jejich psychotické zážitky. Předpokladem bylo pozitivní očekávání, že nás schizofrenie může něco naučit, flexibilita, dostatečná délka pobytu v domě, nutnost personálu „být s“ klienty, tolerance vůči „bláznivému chování“ bez snahy měnit ho a normalizace psychotických zážitků. Léky se využívaly minimálně. Pacienti ze Soteria House vykazovali o 20%

menší recidivu, než běžní pacienti. Ti, kteří léky neužívali vůbec, měli recidivu ještě nižší.

Soteria Berne je obdobný program v Bernu. Existují snahy využít koncept léčby schizofrenie se sníženou medikací i u nás.

2.2.1.3 Další koncepce

Další koncepcí je Motivační interview Williama Millera. Jedná se o krátký, na člověka zaměřený, avšak direktivní přístup, který pomáhá klientovi řešit ambivalenci. Kombinuje přístup zaměřený na člověka a techniky klíčových otázek a reflektivního naslouchání. Miller shrnul šest elementů krátkodobých terapií: zpětnou vazbu, zodpovědnost, radu, menu (možností, kterými lze změny dosáhnout), empatie a posilování schopnosti dosáhnout změny bez cizí pomoci. V bezpečném prostředí navozeném na osobu zaměřeným přístupem (zde použitým jako technika) se skrytě snaží vyvolat rozpor mezi současným chováním reálného já a vytouženými cíli ideálního já. Tento rozpor chápe jako motivační činitel, který spouští změnu (Norcross, Prochaska, 2001).

Zážitková psychoterapie zaměřená na proces, jejímiž hlavními představiteli jsou Leslie Greenberg a Robert Elliot (Šiffelová, 2012), staví na Gendlinově Focusingu a zaměřuje se na emoce. Propojuje prvky PCA, gestaltu a existenciální psychoterapie, empatické následování i řízení procesu prožívání, důraz na vztah i techniky. Zaměřuje pozornost na místa klientova příběhu, kde jsou jeho zážitky chybně symbolizovány či ovlivněné konstrukty, která nazývá emocionálními schémata (jejichž odstranění je cílem terapie).

Obdobně pracuje též zkušenostně-existenciální psychoterapie, která je kombinací existenciálně-fenomenologické analýzy a Gendlinova Focusingu. Přestože podle tohoto směru si jsou dva terapeuti podobní, pracují podobně, nemohou nikdy zajistit stejnou léčbu. Různé vztahy přinášejí různou změnu. Například se klient může dostat do stavu, kdy cítí, že při každém dalším slově padá z jeho těla tíže. Tady může proces

řada terapeutů zastavit, protože nedokáží poslouchat své tělo. To vyžaduje praxi a právě v této dovednosti se terapeuti tohoto směru dále rozvíjejí, jdou za hranice slov (Madison, 2011).

Na Rogerse navázala též jeho dcera Natalie Rogersová se svou spolupracovnicí Liesl Silverstonovou s Expresivním uměleckým přístupem. Obdobně to cítí Kim (2010), když tvrdí, že vzhledem k tomu, že v PCA jde hlavně o postoj k člověku, lze tento přístup snadno propojit s jinými směry, např. s arteterapií, která nabízí širokou škálu nejrůznějších technik.

Dalším přístupem je psychodrama zaměřené na člověka (Šiffelová, 2012), na osobu zaměřeného plánování, jehož cílem je objevení způsobu podpory osoby (a její rodiny) a snaha určit, co je skutečně důležité, co je jejich cílem a co je nezbytné po dosažení tohoto cíle (Carey, Ryan, 2009).

3 Základní termíny

Rogers svou teorii publikoval poprvé v roce 1940 na žádost společnosti APA. Původně byla sepsána tak, aby odpovídala duchu doby, který si žádal pozitivistické logické konstrukty, které budou zdůvodnitelné a měřitelné. Sama teorie je však původem z klinického prostředí, tyto konstrukty tedy mohou někdy působit poněkud šroubovitě. Jsou jakýmsi popisem zkušenosti, kterou je nutno prožít, aby ji člověk mohl přijmout za svou.

3.1 Self

Self-koncept je představa o sobě samém. To, co si o sobě myslím, jak se prožívám a vnímám (Rogers, 1996). Vzniká zhruba ve třetím roce věku a pomáhá dítěti pojmenovávat a organizovat zážitky (Tolan, 2006). Předtím se organismus řídí aktualizační tendencí a podmínkami ocenění, které nyní interagují s tímto konceptem. Je základem sebepojetí, tedy mínění o sobě a prožívání sebe sama, které se mění po celý život člověka.

Rozlišujeme reálné a ideální já. Reálné já je to, kým ve skutečnosti jsem a ideální já to, kým, bych chtěl být. Ideální já se dále dělí na to, které vnímáme jako dosažitelné a na to, které jedinec vnímá jako pro sebe nedosažitelné. To je zdrojem frustrace. V procesu terapie se postupně zmenšuje rozdíl mezi reálným a ideálním já. Také se říká, že jedinec se „začíná stávat sebou samým“ (Vymětal, 2006; Rezková, Vymětal, 2001). Rozdíl mezi reálným a ideálním Já lze měřit pomocí Q-třídění (Q-sort). Jedná se o metodu W. Staphensona z roku 1953, kterou Rogers modifikoval pro potřeby psychoterapie. Pomocí kartiček s výroky o sobě jedinec určuje kým je a kým by chtěl být. Čím více se obrazy reálného a ideálního já shodují, v tím větší rovnováze a tím kongruentnější Self daného jedince je (Cakirpaloglu, 2012).

D. Šiffelová (2010) uvádí, že setkáme-li se v dostatečné vztahové hloubce, může klient vstoupit do svého existenciálního Self. Zde se nacházejí nejvnitřnější myšlenky a pocity jedince. Není zde předstírání ani obrany.

Dnes není Self chápáno jako jednotné, nýbrž jako konfigurace jednotlivých částí Self. Self obsahuje dle Mearse (2000) více alternativních částí, které vznikly v průběhu života na základě zkušenosti. V terapii hovoří klienti o těchto alternativních částech Self jako o svých vnitřních hlasech, osobách či částech sebe. Některé podporují fungování organismu. Je důležité, aby terapeut věnoval rovnoměrně pozornost těmto podporujícím konfiguracím i těm, které brání růstu jedince.

3.2 Aktualizační tendence

Aktualizační tendence, je vrozený sklon organismu k rozvoji všech vlastních kapacit a zkvalitnění sebe sama (Norcross, Prochaska, 2001; Šiffelová, 2010), který může být výchovou podpořen (Beňo, 2001). Za její synonyma můžeme považovat sebezodpovědnost, sebeurčení a sebetvoření (Nykl, 2004).

K určení toho, co je pro nás dobré (myšleno vede k růstu organismu) nebo zlé, slouží organismické hodnocení (Norcross, Prochaska, 2001). Je to vnitřní hlas jednající v souladu s aktualizační tendencí.

Aktualizační tendence usiluje o rovnováhu mezi prožíváním a strukturou Self. Nerovnováhu prožíváme jako trápení, bolest, nepohodu (Tolan, 2006).

V terapii se nejprve odkrývají nezkrocené a nespolečenské části klienta. Nejedná se však o skutečnou podstatu dané osoby. Pod nimi je samostatný organismus, který je současně sebezáchovný i sociální (Rogers, 1996).

Sebeaktualizační tendence představuje (oproti aktualizační), snahu aktualizovat Self jedince, nikoli organismus jako celek. Proto se mohou aktualizační a sebeaktualizační tendence někdy dostat do rozporu (Šiffelová, 2010).

Existenci aktualizační tendence Rogers s Freibergem (1998) dokazují na výzkumu, v němž malé děti vybíraly, co budou jíst z 20 nedochucených jídel. Všechny upřednostňovaly jídla, která zvyšovala pravděpodobnost jejich přežití, růstu a vývoje.

Dokonce, pokud si dlouhodobě vybíraly jídla, která obsahovala především cukr, kompenzovaly to následně výběrem jídla s vysokým obsahem bílkovin.

Stejně tak Maslowova sebeaktualizace je popisována jako nikdy nekončící proces. Na rozdíl od Rogerse však dle Maslowa dochází k přesné posloupnosti naplňování potřeb nejprve biologických, později pak bezpečí, lásky, úcty a až pak sebeaktualizace jako takové (Drapela, 1997). Rogersova sebeaktualizační tendence je v tomto svobodnější. Není dán obsah toho, čeho má člověk konkrétně dosáhnout nebo kudy má jít, kromě toho, že se postupně stává sebou samým.

Protože je Maslowova sebeaktualizace procesem, stejně jako Rogersův proces stávání se sebou samým, nikdy jí není plně dosaženo, ale stále je o ni usilováno (Drapela, 1997).

Rogers považuje lidskou podstatu za konstruktivní, společenskou, motivovanou jít za pravdou, jejíž základní potřebou je sebeúcta (Šiffelová, 2010).

Eriskson chápe naše nevědomí jako zdroj pravdy a síly člověka, který ví, co je ro něj nejlepší a lze ej oslovit např. pomocí tzv. ericksonovské hypnózy. Toto pojetí lze chápat jako paralelu aktualizační tendence (Zeig, 2005).

W. Reich obdobně říká, že zmařením či zastavením autentického vývoje člověka vznikají charakterové neurózy (Cakirpaloglu, 2012). Lidskou podstatu a směřování tedy chápe také jako v zásadě dobré.

Rogers a Skinner se shodují v tom, že špatným se člověk nerodí, ale stává v průběhu vývoje/ výchovy. Rogers to vysvětluje principem blokování aktualizační tendence podmínkami ocenění a Skinner podmiňováním (Sommerbeck, 2011).

Adebowale (2010) nepředpokládá vrozený původ dokonce ani u poruch osobnosti.

Oproti tomu R. May říká, že lidská přirozenost je dobrá i zlá, v jádru člověka vnímá přítomné oba potenciály současně (Cakirpaloglu, 2012).

3.3 Podmínky ocenění

Potřeba lásky/ocenění je nejsilnější lidskou potřebou. S tím, jak si dítě postupně uvědomuje vlastní Self začne chtít, aby druzí měli jeho Self rádi, aby jej oceňovali. Proto začne podřizovat své chování přáním a domnělým potřebám druhých a to i proti silám vlastní aktualizační tendence. Takto vzniká inkongruence (Norcross, Prochaska, 2001). Postupně si jedinec tyto podmínky ocenění internalizuje a nemůže si vážit sebe sama, dokud je nesplní. Tak vzniká naučená sebeúcta, tedy to, že se začínáme vnímat tak, jak nás vnímají druzí.

Nejhlubší podmínky ocenění jsou nevědomé. Čím hlubší jsou, tím více se stávají nedílnou součástí Self a přestávají být přístupné logice (Tolan, 2006).

V podstatě o zvnitřněných podmínkách ocenění hovoří Horneyová (2006), když mluví o tom, že se neurotik snaží stát svým ideálním já zapomenout na toho, kým je. Z této snahy následně vycházejí přemrštěné nároky na sebe sama a vzdálení se pravému já.

Dle R. D. Lainga (1975) toto může zajít až tak daleko, že se pacient „promění v kámen“. Je to jistý způsob obrany, kdy strnutí je symbolem předstírání smrti a posledním zoufalým projevem vlastní autonomie v bezvýchodné situaci.

3.4 Symbolizace

Naše vlastní zážitky nazýváme sebezkušenostmi. Uvědomujeme si je díky procesu symbolizace. Ten představuje jakýsi přepis zážitku do našeho vědomí a do struktury Self, který dále interaguje s naším sebepojetím. Čím přesněji symbolizujeme, tím jsme bližší tomu, co se skutečně děje, tím méně zkreslujeme zážitky a tím jsme kongruentnější (Norcross, Prochaska, 2001). Jsou-li zážitky zkresleny nebo dokonce popřeny, vzniká inkongruence mezi prožitým a symbolizovaným. Jedná se o jakési odcizení sobě samému, obraz patologie tak, jak ji chápe C. R. Rogers. Cílem terapie je pak právě zvýšení kongruence mezi já a zážitkem.

Abychom dle Tolan (2006) mohli symbolizovat minulé zážitky, musíme je znovu prožít. Jenže klient se může bát bolesti ze starého zážitku, kvůli které přišel k terapeutovi a bolest zůstává v něm.

M. Wagnerová (2000) hovoří o tom, že proces zpracovávání zážitků u někoho neprobíhá přirozeně a plynule. Tento proces označuje jako obtížnou symbolizaci. Toto samo o sobě ještě nemusí být patologické. Za patologické považuje až následující tři typy zpracování zážitku: křehký (jedná se o takový typ procesu, ve kterém si jedinec plně neuvědomuje své emoční reakce nebo je neumějí vyjádřit), disociativní a psychotický.

4 Terapeutické podmínky

Rogers hovoří o šesti nutných a postačujících podmínkách pro to, aby byla terapie účinná. První z nich je vztah. Dva lidé musí být v kontaktu, ve vztahu a zároveň si uvědomovat svou odlišnost. Musí si být vědomi, že s nimi někdo v danou chvíli sdílí stejný prostor a snaží se navázat komunikaci.

Druhou podmínkou je zranitelnost. Klient by měl být méně kongruentní než terapeut (na počátku vztahu).

Následuje triáda empatie, bezpodmínečné přijetí a kongruence, kterou budu dále rozebírat v této kapitole.

A šestou podmínkou je schopnost klienta vnímat terapeutovu opravdovost (Norcross, Prochaska, 2001; Šiffelová, 2010)

Casemore (2008) říká, že někdy klient potřebuje zažít více empatie, jindy více bezpodmínečného přijetí, přítomny by však měly být vždy všechny podmínky.

4.1 Empatie

Být empatický znamená vstoupit do referenčního rámce klienta. Za tento rámec považujeme klientův obraz toho, jaký je svět, jak mu rozumí kognitivně, emočně i intuitivně, jak rozumí druhým lidem i sobě samému. Referenční rámec lze připodobnit je konceptu psychotopu, který Frýba (2008) vysvětluje jako psychický životní prostor dané osoby, tak jak se jí jeví jako skutečný. Tj. klientova pravda o všem, co prožívá a jakým způsobem o tom přemýšlí. Můžeme říci, že jde o jeho konstrukt reality (Rogers, 1996). Při vstupu do referenčního rámce klienta terapeut riskuje, že jej toto poznání změní. Je zde taková hloubka setkání, ze které terapeut nemusí odcházet se stejnými představami o světě, jaké měl předtím.

Empatie představuje neustálou snahu naladit se na to, co klient prožívá a toto porozumění si u klienta neustále ověřovat. Projevuje se jí snaha následovat klienta v jeho vlastním vztahovém rámci (Šiffelová, 2010).

Empatické naslouchání terapeutem, pomáhá klientovi samému lépe naslouchat proudu vnitřních prožitků. V okamžiku kdy člověk sám sobě porozumí a váží si sám sebe, dostane se jeho Self do souladu s prožíváním, zvýší se jeho kongruence (Šiffelová, 2010).

C. R. Rogersovi (1998) vadilo zaměňování hluboce lidského prožitku empatie s tzv. „technikou zrcadlení“, jejímž základem není hluboké lidské setkání a snaha pochopit, ale snaha použít nástroj, jakousi karikaturu původního záměru.

„Prožívat stav empatie či být empatický znamená vnímat vnitřní referenční rámec druhého člověka s přesností, emocionálními složkami a významy, které k němu patří, jako bych byl oním člověkem, avšak aniž bych kdy ztratil ony dimenzi „jako by“. (...) Ztratím-li tuto dimenzi „jako by“, pak se jedná o identifikaci.“ (Rogers, 1998, s. 61).

Součástí empatického ladění se na klienta je pocíťování a symbolizace významů, kterých si je druhý sotva vědom, avšak nepokoušet se o odkrytí zcela nevědomých významů, to by klienta s největší pravděpodobností vyděsilo a tím i zpomalilo terapeutický proces (Rogers 1998).

Tolan (2006) říká, že je důležité rozumět hlavou, ale hodnotnější je rozumět srdcem. Tak dochází k hlubokému emočnímu kontaktu. V mnoha sděleních je důležitější pocit, který je za obsahem, než obsah sám (Motschnig, Nykl, 2011). Pocit, že člověk pochopil, není to samé, jako skutečné pochopení (Grant, 2011); za slovy se skrývá konkrétní význam, (který je takový, jak jej chápe pouze a jen klient sám jako jedinečná lidská bytost), a je žádoucí, nahlédnout právě tento význam, nikoli přesné znění projevu. Dle Caina et al. (2007) je dokonce právě empatie terapeuta nejspolehlivějším prediktorem pokroku klienta v terapii.

Casemore (2008) říká, že na začátku terapeutického vztahu může klienta terapeutova přesná empatie děsit. Může mít pocit, že skrz něj vidíme a tato situace mu může být nepříjemná. Je tedy žádoucí v začátcích vztahu postupovat velmi opatrně.

Empatické porozumění je problematické ve chvíli, kdy to, co klient sděluje, naráží na náš hodnotový systém. Často takové situace vedou k mlčení terapeuta. Tolan (2006)

doporučuje sdělit vše co nejotevřeněji a jak nejlépe to jde klientovi (být kongruentní). Neopomíjet ani tu stránku našeho prožívání, která se klientovi snaží porozumět, ani tu, která prožívá silný rozpor. Tím dáváme klientovi najevo, že je v pořádku, jak danou věc prožívá, zároveň my máme možnost prožívat ji jinak. V rámci dalšího setkání pak může být pro klienta snazší vyjádřit názor, který bude v rozporu s naším.

Chce-li se klient vyhnout tématu, které by bylo nějakým způsobem ohrožující též pro terapeuta, může se stát, že se mu vyhnout společně. Ačkoli je takový přístup pohodlný, není růstový (Tolan, 2006).

Oproti tomu to, že klient popře terapeutovu empatickou reakci, neznamená nutně, že byla nesprávná. Pro klienta může být pouze bolestivé ji přijmout (Tolan, 2006). V danou chvíli nemusí mít kapacitu nahlédnout situaci, může se též „jen“ stydět přiznat terapeutovi, čeho si je vědom. Je to v pořádku. Není třeba na klienta tlačit. Je žádoucí se mu přizpůsobit a nadále postupovat jeho individuálním tempem.

R. D. Laing mluví o změně úhlu pohledu terapeutovy mysli. Vzniká tak odlišný pohled na svět, ve kterém si terapeut až zahrává s vlastními (je-li třeba i psychotickými) možnostmi. A aniž by tak došlo k narušení jeho vlastního zdraví, přibližuje se pacientově pozici. Rogers zdůrazňuje, že máme mít pocit „jako bychom“ byli pacientem, ale ne se jím skutečně stát. Oba krouží kolem křehké hranice se snahou udržet sebe sama a zároveň být co nejblíže pacientovi.

M. Frýba (2003) chápe empatii jako funkci všímavosti (sati). Veškeré procvičování sati vede k většímu porozumění impulzů a stavů (což lze přirovnat ke kongruenci) a to přináší porozumění kontextům a vztahům (tedy bezpodmínečné přijetí).

Kohut také ve své práci využívá empatii, avšak spíše jako nástroj navázání kontaktu s klientem, který je později lépe připraven slyšet a přijmout vysvětlení vlastního stavu (Zeig, 2005).

4.2 Kongruence

Kongruence je vnitřní celistvost Self. Je to schopnost být plně sebou samým, uvědomovat si své vlastní myšlení, prožívání a zároveň co nejpřesněji symbolizovat realitu a začleňovat ji jako zkušenost do svého sebepojetí. Zároveň se jí rozumí též dovednost projevit navenek, kým jsem a co v danou chvíli prožívám. Děti Rogers (1996) považoval za plně kongruentní.

Opravdovost terapeuta je tvořena kongruencí a přiměřenou mírou otevřenosti (Casemore, 2008). Původně Rogers předpokládal, že terapeut nemusí nutně vyjadřovat sebe, ale nesmí klamat ani sebe ani klienty. Po zkušenostech s prací se skupinovou terapií tento postoj přehodnotil a dospěl k tomu, že terapeutovo sebevyjádření je žádoucí (Norcross, Prochaska, 2001).

Čím více je člověk kongruentní, tím lépe dokáže přijímat druhé, protože nepopírá a nezkrsluje zážitky a je otevřenější zkušenosti (Tolan, 2006). Hovoříme-li z duše o pocitech, které se právě objevují, nemůžeme se splést (Rogers, 1998). Terapeutova snaha být chápajícím, přestože to tak ve skutečnosti necítí, je však klienty pocíťovaná jako nedůvěryhodnost (Rogers, 1996).

Kongruentní terapeut si je vědom svých vnitřních hnutí. Pokud tedy ztrácí s klientem trpělivost, ví to, má na výběr, zda to klientovi sdělí či nikoli (Tolan, 2006). Sdělením takového prožitku obvykle mění atmosféru setkání a částečně se s tím mění i jeho emoce, což je dobré reflektovat. Cílem sdělení negativních emocí klientovi nikdy nemá být ulevění si terapeuta. Má to být jakési pozvání k otevřenosti a následné přijetí klientových nespokojených krůčků ke kongruenci.

Vyjadřujeme-li své vlastní reakce, pak klienta nesoudíme (Tolan, 2006). Může však na povrch prosáknout to, co nedokážeme plně přijímat. Čím méně se bojíme svých emocí, tím více rozumíme jejich významu (Freiberg, Rogers, 1998), a tím snižujeme pravděpodobnost kontaminace našich výroků. Například klient přicházející na sezení pravidelně se zpožděním v nás může způsobovat nejrůznější pocity. Zatímco jednomu terapeutovi dopřeje čas pro urovnání si papírů a myšlenek, jiný může klienta chodícího vždy pozdě vnímat jako málo motivovaného pro spolupráci a může jej takto vnímané

chování rozčilovat. Pokud si terapeut dostatečně neuvědomuje toto své podráždění, může mít snahu jej přehlížet a následně mohou být jeho další reakce na klienta kontaminované tímto pocitem. Zatímco projevení tohoto pocitu v jeho ryzosti dává klientovi prostor pro prožití toho, jak může na okolí působit, jaké jsou následky jeho činů a zároveň, v kombinaci s dalšími terapeutickými podmínkami, též to, že je stále přijímán jako osoba, ačkoli některé jeho chování může být terapeutovi nepříjemné. Tedy prožitek, že on jako Self se nerovná každému jeho činu.

Skutečně nápomocni jsme, dle Rogerse (1998), jedině tehdy, když se odvážíme vnést do terapeutického vztahu vlastní Self a hluboce vnímáme druhého člověka. Tehdy dochází k setkání, které zmírňuje bolest osamělosti klienta i terapeuta. Není v něm prostor pro přetvářky, masky, jen pro čiré BYTÍ. Pokud něco děláme spontánně, nemůže to být nikdy lest a obvykle je to velmi účinné. Problém nastává tehdy, když chceme to, co fungovalo jednou, zkusit v obdobné situaci „spontánně“ znovu. V tomto případě „spontaneita“ postrádá kýžené účinky (Rogers, 1997). Odkláníme se od onoho bytí a snad i nasazujeme masku odborníka, jenž rozumí stávající situaci. Jenže obdobná situace nikdy neznamena totožná. Mnohem účinnější je prožívat situaci takovou, jaká je a tak na ni též reagovat.

Casemore (2008) zdůrazňuje, že je důležité klientovi říci, pokud má terapeut dojem, že slova, která slyší, jsou v rozporu s tím, jak klienta v danou chvíli zažívá. Tím pomáhá klientovi slyšet i ty jemnější pocity, které klient cítí, a pomáhá mu tak nalézt pochopení pro sebe sama. Terapeut tím, že sám volně projevuje své emoce, pomáhá klientovi ke stejnému chování (Rogers, 1999).

Lidem často brání být kongruentní strach, že takové, jací jsou, je někdo nemůže milovat (Rogers, 1998). Žije-li klient za fasádou/maskou, shromažďují se za ní emoce, které, při dosažení určité kritické hladiny mají tendenci vybuchnout (Edwards, Lambie, 2009). Jeví se pak nerozumné a nepřiměřené situaci. Pomocí PCA člověk začíná vyjadřovat pocity tehdy, když je cítí, ty se pak nehromadí a člověk je přijímá jako své vlastní a patřičné, přirozené (Rogers, 1996). V terapii (především skupinové) má člověk možnost vyzkoušet si, že se nestane nic špatného, pokud si dovolí vyjádřit

pocity hněvu nebo nesouhlas ve chvíli, kdy je zažívá. Že to může být pro druhé pochopitelné a přijatelné.

Žádná maska neposkytuje dle Rogerse (1998) člověku bezpečí. Pochází nanejvýš od několika málo lidí (většinou rodičů). V samotě člověk může lépe poznat, kým je, dostat se do kontaktu s hlubším bytím a osamostatnit se. Nic nepovažuje Rogers za tak osamělý stav jakým je ztráta sebe sama.

Když se klientův život zastaví, není v procesu, přestane se vyvíjet, stává se inkongruentním. To se občas stane každému. Problém je, když se toto zastavení, zamrznutí stane naším životním stylem a inkongruence je trvalá (Geiser, 2011).

C. R. Rogers (1998, 2012) zdůrazňuje důvěřování vlastním prožitkům. Prožitek je moudřejší, než intelekt. Zkušenost je pro něj nejvyšší autoritou. Zároveň je prožitek proměnlivý. Je plynoucím proudem v našem bytí a tudíž opakem výše zmíněného zastavení se klienta. Nasloucháme-li prožitkům, přibližujeme se více proudu života.

„To, co je nejosobnější, je současně nejobecnější.“ (Rogers, 2012, s.4). Toto je jeden z nejznámějších citátů C. R. Rogerse, který naznačuje, že lidská otevřenost a kongruence je smysluplná a předatelná zkušenost. Vyjádření toho nejosobnějšího a jedinečného v každém z nás nejspíše nejhluběji osloví ostatní (Rogers, 1996).

V podstatě o inkongruenci mluví i R. D. Laing, když hovoří o systému falešného Self, tedy jakési masce, nebo fasádě, kterou jedinec nosí. Za tragický paradox této situace považuje to, že čím více je Self opevněno, tím více samo sebe ničí. Zde Laing cituje pacienta: „Jsem odpověď na to, co říkají druzí lidé, že jsem“ (1975, s. 101). V podstatě se tedy pacient nebojí smrti, ale života, toho být živý a skutečně se rozhodovat sám za sebe.

Je-li inkongruence mezi prožíváním a uvědoměním si prožitku, obvykle hovoříme o popření. Když se inkongruence nachází mezi uvědomováním a komunikací, obvykle to nazýváme falší nebo lží (Rogers, 1996).

Yalom (2003) rozlišuje tři druhy sebeodhalení terapeuta: odhalení mechanismu terapie, pocitů ze situace tady a teď a odhalení terapeutova osobního života, přičemž

v prvních dvou doporučuje velkou průhlednost a v posledním obezřetnost, ale ne úplné uzavření. Nemělo by se stát, že klient tu začne být pro nás, místo abychom zde my byli pro něho.

4.3 Bezpodmínečné přijetí

„Poznej svou tmu a ona zmizí; pak zvíte, co je světlo. Poznejte podstatu svých nočních můr a ony se ztratí; pak se probudíte do skutečnosti. Poznejte svá mylná přesvědčení a ona se vás pustí; pak poznáte, jak chutná štěstí“ (DeMello, 1996, s. 18).

Cílem PCA terapie je, aby člověk začal přijímat sám sebe, aby se dostal do kontaktu s aktualizací tendencí a jednat v souladu s ní a co nejpřesněji mohl symbolizovat realitu a rozvíjet nepodmíněnou sebeúctu (tedy dospět k vlastní kongruenci). Aby člověk mohl opětovně začít přijímat sám sebe, je nutné, aby takové přijetí nejprve zažil od druhého. Zažít kontakt bez toho aniž by v něm cítil (nebo zažíval co nejméně), (terapeutovy) podmínky ocenění (Norcross, Prochaska, 2001). Bezpodmínečné přijetí vede u klienta také k pocitu bezpečí a důvěry ve svět (Junková, 2012). Dáváme tím klientovi možnost dělat vlastní chyby (Rogers, 1996).

Bezpodmínečné přijetí je úcta k člověku takovému, jakým skutečně je, je to schopnost vzdát se vlastních očekávání a touhy měnit; je to cesta k uspokojivému důvěrnému vztahu (Rogers, 1998). Je to nemajetnická pozornost (Rogers, 1999). Není jej možné zachovávat po celý čas, terapeut může cítit vůči klientovi i negativní emoce, měl by se k bezpodmínečnému přijetí ale stále vracet, aby jej klient zažíval, pokud možno, v terapii co nejčastěji to jde. Nepomáhá však hra na přijetí, které není přítomno. Klient toto pociťuje a jen tím posilujeme jeho i naši inkongruenci.

Základním nedorozuměním ohledně bezpodmínečného přijetí je představa, že PCA terapeut schvaluje vše, co klient dělá. Terapeut si váží všech emocí, které klient prožívá. Ty jsou skutečné a reálné. Klient se díky kontaktu s těmito prožitky dostává do kontaktu se sebou samým. Konkrétní jednání klienta však může terapeuta zklamat nebo v něm vyvolat nejrůznější pozitivní nebo negativní emoce, které může svému

klientovi sdělit (podmínka kongruence). Toto může konfrontovat klientovo sebepojetí a dát prostor změně (Šiffelová, 2010). Člověk jako osobnost a bytost je vyslechnut, přijat, neznamená to však bezpodmínečný souhlas s čímkoli, co udělá.

Nejprve musíme bezpodmínečné přijetí zažít, abychom ho mohli poskytnout někomu dalšímu (Motschnig, Nykl, 2011) a sami dosáhnout určitého stupně sebpřijetí (Tolan, 2006). Klienti, pak také mohou snáze přijímat sami sebe, ale též lidi ve svém okolí. Ti, kteří mají problém přijmout jiné lidi, mívají též horší terapeutické výsledky (Cain, 2007). C. R. Rogers (2012) hovoří o paradoxu přijetí. Ve chvíli, kdy přijmeme, kým jsme (co nám na sobě vadí), otvíráme tím prostor pro změnu sebe sama, změna pak přichází téměř bezděčně. Jinými slovy: klient se nemůže měnit nebo růst po těch stránkách, které nedokáže přijmout (Rogers, 1996).

„Akceptujeme-li“ bez empatie a poznání druhého, je to plytké, klient může mít pocit, že až ho poznáme, odsoudíme ho (Rogers, 1996). Chování člověka má pro něj vždy smysl, i když se nám zdá bizarní. Jde o to vnímat lidi takové, jací jsou ne takové, jací by měli být nebo jaké bychom je chtěli mít (Pörtner, 2009). I pokus o přijetí mění kvalitu vztahu. Tolan (2006) dodává, že nám k vidění skutečného důvodu pro to, co klient prožívá, může chybět dostatečná otevřenost.

Z behaviorálního úhlu pohledu však něco, jako bezpodmínečné přijetí neexistuje. Terapeut osobně může souhlasit nebo nesouhlasit s tím, co klient říká, i když se jej snaží přijmout, a dává to nonverbálně najevo (mimika, gesta), klient toto může (i nevědomě) zachytit a reagovat podle podmínek ocenění terapeuta, který si ani neuvědomuje, že je po klientovi žádá (Norcross, Prochaska, 2001).

Piaget chápe dokonce nepodmínečné přijetí dítěte rodiči jako nutný základ pro rozvoj autonomní morálky dítěte, která je v protikladu k morálce heteronomní, závislé na vnějších kritériích hodnocení a kompromisu mezi jedincem a autoritou (Cakiropaloglu, 2012).

5 Terapeutický vztah

V terapii dle I. Yaloma (2006) léčí terapeutický vztah. Terapeut se má plně angažovat pro skutečně hluboké setkání s pacientem. Má si být vědom, že toto nelze plně udržet po celou dobu sezení, ale má to být stav, ke kterému se má během sezení pokoušet neustále vracet. Hranicí této angažovanosti je překročení etických norem. Například „sexuální angažovanost“ (myšleno sexuální styk s klientem) není bytostným setkáním a pochopením, ale zneužitím situace.

Již R. D. Laing (1975) říká, že chování pacienta je v určité míře funkcí chování terapeuta. Klient je však odborníkem na svůj život, proto by měl řídit terapeutický proces (Cain et al., 2006).

Takový vztah, který nabízí PCA terapeut, může být zprvu pro klienta ohrožující (Rogers, 1996). Později však samotní klienti zjišťují, že v něm (a díky němu) dochází k hlubokým a významným změnám osobnosti. Jedinec se stává celistvějším, efektivnějším, vidí se realističtěji, více si cení sebe samého, více si věří a řídí se sám sebou, lépe si rozumí a je otevřenější zážitkům, více akceptuje jiné a vnímá je jako sobě rovné než dříve.

Rogers terapii nepovažoval za zvláštní druh vztahu. Dle něj mohou být terapeutické podmínky splněny v jakémkoliv vztahu, který podporuje růst člověka (Šiffelová, 2010).

Návody na to, jak se stát PCA terapeutem nemohou být ze své podstaty funkční. PCA není technika, kterou se lze naučit. Pouze s postoji k člověku (dobrá podstata, důvěra v to, že člověk najde svou cestu v souladu s aktualizační tendencí) se z terapeuta stává PCA terapeut (Grant, 2011). Terapie zaměřená na člověka je způsob bytí s lidmi, založený na úctě, důvěře v jedince projevující se v umění setkat se s druhými i se sebou samým (Šiffelová, 2010).

Nevadí, neumíme-li něco přesně vyjádřit, záleží především na našem postoji vůči klientovi (Tolan, 2006). Psychoterapie je interakce mezi klientem a terapeutem, ze které oba účastníci vycházejí změněni (Geiser, 2011). M. Buber (1996) hovoří o tom,

že člověk, který vystupuje z bytostného aktu čistého vztahu, má ve své bytosti něco navíc, co nedovede přesněji definovat.

Na rozdíl od Junga Rogers „povoluje“ terapeutovi, aby i on měl své osobní problémy, nesmí jimi být však zahlcen (Nykl, 2004). Má-li terapeut facilitovat osobnostní růst druhé osoby, je podmínkou jeho vlastní růst (Rogers, 1996). Hluboké vztahy se vyznačují tendencí k proměnlivosti ne stálosti. Terapie nemění jen klienta, ale i on sám působí změnu ve svém okolí (posílá vztah dál). S trochou nadsázky by se dalo hovořit o jakési epidemii PCA (Motschnig, Nykl, 2011).

Buber dále hovoří o tom, že nenutíme-li člověku svůj názor, necháváme v něm vzklíčit a vyrůst to pravé, správné a pravdivé. Domnívám se, že je toto tvrzení jakousi paralelou důvěry v lidskou přirozenost, která je ze své podstaty dobrá. Tento typ komunikace Buber označuj jako vztah Já-Ty, který klade do protikladu ke vztahu Já-Ono, ve kterém je druhým jedincem manipulováno a je s ním zacházeno jako s objektem. Domnívám se, že PCA přístup je mnohem bližší vztahu Já-Ty než naopak.

Pojem „vztahová hloubka“ začal používat Dave Mearns. Jedná se o označení kvality přítomnosti, o jakýsi stav hlubokého kontaktu dvou lidí, kdy jsou vůči sobě oba plně otevření a schopní porozumět druhému. Namísto veřejného Self se zde projevuje existenciální Self. Nedá se uměle navodit, ale lze dopomoci k tomu, aby tento vztah vznikl např. nasloucháním, transparentností nebo vzdání se očekávání a předpokladů. Jedná se o momenty, ve kterých je vztah klienta a terapeuta natolik hluboký, že se klient může bezpečně setkat se svým nejvnitřnějším existenciálním Self bez zábran a strachu z hodnocení (Mearns, Thorne, 2000).

Specifické momenty relační hloubky jsou považovány za velmi významné okamžiky, přinášející trvalý pozitivní efekt (Cooper, Knox, 2010). Vyskytují se nejčastěji tehdy, nabídne-li terapeut něco nad rámec své profesní role. Velmi důležitá je zde terapeutova lidskost, ne tolik pak perfektní profesní dokonalost. Dokonce je, pro to, aby se klientovi skutečně přiblížil, lepší, když terapeut nedělá vše bezchybně.

Stejně tak důležité je neokčekávat, neboť očekávání (například představa o tom, jak by mělo probíhat úspěšné terapeutické sezení) potlačuje intuici. Proto je třeba především BÝT a otevřít se rezonování a moudrosti okamžiku (Rud, 2010).

6 Terapeutický proces

Dle Šiffelové (2010) neprobíhá terapie plynule a rovnoměrně. Existují v ní tzv. momenty posunu, tedy okamžiky, kdy nastává změna.

V průběhu terapie se člověk posouvá od neschopnosti uvědomit si vlastní pocity přes popisování minulosti a připouštění jejich existence až k jejich plnému prožívání teď a tady. Na počátku terapie si lidé téměř nepřipouští ambivalentní postoje či pocity, málo se sebeprojevují, často věci vnímají černobíle, problémy spatřují spíše u druhých než u sebe a zpočátku odmítají změnu (kterou později vítají).

Terapeutickou změnu provázejí často i tělesné změny. Například úzkost se často projevuje bolestí hlavy nebo zažívacími problémy. Ke konci terapie můžeme u klientů pozorovat svalovou uvolněnost, volnější dýchání a jas v očích.

Rogers popsal sedm etap procesu změny, které vymezuje následovně:

V první etapě mívá člověk neměnné názory na svět. Bývá vzdálen sám sobě i jiným lidem. Netouží po změně, svět vnímá nepřátelsky a do terapie nepřichází v této fázi dobrovolně.

Ve druhé etapě se klient vyjadřuje o neosobních tématech. Zodpovědnost za svůj život se snaží předat někomu jinému, nepřipouští si svůj podíl na tom, jaký život žije. Své pocity vnímá jako neosobní, pouze jako vzpomínky z minulosti.

Ve třetí fázi vstupuje do terapie nejvíce lidí. Jsou ochotni o sobě mluvit, ale jako by vyprávěli příběhy, ve kterých se emočně neangažují, pouze výjimečně při vyprávění dávno minulých událostí. Uvědomují si již vnitřní ambivalence, jejich jednání je však stále černobílé.

Ve čtvrté fázi jsou uvolněnější co do prožívání minulých pocitů, vynořující se aktuální pocity mají však problém akceptovat. Začínají si všímat vlastních vzorců chování a svých konstruktů světa. Toto stadium trvá nejdéle.

V pátém období dokáží přesněji mluvit o pocitech, které právě prožívají. Zakouší nové vhledy týkající se vlastního života a vztahů. Objevuje se touha být sebou samými. Jsou otevřenější ambivalenci.

Šesté stadium je rozhodující pro změnu. Zážitky a pocity se projevují naplno a není již nutné o nich přemýšlet, často jsou doprovázeny fyziologickými projevy (pláčem, apod.) Pocity jsou nyní chápány jako obohacující zážitky, není třeba se jim bránit, dochází k pocitu vnitřní integrace člověka.

V sedmém stadiu již terapie není nutná. Do tohoto stádia se klienti mohou přehoupnout také mimo terapii a na ní již pak jen referovat o dalších změnách (Rogers, 1996). Klienti důvěřují vlastním pocitům a vnitřnímu hodnocení. Pohyb a proměnlivost se stávají součástí jejich života, nelpí na pevných představách o světě. Žijí plně v přítomnosti, volně navazují vztahy s druhým a změnu chápou jako nejen možnou, ale dokonce žádoucí.

(Obdobně jako u Maslowova sebeaktualizovaného jedince) pro závěr terapie je příznačný méně zkruslený pohled na sebe a své okolí (Cochran et al., 2011).

Dle Šiffelové (2010) se od terapeuta především očekává, že bude terapii nějak konkrétně vést. Terapeut zaměřený na osobu však především JE. Je to klient, který ví, kudy jít, co jej bolí a co je pro něj důležité. Je podle něj lepší spoletnout se na klienta a nesnažit se prosadit vlastní moudrost a učenost. Úkolem terapeuta není hodnotit klienta, ale respektovat jeho vlastní referenční rámeč (Rogers, 1996). Jinými slovy: každý člověk je jedinečný a hlavní úlohou terapeuta je usnadnit klientovi řídit se vlastní silou aktualizační tendence způsobem, který klientovi nejvíce vyhovuje (Cooper, McLeod, 2011).

Nejprve člověk odkládá masky, které zná. Odložit masku, o které jsme si mysleli, že je „já“ je velmi bolestné. Pokud člověk v terapii prožije všechny své emoce, vědomě, otevřeně, v celé jejich bohatosti, stává se skutečně tím, kým je (Rogers, 1996).

Klienti se pohybují směrem od fasád, pryč od „měl bych“, pryč od plnění očekávání, od zavděčování se jiným, k sebeřízení, k procesu, k otevřenosti vůči zážitku, k akceptaci druhých, k důvěře v sebe, k menší předvídatelnosti druhými (více reagují na to, co je v daném okamžiku a co prožívá; nereagují podle naučených schémat) (Rogers, 1996).

Klientova témata a širokost jejich prožitku, by neměly být terapeutem zužovány, ale naopak pojímány v celé své šíři (Geiser, 2011), (včetně toho, co pro klienta není v současné chvíli plně vědomé – je na hranici uvědomění, ale zas ho nepředbíhat úplně do nevědomí). V opačném případě se klient začne zaměřovat na své prožívání pouze jednostranně a nemá možnost prožít plně všechny ambivalentní pocity a uvědomit si všechny postoje vůči dané situaci.

Klient během terapie začíná nejen přijímat ale dokonce skutečně milovat sebe sama (Cakirpaloglu, 2012).

Dle E. Fromma (2001) je strach ze změny názoru spojen s pocitem, že názor je náš majetek a jeho změnou o něj budeme ochuzeni. Oproti tomu jednat spontánně znamená být tvořivý a zapomínat na sebe, nebát se ochuzení. Tento proces s sebou přináší zrod nových myšlenek a úplnou otevřenost druhému člověku (odpovědi jsou upřímné, nezatížené vlastními preferencemi). Dochází tak ke ztrátě lpění.

Terapie zvyšuje frustrační toleranci klient a schopnost lépe snášet stres (Rogers, 1996).

I Yalom (2003) uvádí, že diagnózy je vhodné dávat pouze pro pojišťovny. Bereme-li diagnózu příliš vážně, ztrácí se nám ze zřetele jedinečnost člověka a můžeme jej vážně poškodit.

7 Ideální já

Rogers (1996) vnímá tři hlavní dimenze v procesu, ve kterém se člověk stává plně fungujícím jedincem: narůstá u něj otevřenost vůči prožívání, důvěra v organismus a stále více existenciální žití. Existenciální žití popisuje Šiffelová (2010) jako nepřítomnost rigidity. Vyznačuje se naopak maximem adaptability a neustále plynoucím, měnícím se organizováním Self a osobnosti bez obranného faktoru.

Tuto změnu Rogers (1996) chápe jako proces stávání se sebou samým. Jako přijetí výzvy růst a realizovat své možnosti, odvahu být a ponořit se do proudu života. Takový život vnímá jako obohacující, prospěšný a smysluplný, zároveň vyžadující odvahu a přijetí závazku BÝT. Je též tolerantní vůči dvojznačnosti tam, kde dvojznačnost existuje, je též schopen přijmout konfliktní názory bez snahy vyvozovat z nich závěry.

Casemore (2008) říká, že plně fungující člověk není netečný k tomu, jaké následky má jeho chování pro druhé lidi. Přesto to, že jeho činy mohou někoho rozrušit, mu zároveň nebrání v tom je uskutečnit. Přijímá však následky svého chování.

Taková plně rozvinutá osobnost si také cení všech svých pocitů. Neexistuje pro ni žádný, který by odmítala – všechny jsou její plnohodnotnou součástí. Tento ideální jedinec žije plně v přítomném okamžiku. Plně si uvědomuje, že může dělat chyby a učit se z nich, což vede k tomu, že u něj dochází k rozvinutí důvěry ve vlastní úsudek. Další pozitivní schopností je využití všech informací, které k němu přicházejí.

Dle Maslowa existují jisté znaky, jimiž se vyznačují sebeaktualizované osoby. Mezi ně patří schopnost být sám a necítit se osaměle, autonomie a nezávislost na kultuře a prostředí, rezistence vůči enkulturaci (Maslow, 1954) a umění být asertivní. Dále pak smysl pro humor bez nepřátelství, originalita a tvořivost, schopnost zapomenout na sebe a plně se oddat činnosti, což Maslow nazývá sebetranscendencí. Sebeaktualizované osoby také mohou prožívat vrcholné zážitky, jsou to okamžiky silného prožitku krásy, dobroty a lásky, jež jsou často popisovány v nejrůznějších náboženských tradicích (Drapela, 1997). Cakirpaloglu (2012) dodává, že mezi znaky sebeaktualizovaných osob patří také schopnost vnímat skutečnost takovou, jaká je,

akceptaci sebe, okolních lidí i světa, skromnost a přirozenost, schopnost vnímat krásu i v běžných a všedních situacích, schopnost dosáhnout mimořádných kognitivních a emočních výkonů, prožitek hlubokých vztahů s druhými, nekonformnost, tolerance a autenticita.

Plně fungující člověk do jisté míry ve svém okolí navozuje klima, které mu dále sebeaktualizaci usnadňuje (Nykl, 2004).

Tyto tendence jsou nezávislé na terapeutovi, facilitátorovi či na kultuře nebo země, ze které klient pochází (Freiberg, Rogers, 1998).

8 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je dle Z. Kratochvíla (2006) léčebné působení psychologickými prostředky na více osob najednou, které využívá skupinovou dynamiku. Pracuje tedy se vztahy ve skupině, momentálními interakcemi apod. na rozdíl od hromadné terapie, která působí na více jedinců naráz, ale nezabývá se interakcemi mezi nimi. Jedná se např. o různé edukace nebo nácviky (relaxace apod.).

V části o terapeutickém procesu jsme si řekli, jak vypadá vývoj jedince v individuální terapii. Stejně tak existují i fáze vývoje skupiny, které jsou členěny různě podle zkušeností z praxe autorů. Závisí také na tom, zda se jedná o skupinu uzavřenou nebo otevřenou. Mezi naše přední rodinné a skupinové terapeuty patří Z. Rieger (2007), který přichází s originálním konceptem vývoje skupinové dynamiky uzavřených skupin. Vzhledem k tomu, že se v případě psychoterapeutického výcviku jedná o uzavřenou skupinu, zvolila jsme tento model.

Jedná se o sedm etap vývoje, z nichž první je etapa rozhodování. Jedinci si mapují neznámé teritorium, rozhodují se, zda ve skupině zůstanou nebo odejdou. Druhou etapu Rieger nazývá orientace. Převládá snaha získat co nejvíce informací o druhých, postupně se začíná vytvářet pocit důvěry a konvenční komunikace přechází v konverzaci. Zde jedinec velmi silně očekává, že bude veden a přijímá roli člena skupiny. To je obzvlášť problematická část v Na osobu zaměřeném přístupu, kde facilitátor usnadňuje průběh skupiny, ale rozhodně ji nevede. Může zde docházet k narušení očekávání a frustraci klientů, která se často projevuje „trapnými“ dlouhými odmlkami a nepochopením toho „co se po mně chce“. Na druhou stranu malá strukturovanost skupiny dává pocit velké svobody, ve které člověk může nalézt pocit bezpečí a odhodit přetvářku (Kratochvíl, 2006).

Třetí etapa je etapou sdružování. Vztahy jsou bezpečné, panují pocity bezpečí a důvěry, zesiluje se skupinová soudržnost. Skupinová soudržnost je dle I. Yaloma (2007) pro skupinovou terapii to samé, jako pro individuální terapeutický vztah.

Čtvrtá etapa nazvaná podléhání je spojena se splýváním a prolínáním hranic. Vzniká zde velmi silný pocit „my“, který je důležitější, než individuální já. Hranice se opět

vymezují v další fázi nazvané konfrontace. Vyjádření opozice není pro nikoho lehké, k dalšímu posunu skupiny je však zřejmě nezbytné. Jde o nalezení sebe sama ve skupině. Jedinec se snaží fungovat za sebe a prosazuje svá práva vůči ostatním členům skupiny i vedoucím, zároveň se však obává, že ztratí jejich náklonnost. Tato fáze je obzvláště náročná pro terapeuty-nováčky, kteří mají často pocit, že se jim ve skupině nedaří. Ve skutečnosti dovolit jedinci nebo i skupině projevit tento odpor je známkou úspěšně probíhající terapie.

Šestou etapou je etapa objevování. Situace ve skupině je jasná a přehledná. Jedinci vědí, jaká je jejich role, co mohou skupině přinést a co může přinést ona jim. Členové skupiny spolupracují, zajímají se o sebe navzájem.

Poslední etapou je etapa uvolnění. U většiny členů se s blížícím koncem skupiny objevují méně naléhavá témata, postupně se začínají připravovat na její konec, včetně laskavého odklonu od terapeutů, případně i členů skupiny. Někdy ale mohou někteří členové zažívat paniku z toho, co si počnou, až skupiny skončí. To se obvykle projevuje buď vršením závažných témat, nebo naopak devalvací skupiny.

Tyto etapy nejsou pevně dané. Každá skupina pracuje odlišně, v závislosti na osobnosti terapeuta i klientů. Fáze mohou trvat různě dlouho, mohou se překrývat nebo dokonce úplně zmizet.

8.1 Encountrové skupiny

„O těch největších vladařích lid sotva ví, že je má,

ty menší uctívá jako své otce,

ještě menších se bojí

a na ty docela malé hledí s pohrdáním. (...)

Opravdový vládce nespěchá, opatrně odměřuje slova,

a je-li úkol dokončen a úspěch se dostaví

každý řekne: bylo to tak normální.“

(Lao-c‘, 2007, 27)

Dle I. Yaloma a M. Leszcze (2007) jsou encountrové skupiny obvykle časově omezené, intenzivně (v několika po sobě následujících dnech) proběhlá sezení.

Za předchůdce encountrových skupin jsou považovány tzv. T-skupiny Kurta Lewina, které byly zaměřené na získání dovedností v interpersonálních kontaktech (Rogers, 1997).

Encountrové skupiny začaly na Chicagské univerzitě jako pomoc obětem války. Mají volný průběh, mohou být větší (až několik set účastníků), běžně mají však 8-18 účastníků. Nejde v nich o učení, slouží k rozvoji osobního růstu (Nykl, 2004).

Facilitovat znamená ulehčovat (Rogers, 1996). A právě facilitaci skupinového procesu má na starosti terapeut.

Rogers obvykle začínal encountrové skupiny obdobným prohlášením: „Toto je naše skupina. Chystáme se spolu strávit (15) hodin a můžeme tuto skupinu ovlivnit vlastním přáními.“ (Rogers, 1999, s.20). Záměrně používá množné číslo první osoby, protože tím si nechává prostor i pro sebe, aby mohl skupinu ovlivnit v případě, že by měl pocit, že se hovoří, jen aby nebylo ticho, ale neodehrává se nic užitečného. Kdyby použil druhou osobu, toto právo by automaticky ztratil a facilitace dění by byla mnohem obtížnější.

Zároveň však svůj vliv chápe jako větší ve chvíli, kdy se o něj podělí s druhými (Freiberg, Rogers, 1998). Dát svobodu není dle jeho názoru metoda. Je to filozofie, projev důvěry.

Skupinový proces popisuje Rogers (1997) následovně: mlýnské kolo (účastníci se dozvídají, co obnáší encountrová skupina; všeobecná nejistota, frustrace z nedostatku struktury), odpor vůči osobnímu vyjádření a sebeexploraci, popis minulých pocitů, vyjadřování negativních pocitů, výraz a zkoumání osobně důležitého materiálu,

vyjádření právě probíhajících pocitů ve skupině, vývoj léčebné kapacity ve skupině, sebeaktualizace a počínající změny osobnosti, zbourání fasád, individuum/jedinec dostává zpětnou vazbu, konfrontace, nápomocný vztah, mimoskupinová sezení, zásadní setkání neboli bazální encounter (tendence vytvořit přímější a bližší kontakt, než v běžném životě), výraz pozitivních pocitů a pocitů blízkosti, jednání ve skupině se mění (stává se mírnější, ohleduplnější, citlivější a přirozenější, spontánnější).

Proces v encountrové skupině začíná nejistotou účastníků. Nestrukturovanost vede k neklidu, díky akceptaci facilitátora postupně zjišťují účastníci, že je možné mluvit o hlubších prožitcích. Mnozí prožívají akceptaci poprvé v životě. Mnohdy se nevědomě zbavují introjekcí. Dochází ke sblížení a porozumění. Proces doznívá i několik dní po skupině (Na výcviku dochází k doporučení alespoň týden po skončení výcviku nedělat žádná zásadní rozhodnutí a změny v životě).

Charakteristická je (v začátcích) nesouvislost jednotlivých výroků. Každý myslí samostatně, nevěnuje pozornost ostatním a tomu co bylo řečeno (Rogers, 1998). Facilitátoři pak musí být ti, kteří slyší.

Nestrukturovanost vede v počátcích k dezorganizaci, za kterou bývá facilitátor často obviňován (Nykl, 2004). Je třeba nevstupovat do role experta a respektovat účastníky.

První pocity tady a nyní (oproti tehdy a tam) jsou obvykle negativní. Členové skupiny tak zkouší, zda nebudou odsouzeni, vyjádří-li negativní pocity. Je-li dost bezpečná atmosféra, stále častěji se na skupině hovoří o pocitech, které zažívají členové právě teď, až postupně dojde k odbourání fasád a masek (Kratochvíl, 2006).

U zkušenějších skupin už facilitátor tolik nemluví, avšak stále podporuje jednotlivé členy, všímá si emocí, které skupina přehlédla, apod. (Nykl, 2004).

Rogers říká, že důvěřuje moudrosti skupiny. Obdobně jako bezpodmínečně přijímá „vzpurného klienta“ dělá to samé i s celkem (Zeig, 2005). Vyplácí se akceptovat skupinu tam, kde se momentálně nalézá, skupina má své vlastní vědomí.

Z výzkumu I. Yaloma a M. Leszcz (2007) vyplývá, že změny po prožitku encountrových skupin jsou poměrně trvalé. Jak pozitivní (30%), tak negativní (8%)

následky byly přítomny po 6 měsících od ukončení encountrových skupin. Existují však i skupiny, kde pozitivní změnou prošli všichni nebo téměř všichni a újmu neutrpěl nikdo. Účinnost skupiny je do značné míry také závislá na chování jejího vedoucího.

Z výzkumu I. Yaloma dále vyplývá, že pro úspěch tedy pro to, aby člověk vyléčil z encountrové skupiny co nejvíce, je obzvlášť důležité jak si pro sebe zarámuje zážitek, který prožil, jak o něm přemýšlí. Toto je zvláště překvapivé vzhledem k tomu, že vedoucí encountrových skupin a na osobu zaměření facilitátoři kladou obvykle mnohem více důrazu na prožívání než na to, co si člověk o dané věci, kterou prožívá, myslí.

Velmi často C. R. Rogersovi psali účastníci encountrových skupin dopisy s tím, co jim tato zkušenost přinesla. Velmi často se v nich opakovala zkušenost, že od skupiny sami sobě více důvěřují (Rogers, 1999).

Rogers (1997) popisuje změny, ke kterým dochází po encountrových skupinách následovně: někoho encountrová skupina nezmění, někdo se stane citlivější sám k sobě, dvakrát u jedince skupina vyvolala přechodnou psychotickou ataku (ovšem v jednom z těchto případů byl jedinec předtím již léčen se schizofrenií; toto se odehrálo v počátcích encountrových skupin). Někteří lidé poprvé v životě vyjádřili své rodině své skutečné pocity, ustupují zde pocity osamělosti, i té vnitřní, přichází pocit, že jedinec je hoden lásky, lidé často podstupují riziko být sebou samými.

Kongruence facilitátora je pro skupinu matoucí. Skupina dychtí po jakémkoli tématu, kterého se hned chytá. Facilitátor nepochybuje o výrocích účastníka, což může ostatní přivádět k úžasu. Obvykle skupině vadí nutkavé vysvětlování nebo únik do všeobecnosti (klient nemluví o konkrétně o sobě, i když to vlastně v pozadí je) (Nykl, 2004).

Dojde-li ve skupině ke konfliktu, je úkolem facilitátora, aby akceptoval prožitky obou, vcitčoval se do obou, aby oba mohli být sami sebou a přitom hlouběji nahlédli do vnitřního referenčního rámce druhé osoby (Nykl, 2004). Rogers (1997) říká, že jej

méně zajímají detaily toho, co se stalo, spíše ho zajímá, co to pro druhého člověka znamená. V rozběhnuté encounrové skupině nehraje ani generační rozdíl žádnou roli.

Pro řadu studentů je stejnou hrozbou převzetí zodpovědnosti za sebe jako pro učitele jim ji dát (Rogers, 1998). Potřebují podpůrnou atmosféru, pocit, že mohou dělat chyby a stále si vážit sebe, že nemusí rivalizovat.

Blížkost, která může vzniknout mezi účastníky skupiny, může být ohrožující pro jejich partnery (Nykl, 2004).

Účast na encounrových skupinách je dle Nykla (2004) pro budoucí PCA terapeuty a facilitátory nutná pro odložení vlastních introjekcí, masek, pro uvědomění si vlastních pocitů a učinění je transparentními. Pocity, které se rozvíjejí, ve vztahu pomáhají, jsou-li symbolizovány.

8.2 Psychoterapeutický výcvik

Na osobu zaměřenou psychoterapii k nám přivedl Jan Vymětal roku 1973. První institut založil O. Tegze v Brně roku 1993 a o rok později byl založen PCA Institut Praha. Zakládajícími členy byli Jan Holeyšovský, Vendula Junková, Václav Lepičovský, Nad'a Grosamová a Miloš Mudra (Holeyšovský, 2012; Rezková, Vymětal, 2001). V současné době je Institut řízený Janem Holeyšovským, 11. Běh výcviku pak Vendulou Junkovou. V tomtéž roce vznikla též asociace pro psychoterapii a poradenství zaměřené na osobu s předsedou Václavem Lepičovským (Kratochvíl, 2006). Jan Holeyšovský, Václav Lepičovský, Vendula Junková a Hana Nuslauerová jsou facilitátory již zmíněného jedenáctého běhu výcviku v PCA Institutu Praha.

Intenzivní výcvikový program v psychoterapii zaměřené na člověka PCA Institutu Praha je akreditován Psychoterapeutickou společností České lékařské společnosti JEP, dále je uznán jako součást kvalifikační přípravy pro výkon psychoterapeutické činnosti v oblasti sociální a zdravotnické péče. Je určen pracovníkům psychoterapeutických oborů, dalším profesionálům, kteří využijí zkušenosti ve své práci, aniž by se přímo věnovali psychoterapii a studentům.

V tomto se z evropského standardu vymyká spolu s ČR též Skotsko, kde nemusí mít PCA poradci předchozí stupeň kvalifikace v psychologii, lékařství nebo jiné humanitní vědě, čímž se liší od většiny zemí (Cornforth, Lambers, 2011). V ČR se však nemohou nazývat terapeuty, protože obor terapie je léčebnou metodou, kterou lze jako takovou využít pouze v rámci zdravotnictví a provádí ji buď klinický psycholog, nebo psychiatr s patřičnou složenou zkouškou.

Obsahem výcviku akreditovaného PCA Institutem Praha je práce na sobě, výcvik dovedností, teorie, práce s klienty nebo pacienty, supervize a individuální terapie.

Výcvik má dva stupně.

První stupeň je Komunitně skupinový program, jehož součástí je práce ve výcvikových skupinách (350 hodin), nácvik dovedností terapeutického rozhovoru a vedení skupin (200 hodin), teorie (80 hodin), skupinová supervize (30 hodin) a volitelné aktivity (60 hodin).

Část individuálně výcvikového programu se skládá ze supervize (155 hodin), individuální terapie (40 hodin), teorie a zpracování a obhajoby závěrečné práce (PCA Institut Praha, 2012).

Závěr teoretické části

PCA směr vede člověka k přehodnocení názoru na lidskou podstatu jako takovou, k prohloubení intuice a zjemnění citlivosti vůči svému tělu i hlasu svého nitra, větší asertivitě a zároveň citlivosti pro motivy a potřeby druhých. Pomáhá lidem vidět a vnímat svět, druhé i sebe reálněji ve své proměnlivosti.

Může pomoci mnohým, nikoli však vždy a každému. Vede člověka k hledání vlastní, jedinečné cesty, i když to znamená pomoci s volbou vhodnějšího terapeuta.

Neomezuje se pouze na práci terapeutickou, rozvinut je též v oblasti pedagogické, oblasti mezinárodních vztahů a jako podklad životní filozofie ovlivňuje též každodenní bytí.

II PRAKTICKÁ ČÁST

9 Metodologický rámec práce

Na osobu zaměřený přístup (dále jen PCA) je rozšířeným terapeutickým, seberozvojovým i pedagogickým směrem. Uplatnění má všude tam, kde je potřeba přinést lidskost a kontakt, porozumění druhým i prosazení sebe sama (Nykl, 2004).

Velmi se rozšířil v podobě encountrových skupin a jejich obdůb.

Psychoterapeutický výcvik si klade za cíl naučit frekventanta dovednostem, které upotřebí v praxi. PCA je ale též životní filozofií. Frekventanti encountrových skupin i psychoterapeutických výcviků pravidelně referují o celé řadě změn osobnostních, převážně postojových i změn prožívání.

Jsou tyto změny reálné? Jsou objektivně měřitelné psychologickými metodami? Ovlivňuje výcvik osobnost frekventanta?

9.1 Výzkumný problém, cíle práce, hypotézy

Cílem tohoto výzkumu je zjistit, zda v průběhu jednoho roku výcviku došlo u frekventantů PCA výcviku k osobnostním změnám. Z literatury vyplynuly následující cíle, které experimentálně prověřuji pomocí hypotéz:

Internalizované podmínky ocenění nás nutí být závislými na mínění druhých (Norcross, Prochaska, 2001). V průběhu zážitkových skupin psychoterapeutického výcviku PCA by mělo, mimo jiné i díky bezpodmínečnému přijetí, docházet k odkrývání těchto internalizovaných podmínek a jejich nahrazování nezávislým přijetím jako projevem vlastní mentální soběstačnosti. Na základě toho stanovuje hypotézy 1 a 9.

Seberealizace navazuje na Maslowův koncept seberealizovaných lidí. V Rogersově pojetí se dá hovořit o lidech, kteří naslouchají své aktualizační tendenci, tedy jednájí v souladu s organismickým hodnocením (Nykl, 2004). Tato schopnost by se též měla rozvíjet v zážitkových skupinách. Proto kladu hypotézy 2 a 10.

Šiffelová (2010) uvádí, že při setkání v dostatečné vztahové hloubce, vstupuje klient do svého existenciálního Self. Zde je místo jen pro BYTÍ, nikoli pro předstírání a obrany. Člověk tedy jedná spontánněji. Rogers (1996) uvádí, že v sedmém stadiu psychoterapie klienti přijímají pohyb a proměnlivost jako součást života a přestávají lpět na pevných představách o světě. Žijí plně v přítomnosti, volně navazují vztahy s druhým a změnu chápou jako nejen možnou, ale dokonce žádoucí. Masky a fasády jsou již odloženy. Z toho vyvozují hypotézy 3 a 11.

Z hlediska měření sebeúcty, jsem hypotézy 4 a 12 stanovila s ohledem na Rogersova zjištění (1996), že klient si v průběhu terapie začíná více vážit sebe sama, více si věří a je sebou samým. Klient během terapie začíná nejen přijímat ale dokonce skutečně milovat sebe sama (Cakirpaloglu, 2012).

Snad nejčastěji se Rogers (1996) vrací k problematice sebeakceptace. Hypotézy 5 a 13 byly stanoveny s ohledem na jeho zjištění, že klient se v terapii stává celistvějším, lépe si rozumí, akceptuje sebe i jiné. Důvěřuje vlastním pocitům a vnitřnímu hodnocení, začíná sám sebe přijímat takového, jaký je i se svými chybami. Též Vymětal (2006) hovoří o zmenšování rozdílu mezi reálným a ideálním já, ke kterému dochází na skupinách PCA i v individuální terapii. Čím menší tento rozdíl je, tím více akceptuje to, kým je a stává se sebou samým.

U hypotéz 6 a 14 vycházím z předpokladu, že frekventantům PCA výcviku je v rámci teorie vštěpován fakt, že lidská podstata je dobrá, konstruktivní a společenská, že se člověku dá věřit a pokud člověka bezpodmínečně přijímáme, bude moci lépe naslouchat své aktualizační tendenci a řídit se jí (Šiffelová, 2010).

Skutečně nápomocni jsme dle Rogerse (1998) jedině tehdy, když se odvážíme vnést do terapeutického vztahu vlastní Self a hluboce vnímáme druhého člověka. Tehdy dochází k setkání, které zmírňuje bolest osamělosti klienta i terapeuta. Není v něm prostor pro přetvářky, masky, jen pro čiré BYTÍ. Z toho důvodu se domnívám, že schopnost intimního kontaktu u frekventantů výcviku by měla vzrůstat. S ohledem na tato zjištění jsme stanovila hypotézy 7 a 15.

Z hlediska organismického ohodnocení, ke kterému by se frekventant výcviku měl stávat pozornějším, se jeví logické, že člověk se zkušeností PCA vnímá intenzivněji odpovědnost za své činy, než před tím (Norcross, Prochaska, 2011). Casemore (2008) dodává, že plně fungující člověk není netečný k tomu, jaké následky má jeho chování na druhé lidi, ale to, že jeho činy mohou někoho rozrušit, mu zároveň nebrání v tom je uskutečnit. Přijímá však následky svého chování. S ohledem na tato zjištění jsem stanovila hypotézy 8 a 16.

H1: V dimenzi místo řízení budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

H2: V dimenzi seberealizace budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

H3: V dimenzi spontaneita budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

H4: V dimenzi sebeúcta budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

H5: V dimenzi sebeakceptování budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

H6: V dimenzi lidská povaha budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

H7: V dimenzi intimní kontakt budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

H8: V dimenzi odpovědnost budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

H9: V dimenzi místo řízení budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

H10: V dimenzi seberealizace budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

H11: V dimenzi spontaneita budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

H12: V dimenzi sebeúcta budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

H13: V dimenzi sebeakceptování budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

H14: V dimenzi lidská povaha budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

H15: V dimenzi intimní kontakt budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

H16: V dimenzi odpovědnost budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

9.2 Zvolený výzkumný přístup a typ výzkumu

V této diplomové práci využívám kvantitativní přístup. Původní záměr byl využití kvalitativního přístupu na české populaci současných frekventantů PCA (neboť teoretické podklady se většinou týkaly populace anglosaské). Vzhledem ke stupni ovlivnění průběhu výcviku jsme po konzultaci s PCA Institutem Praha dospěla k volbě kvantitativního přístupu, který méně narušoval chod výcviku a ověřoval stálejší hypotézy známé z literatury (většinou zahraniční).

Frekventanti výcviku se v jeho rámci učí konkrétním dovednostem. Mění se však skutečně jejich osobnost?

Výhodou kvantitativního výzkumu je v tomto ohledu především jeho strukturovanost a možnost opakovat měření (např. v delším časovém úseku, apod.) Jeho hlavní nevýhodou je, že nám mohou uniknout nová zjištění, opírá se tedy především o již známá data a nemapuje situaci hlouběji (Miovský, 2009).

Cílem této práce je porovnání výsledků v osobnostních dimenzích v experimentální skupině frekventantů, kteří jsou testováni v již započatém výcviku a po roce jsou podrobeni stejnému testu. Zajímá nás tedy rozdíl ve výsledcích testu a retestu. Dále ověřuji výsledky prvního testu v kontrolní skupině VŠ studentů (s ohledem na dostupnost vzorku a obdobné vzdělání s frekventanty PCA výcviku).

9. 3 Metody získávání dat

K měření charakteristik sebeaktualizace osobnosti jsem použila Personal Orientation Inventory (dále jen POI). K měření existenciálních charakteristik v předpokládané proměně osobnosti pak Existenciální škálu (dále jen ESK).

POI jsem zvolila, protože se z dostupných dotazníků nejvíce přibližuje konceptu PCA (vychází z Maslowova konceptu sebeaktualizace). Má velké množství položek (150), tudíž je nepravděpodobné, že by si frekventant po roce pamatoval všechny své odpovědi a vědomě zkreslil výsledky výzkumu (Shostrom, 1963).

Byl vytvořen Shostromem. Dimenzemi dotazníku jsou: časová kompetence (měří míru žití jedince v přítomnosti/ minulosti, budoucnosti), místo řízení (měří míru soběstačnosti a nezávislosti), hodnoty seberealizace (měří míru vyznávání hodnot seberealizovaných lidí), existencialista (ve smyslu flexibility v aplikaci hodnot), citová reaktivita (jako citlivost k vlastním potřebám a citům), spontaneita (míra volného vyjadřování svých citů chováním), sebeúcta (jak vysoko/nízko se hodnotí), sebeakceptování (míra akceptování svého já přes své vlastní slabosti), lidská povaha (vidí člověka jako v základě dobrého/špatného), synergie (v jak smysluplném vztahu vnímá protiklady života), akceptování vlastní agresivity (míra akceptace vlastních pocitů zloby či agresivity) a schopnost intimního kontaktu (jak vřelý má meziosobní vztahy). Škály jsou syceny různým počtem položek, jedna položka často spadá do více dimenzí. Proband vždy vybírá ze dvou výroků, který je pro něj pravdivý, přičemž není povinné vyplnit všechny položky.

ESK je inventář přeložený K. Balcarem (Kundi, Längle, Orglerová, 2001), ve kterém probandi daný výrok hodnotí na šestibodové škále od 1 (naprosto platí) do 6 (naprosto neplatí). Má čtyři jednoduché škály: sebeodstup (vnímání objektivní skutečnosti), sebezpřesah (schopnost vstoupit do citového vztahu k někomu nebo něčemu jinému), svoboda (schopnost rozhodnout se pro možnosti podle jejich subjektivního ocenění) a odpovědnost (schopnost aktivně jednat a nést důsledky). Sečtené skóry sebeodstup a sebezpřesah tvoří dimenzi personalita (míra otevřenosti vůči sobě a hodnotám) a skóry svoboda a odpovědnost dimenzi existencialista (neboli rozhodná angažovanost). Sečtením všech skóru v jednoduchých dimenzích vyjde celkový skór (měřící osobní, smysluplnou existenci).

Inventář byl použit k především ke zmapování odpovědnosti.

Dotazníky byly administrovány v elektronické podobě přes portál drive.google.com. Hlavní výhodou využití online dotazníku je jeho snadná dostupnost a snadné shánění respondentů. Hlavní nevýhodou online administrace je, že je mnohem snazší jeho vyplňování přerušit a odeslat jej ne zcela vyplněný. Vzhledem k poměrně malému počtu otázek v ESK (46) jsme zvolila v nabídce možnost, že při neúplném vyhodnocení této části se formulář neodeslal, což mi pomohlo odfiltrvat část nemotivovaných klientů. Vzhledem k velkému počtu položek v POI (150) jsme v této části nechala možnost některé položky vynechat. Tím pádem mi přišly některé dotazníky s významným počtem nevyplněných položek, které jsem byla nucena vyřadit. To samé by se mohlo stát i v případě papírových dotazníků. Výhody online dotazníku tedy převážily nad riziky a zvolila jsme tento přístup administrace, též s ohledem na pracovní vytížení frekventantů výcviku a to, že žijí po celém území ČR i SR a mimo skupinová setkání by byla administrace papírového dotazníku velmi obtížná.

9.4 Statistické metody analýzy dat

Ke statistickému zpracování údajů byl použit test normality, kterým bylo ve skupinách frekventanti test, frekventanti retest i v kontrolní skupině VŠ studentů ověřeno normální rozložení dat.

Data ověřující údaje z dotazníků frekventantů byla ověřena pomocí Shapiro-Wilkova testu normality, který pomohl určit vhodný druh t-testu, jímž byla data zpracována.

Data ověřující údaje z dotazníků prvního měření frekventantů a kontrolní skupiny byla porovnávána pomocí Leveneova testu (testuje shodu rozptylů), který pomohl určit vhodný druh t-testu, jímž byla data zpracována (Reiterová, 2009).

9.5 Etika výzkumu

Výzkum pracoval s citlivými údaji. Riziko na straně respondentů mohlo být o to vyšší, že se s řadou z nich (hlavně z řad frekventantů) osobně znám. Z toho důvodu si sami zvolili přezdívku, pod kterou se podepsali na dotazník a nebyl zkoumán jejich věk ani pohlaví, které by mi dopomohli k určení, čí dotazník komu patří. Etika výzkumu byla z tohoto hlediska prioritou.

Účastníci výzkumu měli možnost zanechat mi přímo v závěru dotazníku vzkaz nebo se na mě, též anonymně nebo pouze s uvedením přezdívky, obrátit v případě dotazů k testu nebo s žádostí o své vlastní výsledky v něm.

Respondenti byli informováni o účelu výzkumu. Účast byla dobrovolná a s vyplňováním dotazníku mohli kdykoli přestat a formulář nedešlat (nebo odeslat ne zcela vyplněný). Účastníci výzkumu nebyli klamáni, nehrozilo jim žádné nebezpečí či riziko ublížení na zdraví.

9.6 Zkoumaný soubor

V rámci této práce jsem zkoumala nejprve experimentální skupinu (9.5.1). Po vyhodnocení jejich výsledků jsem výsledná data srovnávala s výsledky kontrolní skupiny (9.5.2).

9.6.1 Experimentální skupina

Výzkumný vzorek tvoří 15 frekventantů PCA Institutu Praha. Dvě frekventantky byly v době prvního testování v psychoterapeutickém výcviku 3 roky, ostatních 13 frekventantů první rok, věk frekventantů se pohyboval mezi 21-55 lety (nebylo podmínkou tento údaj ve výzkumu uvádět, sdělen mi ale byl).

Žádost o spolupráci byla poslána též institutům v Bratislavě a v Brně. Bratislavský institut v době začátku výzkumu neměl aktuálně žádný rozběhnutý běh výcviku (několik měsíců na to ovšem zahajoval výběrové řízení, z časových důvodů této práce jsme však spolupráci již nezahajovala). S Brněnským institutem se mi kontakt nepodařilo navázat.

Celkový počet frekventantů PCA Institutu Praha byl v době zahájení výcviku 60. Osloveni byli všichni frekventanti. Návratnost dotazníku byla 25% při druhém testování.

Při prvním testování dotazník vyplnilo 20 frekventantů (tj. více než 30% návratnost dotazníku), 5 po roce nevyplnilo retest, jejich původní dotazníky tedy nebyly do výzkumu zahrnuty.

Mým původním záměrem bylo oslovit celou populaci účastníků v současné době probíhajících výcviků PCA na území ČR a SR. Výběr byl nakonec omezen na PCA Institut Praha z hlediska dostupnosti a proběhl pomocí metody samovýběru. Participantů byli osloveni přes e-maily prostřednictvím korespondence PCA Institutu a požádání o spolupráci na výzkumu k této diplomové práci (Miovský, 2009).

9.6.2 Kontrolní skupina

Výzkumný vzorek tvoří 29 studentů VŠ (fakult filozofická, pedagogická, přírodovědná a lékařská), věk frekventantů se pohyboval mezi 20 až 30 lety věku.

Výběr proběhl metodou sněhové koule. Žádost o spolupráci byla zaslána prostřednictvím sociální sítě kontaktním osobám, které ji dále šířily. Z minimálního počtu 200 oslovených dotazník vyplnilo 35. Z důvodu vysokého počtu vynechaných položek (více než 30) jsem vyloučila 6 dotazníků. Ve zbývajících dotaznících byl počet vynechaných položek zanedbatelný (Miovský, 2009).

9.7 Organizace a průběh šetření

Dotazník byl distribuován experimentální skupině elektronicky do e-mailových schránek buď prostřednictvím PCA Institutu Praha. Vyplňovali jej přes portál drive.google.com. Kontrolní skupině byl dotazník administrován prostřednictvím sociální sítě a vyplňovali jej pomocí stejného portálu.

K první administraci frekventantům došlo v prosinci 2011. Ke druhé v prosinci 2012. Kontrolní skupině byl dotazník administrován na přelomu ledna a února 2013. Retest nebyl u této skupiny z časových důvodů vytvořen.

10 Výsledky práce

10.1 Výsledky experimentální skupiny

V ESK a POI nebyly zjištěny Shapiro-Wilkovým testem normality žádné statisticky signifikantní odchylky v jednotlivých dimenzích.

Tabulka 1 zobrazuje změny ve výsledcích frekventantů v prvním a druhém měření.

Výsledky budou popsány v podkapitole Hypotézy.

Tabulka 1 – Tabulka změn výsledků frekventantů

	Shapiro-Wilkův test		změna					t-test	
	W	p	min	max	průměr	sm. odch.	míra účinku	t	p
časová kompetence	0,96	0,64	-10	6	0,93	3,99	0,23	0,91	0,38
místo řízení	0,93	0,28	-27	15	0,07	10,70	0,01	0,02	0,98
seberealizace	0,96	0,72	-7	9	-0,20	3,84	-0,05	-0,20	0,84
existencialita	0,91	0,11	-10	7	-0,53	5,07	-0,11	-0,41	0,69
citová reaktivita	0,98	0,97	-8	7	-0,20	4,00	-0,05	-0,19	0,85
spontaneita	0,94	0,35	-5	7	-0,67	2,94	-0,23	-0,88	0,40
sebeúcta	0,93	0,30	-9	5	0,07	3,45	0,02	0,07	0,94
sebeakceprování	0,94	0,44	-4	9	-0,80	3,53	-0,23	-0,88	0,39
lidská povaha	0,97	0,79	-5	4	0,07	2,34	0,03	0,11	0,91
synergie	0,92	0,17	-2	3	-0,27	1,49	-0,18	-0,69	0,50
agresivita	0,96	0,75	-5	9	-1,00	4,11	-0,24	-0,94	0,36
intimní kontakt	0,90	0,09	-5	7	-0,27	4,30	-0,06	-0,24	0,81
sebeodstup	0,97	0,85	-5	6	-0,20	3,05	-0,07	-0,25	0,80
sebeřesah	0,89	0,08	-12	6	0,93	4,48	0,21	0,81	0,43
svoboda	0,93	0,29	-5	12	-0,93	4,38	-0,21	-0,82	0,42
odpovědnost	0,99	1,00	-21	19	0,33	10,23	0,03	0,13	0,90
personalita	0,91	0,15	-13	6	0,73	4,73	0,16	0,60	0,56
existencialita	0,98	0,99	-24	22	-0,60	12,64	-0,05	-0,18	0,86
celkový skór	0,98	0,92	-31	23	0,13	14,80	0,01	0,03	0,97

10.2 Výsledky experimentální a kontrolní skupiny

V ESK a POI nebyly zjištěny testem normality žádné statisticky signifikantní odchylky v jednotlivých dimenzích.

Pomocí Leveneraova testu jsem vybrala příslušný t-test, s jehož pomocí byla vyhodnocena data.

Tabulka 2 zobrazuje rozdíly ve výsledcích frekventantů při prvním měření a kontrolní skupiny.

Výsledky budou popsány v následující podkapitole Hypotézy.

Tabulka 2 – Tabulka rozdílů výsledků frekventantů a kontrolní skupiny

škála	průměr		sm. odch.		Leveneův test		t-test			d
	experimentál	kontrolní	experimentál	kontrolní	F	p	t	df	p	
časová kompetence_před	15,60	13,24	3,22	2,85	0,16	0,69	2,49	42	< 0,05	0,81
místo řízení_před	81,27	76,86	13,14	12,46	0,13	0,72	1,09	42	0,28	0,36
seberealizace_před	19,80	19,62	3,36	2,60	1,05	0,31	0,20	42	0,85	0,06
existencialita_před	21,07	20,24	4,10	3,75	0,24	0,63	0,67	42	0,51	0,22
citová reaktivita_před	14,33	13,48	3,33	3,51	0,00	0,99	0,77	42	0,44	0,25
spontaneita_před	11,53	11,28	3,16	3,12	0,16	0,69	0,26	42	0,80	0,08
sebeúcta_před	11,53	10,76	3,70	3,07	0,51	0,48	0,74	42	0,46	0,24
sebeakceproování_před	14,47	12,93	4,17	2,96	3,55	0,07	1,41	42	0,16	0,46
lidská povaha_před	11,07	11,48	2,02	1,77	0,00	0,97	-0,71	42	0,48	-0,23
synergie_před	7,13	6,83	1,60	1,26	0,76	0,39	0,70	42	0,49	0,23
agresivita_před	15,60	13,24	3,22	2,85	0,23	0,64	-0,90	42	0,38	0,81
intimní kontakt_před	13,07	13,83	2,69	2,66	0,01	0,93	1,40	42	0,17	-0,29
sebeodstup_před	17,47	15,66	3,98	4,13	0,40	0,53	2,32	42	< 0,05	0,45
sebeopřesah_před	37,47	32,79	5,85	6,55	0,36	0,55	2,24	42	< 0,05	0,76
svoboda_před	73,27	67,45	8,45	8,03	1,16	0,29	1,56	42	0,13	0,73
odpovědnost_před	50,53	46,14	10,74	7,78	0,68	0,42	2,84	42	< 0,01	0,51
personalita_před	56,67	47,86	10,83	9,15	0,01	0,91	2,78	42	< 0,01	0,92
existencialita_před	110,73	100,17	12,61	11,60	1,07	0,31	2,38	42	< 0,05	0,91
celkový skóre_před	107,20	94,00	20,40	15,78	0,02	0,89	2,72	42	< 0,01	0,77

10.3. Přijetí/zamítnutí jednotlivých hypotéz

10.3.1 Hypotéza 1

H1: V dimenzi místo řízení budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

Pomocí t-testu bylo zjištěno, že výsledky mezi prvním a druhým měřením v experimentální skupině nejsou statisticky významné.

Hypotézu 1 nelze přijmout.

10.3.2 Hypotéza 2

H2: V dimenzi seberealizace budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóru, než v prvním měření.

Pomocí t-testu bylo zjištěno, že hodnoty při druhém měření vzrostly v průměru o 0,07. Výsledek je významný, avšak ne statisticky signifikantně.

Hypotézu 2 nelze přijmout.

10.3.3 Hypotéza 3

H3: V dimenzi spontaneita budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóru, než v prvním měření.

Pomocí t-testu bylo zjištěno, že výsledky mezi prvním a druhým měřením v experimentální skupině nejsou statisticky významné.

Hypotézu 3 nelze přijmout.

10.3.4 Hypotéza 4

H4: V dimenzi sebeúcta budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóru, než v prvním měření.

Pomocí t-testu bylo zjištěno, že hodnoty při druhém měření vzrostly v průměru o 0,07. Výsledek je významný, avšak ne statisticky signifikantně.

Hypotézu 4 nelze přijmout.

10.3.5 Hypotéza 5

H5: V dimenzi sebeakceptování budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóru, než v prvním měření.

Pomocí t-testu bylo zjištěno, že výsledky mezi prvním a druhým měřením v experimentální skupině nejsou statisticky významné.

Hypotézu 5 nelze přijmout.

10.3.6 Hypotéza 6

H6: V dimenzi lidská povaha budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

Pomocí t-testu bylo zjištěno, že hodnoty při druhém měření vzrostly v průměru o 0,07. Výsledek je významný, avšak ne statisticky signifikantně.

Hypotézu 6 nelze přijmout.

10.3.7 Hypotéza 7

H7: V dimenzi intimní kontakt budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

Pomocí t-testu bylo zjištěno, že výsledky mezi prvním a druhým měřením v experimentální skupině nejsou statisticky významné.

Hypotézu 7 nelze přijmout.

10.3.8 Hypotéza 8

H8: V dimenzi odpovědnost budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

Pomocí t-testu bylo zjištěno, že výsledky mezi prvním a druhým měřením v experimentální skupině nejsou statisticky významné.

Hypotézu 8 nelze přijmout.

10.3.9 Hypotéza 9

H9: V dimenzi místo řízení budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

Pomocí t-testu bylo zjištěno, že výsledky mezi experimentální a kontrolní skupinou nejsou statisticky významné.

Hypotézu 9 nelze přijmout.

10.3.10 Hypotéza 10

H10: V dimenzi seberealizace budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

Pomocí t-testu bylo zjištěno, že výsledky mezi experimentální a kontrolní skupinou nejsou statisticky signifikantně významné.

Hypotézu 10 nelze přijmout.

10.3.11 Hypotéza 11

H11: V dimenzi spontaneita budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

Pomocí t-testu bylo zjištěno, že výsledky mezi experimentální a kontrolní skupinou nejsou statisticky signifikantně významné.

Hypotézu 11 nelze přijmout.

10.3.12 Hypotéza 12

H12: V dimenzi sebeúcta budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

Pomocí t-testu bylo zjištěno, že výsledky mezi experimentální a kontrolní skupinou nejsou statisticky signifikantně významné.

Hypotézu 12 nelze přijmout.

10.3.13 Hypotéza 13

H13: V dimenzi sebeakceptování budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

Pomocí t-testu bylo zjištěno, že výsledky mezi experimentální a kontrolní skupinou nejsou statisticky signifikantně významné.

Hypotézu 13 nelze přijmout.

10.3.14 Hypotéza 14

H14: V dimenzi lidská povaha budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

Pomocí t-testu bylo zjištěno, že výsledky mezi experimentální a kontrolní skupinou nejsou statisticky signifikantně významné.

Hypotézu 14 nelze přijmout.

10.3.15 Hypotéza 15

H15: V dimenzi intimní kontakt budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

Pomocí t-testu bylo zjištěno, že výsledky mezi experimentální a kontrolní skupinou nejsou statisticky signifikantně významné.

Hypotézu 15 nelze přijmout.

10.3.16 Hypotéza 16

H16: V dimenzi odpovědnost budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

Pomocí t-testu bylo zjištěno, že výsledky mezi experimentální a kontrolní skupinou jsou statisticky signifikantně významné.

Přijímám hypotézu 16.

10.4 Další výsledky

Ani v jiných škálách nebyly výsledky mezi prvním a druhým měřením frekventantů statisticky signifikantně významné.

Mezi prvním měřením frekventantů a kontrolní skupinou byly statisticky signifikantní rozdíly na hladině významnosti 0,05 v dimenzích časová kompetence, sebeodstup, sebezpřesah, personalita, existencialista a v celkovém skóre ESK. Vyšší skóre měly vždy frekventanté výcviku.

11 K platnosti hypotéz

H1: V dimenzi místo řízení budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

Hypotézu 1 nelze přijmout.

H2: V dimenzi seberealizace budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

Hypotézu 2 nelze přijmout.

H3: V dimenzi spontaneita budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

Hypotézu 3 nelze přijmout.

H4: V dimenzi sebeúcta budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

Hypotézu 4 nelze přijmout.

H5: V dimenzi sebeakceptování budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

Hypotézu 5 nelze přijmout.

H6: V dimenzi lidská povaha budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

Hypotézu 6 nelze přijmout.

H7: V dimenzi intimní kontakt budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

Hypotézu 7 nelze přijmout.

H8: V dimenzi odpovědnost budou frekventanti po roce dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než v prvním měření.

Hypotézu 8 nelze přijmout.

H9: V dimenzi místo řízení budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

Hypotézu 9 nelze přijmout.

H10: V dimenzi seberealizace budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

Hypotézu 10 nelze přijmout.

H11: V dimenzi spontaneita budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

Hypotézu 11 nelze přijmout.

H12: V dimenzi sebeúcta budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

Hypotézu 12 nelze přijmout.

H13: V dimenzi sebeakceptování budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

Hypotézu 13 nelze přijmout.

H14: V dimenzi lidská povaha budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

Hypotézu 14 nelze přijmout.

H15: V dimenzi intimní kontakt budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

Hypotézu 15 nelze přijmout.

H16: V dimenzi odpovědnost budou frekventanti při prvním testování dosahovat statisticky signifikantně vyšších skóre, než kontrolní skupina.

Přijímám hypotézu 16.

Tabulka 3 - Platnost hypotéz	
Hypotéza 1	nelze přijmout
Hypotéza 2	nelze přijmout
Hypotéza 3	nelze přijmout
Hypotéza 4	nelze přijmout
Hypotéza 5	nelze přijmout
Hypotéza 6	nelze přijmout
Hypotéza 7	nelze přijmout
Hypotéza 8	nelze přijmout
Hypotéza 9	nelze přijmout
Hypotéza 10	nelze přijmout
Hypotéza 11	nelze přijmout
Hypotéza 12	nelze přijmout
Hypotéza 13	nelze přijmout
Hypotéza 14	nelze přijmout
Hypotéza 15	nelze přijmout
Hypotéza 16	přijímám

12 Diskuse

Diplomová práce se zabývá osobnostními změnami v PCA výcviku. O změnách v průběhu terapie nebo encountrových skupin hovoří již Carl Rogers. Většina literatury popisující tyto změny je zahraniční nebo převzatá.

12.1 Výzkumná zjištění

Z hlediska statisticky signifikantní významnosti se potvrdila pouze 16. hypotéza. Odpovědnost byla statisticky signifikantně vyšší v prvním měření frekventantů výcviku (tedy u lidí, kteří za sebou měli rok či dokonce již tři roky výcviku) než u studentů VŠ.

Výsledky hypotéz 1, 4 a 6 se blížily hladině statistické významnosti, avšak nepřekročily ji. Při retestu dosahovali frekventanti psychoterapeutického výcviku vyšších výsledků na hladině významnosti 0,07. Domnívám se, že výsledek může být způsoben též malým množstvím frekventantů, kteří se výzkumu účastnili a proto se z hlediska měření test-retest neprojevila žádná hodnota jako statisticky signifikantní.

Překvapující pro mě byly výsledky v dimenzích časová kompetence z metody POI; sebeodstup, sebezpřesah, existencialista, personalita a celkový skóre v ESK. Domnívám se, že by se daly vysvětlit vyšším věkem frekventantů výcviku oproti studentům VŠ a jinými životními zkušenostmi (např. rodinnými), též však účastí ve výcviku samém a tím i větší citlivostí k vlastnímu prožívání.

Statisticky signifikantně vyšší skóre v oblasti časové kompetence naznačuje, že frekventanté výcviku žijí více přítomným okamžikem, tedy více v procesu bytí a tím též blíže vyšším etapám individuálního vývoje jedince terapii, než kontrolní skupina (Vymětal, 1997).

Statisticky signifikantní rozdíl mezi skóre testu frekventantů a kontrolní skupiny v dimenzi sebeodstup lze dle mého názoru vysvětlit zlepšením symbolizace v průběhu výcviku, kdy člověk méně zkresluje prožívané a díky tomu je jeho vnímání bližší realitě (Rogers, 1996).

Schopnost sebepřesahu lze chápat též jako jakousi paralelu schopnosti intimního kontaktu ve smyslu schopnosti vztahovat se k druhým a zároveň sebeodstupu ve smyslu schopnosti vztahovat se ke světu.

Vysoké výsledky následujících skóre vycházejí ze statisticky signifikantně významně vyšších skóre v již zmíněných dimenzích ESK (Kundi, Längle, Orglerová, 2001).

Z výzkumu vyplývá, že psychoterapeutický výcvik má na člověka vliv, avšak převážně v jiných osobnostních dimenzích, než se původně předpokládalo.

12.2 Možné zdroje nepřesností

Původně měla být tato práce kvalitativní vzhledem k nízkému počtu možných respondentů a předpokladu, že se všichni nebudou ochotni výzkumu zúčastnit. Z hlediska možného vlivu takového výzkumu na výcvik však převážily výhody kvantitativního výzkumu nad jeho nevýhodami a rozhodla jsem se zmapovat v literatuře popsané osobnostní změny na české populaci.

Hlavní nevýhodou výzkumu je to, že neprobíhal od samého začátku výcviku, ale první měření proběhlo až po necelém roce (u dvou dotazníků dokonce 3 letech) od jeho započetí. Rogers (1997) ovšem hovoří o značných osobnostních změnách i po jednom intenzivním encoutrovém sezení. Zásadní změny tedy mohly proběhnout již před započítím měření, čemuž by nasvědčovaly i výsledky v dimenzích ESK.

Také doba měření – pouhý rok – která je způsobena limity této práce, není dostačující pro obraz plného dosahu osobnostní změny ve výcviku.

Dá se také uvažovat o tom, že do výcviku PCA se může hlásit specifická skupina lidí, vzhledem k tomu, že se povětšinou jedná o informovanou odbornou veřejnost, myšlenky typu dobra v lidské podstatě a důvěry v člověka obecně jsou většině frekventantů blízké už v době, kdy si výcvik vybírají. Studenti VŠ nebyli vybíráni s ohledem na preference v tomto směru.

Dalším problémem byla malá návratnost dotazníku, která byla určena zejména způsobem distribuce a délkou dotazníku.

V neposlední řadě se jako problematický jeví též malý počet respondentů experimentální i kontrolní skupiny (ačkoli experimentální skupiny se zúčastnilo 25% frekventantů PCA Institutu Praha).

12.3 Praktický dopad výzkumných zjištění

Je vysoce pravděpodobné, že PCA terapie má vliv na osobnostní změny v jiných oblastech, než se původně předpokládalo. Také na osobnost působí z hlediska změny postojů k sobě, k lidem i ke světu.

12.4 Návrhy směru dalšího vývoje

Pro další výzkum bych doporučila kvalitativní studii na české populaci. Zajímavé by též mohlo být rozšíření dotazníkové baterie o oblast změny postojů a v neposlední řadě bych doporučila započít s testováním již před zahájením výcviku.

Výhodnější by byla i delší doba sledování.

V případě srovnání s kontrolní skupinou bych doporučila použít model test-retest též u této skupiny a obzvláště zajímavé by bylo srovnání různých psychoterapeutických výcviků z hlediska vlivu na osobnost s PCA výcvikem. Zejména pak KBT, ve kterém neprobíhá sebezkušenostní část, dalo by se z toho usuzovat na míru učení se z poznatků a osobnostních změn vyvolaných sebezkušeností.

13 Závěr

Prováděla jsme studii orientovanou na osobnostní změny ve výcviku PCA. Prvním způsobem měření byl výzkum test-retest frekventantem výcviku s odstupem jednoho roku. Druhým pak srovnání se vzorkem VŠ studentů. Použity byly dotazník ESK a inventář POI.

V rámci POI byly statisticky signifikantní rozdíly naměřeny pouze v oblasti časové kompetence a to mezi prvním měřením frekventantů a srovnáním s kontrolní skupinou. Další rozdíly, které ovšem nebyly statisticky signifikantní, ale byly významné na hladině významnosti 0,07, byly nalezeny v dimenzích místo řízení, sebeúcta a lidská povaha.

V dotazníku ESK byly statisticky signifikantní rozdíly mezi prvním testem frekventantů a kontrolní skupinou v dimenzích sebeodstup, sebepřesah, odpovědnost a z nich vyplývajících škál existencialista, personalita a celkový skór.

Potvrzena byla pouze hypotéza 16. Za překvapující považují vyšší hodnoty frekventantů oproti kontrolní skupině v dimenzích časové kompetentnosti, sebeodstupu a sebepřesahu.

Souhrn

Cílem výzkumu bylo ověřit hypotézy týkající se osobnostních změn ve výcviku PCA, které vycházely z dostupné literatury.

Byly využity psychologické metody ESK a POI. Dále statistické metody testy normality (konkrétně Shapiro-Wilkova testu), Leveneova testu, který pomohl určit vhodný druh t-testu, jímž byla data zpracována.

Zkoumané soubory se skládaly z 15 frekventantů výcviku a 29 studentů VŠ.

V rámci POI byly statisticky signifikantní rozdíly naměřeny pouze v oblasti časové kompetence a to mezi prvním měřením frekventantů a srovnáním s kontrolní skupinou. Další rozdíly, které ovšem nebyly statisticky signifikantní, ale byly významné na hladině významnosti 0,07, byly nalezeny v dimenzích místo řízení, sebeúcta a lidská povaha.

V dotazníku ESK byly statisticky signifikantní rozdíly mezi prvním testem frekventantů a kontrolní skupinou v dimenzích sebeodstup, sebepřesah a odpovědnost a z nich vyplývajících souhrnných skóre.

Potvrzena byla pouze hypotéza 16. Za překvapující považuji vyšší hodnoty frekventantů oproti kontrolní skupině v dimenzích časové kompetentnosti, sebeodstupu, sebepřesahu a odpovědnosti.

Použitá literatura

- Adebowale, V. (2010). Personality disorder: taking a person-centered approach. *Mental Health Review Journal*, 4, 6-9.
- Barber, B. L. & McGuire, J. K. (2010). A Person-Centered Approach to the Multifaceted Nature of Young Adult Sexual Behavior. *Journal of sex research*, 47(4), 301-313.
- Beňo, M. (2001). *Učitelom-humanistom*. Frýdek-Místek: Iris.
- Buber, M. (1996). *Názory*. Praha: Nakladatelství Kranze Kafky.
- Cain, D. J., et al. (2006). Humanistická psychoterapie (Příručka pro výzkum a praxi – 1. Díl). Praha: Triton.
- Cain, D. J., et al. (2007). *Humanistická psychoterapie (Příručka pro výzkum a praxi – 2. Díl)*. Praha: Triton.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
- Campbell, J. (1998). *MÝTY – Legendy dávných věků v našem denním životě*. Praha: Pragma.
- Carey, E. & Ryan, J. (2009). Developing person-centered planning in dementia care. *Learning disability practice*, 5, 24-28.
- Casemore, R. (2008). *Na osobu zaměřená psychoterapie*. Praha: Portál.
- Cochran, J. L. et al. (2011). Reaching the “Unreachable“: Case examples from a Person-Centered Approach for Highly Aggressive Youth. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 4, 302-319.
- Cooper, M. & Knox, R. (2011). Relationship Quality that are Associated with

- Moments of Relational Depth: The Client's Perspective. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 3, 236-256.
- Cooper, M. & McLeod, J. (2011). Person-centered therapy: A pluralistic perspective. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 3, 210-223.
- Cornforth, S. & Lambers, E. (2011). The Person-Centered Approach in Scotland: A Report. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1, 25-36.
- DeMello, A. (1996). *Poslední meditace Anthonyho DeMella*. Brno: Cesta.
- Drapela, V. J. (1997). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.
- Edwards, N. N. & Lambie G. W. (2009). A Person-Centered Counseling Approach as a Primary Therapeutic Support for Woman With a History of Childhood Sexual Abuse. *Journal of HUMANISTIC COUNSELING, EDUCATION AND DEVELOPMENT*, 48, 23-25.
- Fleisch, G. (2010). Right in Their Hands: How gestures imply the body's next steps in Focusing-oriented therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 3, 175-188.
- Freiberg, H. J. & Rogers, C. R. (1998). *Sloboda učiť sa*. Bratislava: Persona.
- Fromm, E. (2001). *Mít, nebo být?* Praha: Aurora.
- Frýba, M. (2008). *Psychologie zvládnání života: aplikace metody abhidhamma*. Brno: Albert.
- Frýba, M. (2003). *Umění žít šťastně: Buddhova Abhidhamma v praxi meditace a zvládnání života*. Praha: Argo.
- Geiser, Ch. (2011). Moments of Movement: Carrying Forward Structure-Bound

- Processes in Work with Clients Suffering from Chronic Pain. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2, 95-106.
- Gendlin, E. (2003). *Focusing*. Praha: Portál.
- Grant, B. (2011). Getting the Point: Empathic Understanding in Nondirective Client-Centered Therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 3, 220-235.
- Grof, S. (2007). *Poznatky a poučení z moderního výzkumu vědomí*. Praha: Argo.
- Grof, S. & Grofová, Ch. (1999). *Krize duchovního vývoje*. Praha: Chvojko nakladatelství.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Holeyšovský, J. V psychoterapii jde o vztah. [online] [cit. 2012-12-7]. Dostupné z WWW: < http://www.pca-institut.cz/files/other/holeysovsky_otazky_k_pca_01.pdf>
- Horneyová, K. (2000). *Neuróza a lidský růst (Zápas o seberealizaci)*. Praha: Triton.
- Johanová, V. (2006). *Psychospirituální krize*. Nepublikovaná diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Junková, V. Rogersovská psychoterapie. [online] [cit. 2012-12-7]. Dostupné z WWW: < <http://www.pca-institut.cz/files/other/junkovacspychiatrie02.pdf>>
- Kim, S. (2020). A Story of a Healing Relationship: The Person-Centered Approach in Expressive Arts Therapy. *Journal of Creativity in Mental Health*, 5, 93-98.
- Kratochvíl, Z. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kundi, M., Längle, A. & Orglerová, Ch. (2001). *ESK – Existenciální škála*.

Praha: Testcentrum.

Laing, R. D. (1975). *The Divided self: An Existencial study in sanity and madness*.

London: Harmondsworth.

Lao-c' (2007). *Tao te t'ing*. Praha: Dokořán.

Leijssen, M. (2010). Psychotherapy as Search and Care for the Soul. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1, 18-32.

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

Madison, G. (2011). Focusing on Existence: Five Facets of an Experiential-Existential Model. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 23, 189-204.

Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Brothers Publishes.

Mearns, C. & Thorne, B. (2000). *Person-Centered Therapy Today: New Frontiers in Theory and Practice*. London, Sage.

Miovský, M. (2009). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Motschnig, R. & Nykl, L. (2011). *Komunikace zaměřená na člověka: rozumět sobě i druhým*. Praha: Grada.

Norcross, J. C. & Prochaska, J. O. (2001). *Psychoterapeutické systémy (průřez teoriemi)*. Praha: Portál.

Nykl, L. (2004). *Pozvání do rogersovské psychologie (Přístup zaměřený na člověka)*. Brno: Barrister&Principal.

PCA Institut Praha. Informace o výcviku. [online] [cit. 2012-12-7]. Dostupné

- z WWW: < <http://www.pca-institut.cz/cs/page/17-informace-o-vycviku/>>
- Pörtner, M. (2009). *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha, Portál.
- Prouty, G. & Werde, D. V. (2005). *Preterapie*. Praha: Portál.
- Rieger, Z. (2007). *Lod' skupiny (Inspirace pro současné i budoucí lodivody ve skupinové terapii)*. Praha: Portál.
- Reiterová, E. (2009). *Základy statistiky pro studenty psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Rezková, V. & Vymětal, J. (2001) *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Praha: Portál.
- Rogers, C. R. (1996). *Ako byt' sam sebou: pohľad terapeuta na psychoterapiu*. Frýdek-Místek: Iris.
- Rogers, C. R. (1997). *Encountrové skupiny*. Modra: Inštitút Rozvoja Osobnosti.
- Rogers, C. R. Manifest humanistickej psychologie. [online] [cit. 2012-12-7]. Dostupné z WWW: < http://www.pca-institut.cz/files/other/manifest_humanist_psychol.pdf>
- Rogers, C. R. (1999). *O osobnej moci*. Bratislava: Persona.
- Rogers, C. R. (1998). *Způsob bytí*. Praha: Portál.
- Rud, C. (2010). Revision of the Notion of Identity and Its Implications in PCA Clinical Practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1, 33-43.
- Růžička, J. Pracovní skupiny - standardy. [online] [cit. 2012-12-13].

Dostupné

z

WWW:

<http://www.psychoterapeuti.cz/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=6&Itemid=22>

Shimizu, M. (2010). The Development of the Person-Centered Approach in Japan.

Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 1, 14-24.

Shostrom, E. L. (1963). *POI - Personal orientation inventory*. California: Educational and Industrial Testing Service.

Sommerbeck, L. (2011). Bridging the positions of Rogers and Skinner: The role of nonlinear dynamic system. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 3, 198-209.

Šiffelová, D. (2010) *Rogersovská psychoterapie pro 21. Století (Vybraná témata z historie a současnosti)*. Praha: Grada.

Tolan, J. (2006). *Na osobu zaměřený přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál.

Vymětal, J. (1996). *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel.

Vymětal, J. (2001). *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Praha: Portál.

Warner, M. S. (2000). *Client-centered at difficult edge: Working with fragile and dissociated processes*. London: Sage.

Warner, M. S. (2009). Defense or Actualization? Reconsidering the Role of Processing, Self and Agency within Rogers' Theory of Personality. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 8, 109-126.

Yalom, I. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.

Yalom, I. (2003). *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál.

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

Přílohy

Příloha č. 1: FORMULÁŘ ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Univerzita Palackého v Olomouci Strana: 1/2

Údaje o DIPLOMOVÉ PRÁCI studenta

Os. číslo: F08162 Datum zadání: 21.11.2011

Příjmení a jméno: HAVLÍKOVÁ Lenka Plánované datum odevzdání:
31.03.2013

Obor/komb.: Psychologie (PS) Datum odevzdání: dosud neodevzdáno

Zadané téma: Osobnostní změny u frekventantů psychoterapeutického výcviku PCA

Stav práce: Rozpracovaná práce

Údaje o kvalifikační práci

1. Hlavní téma:

Osobnostní změny u frekventantů psychoterapeutického výcviku PCA

2. Název dle studenta:

Osobnostní změny u frekventantů psychoterapeutického výcviku PCA

3. Název v angličtině:

Personality changes of PCA psychotherapeutic training participants

4. Souběžný název:

5. Podnázev:

6. Anotace (krátký popis práce):

Diplomová práce se zabývá problematikou osobnostních změn v Na osobu zaměřeném psychoterapeutickém výcviku. Srovnává výsledky test-retest u frekventantů již započatého psychoterapeutického výcviku s odstupem jednoho roku mezi měřeními, také rozdíly mezi výsledky prvního měření frekventantů a kontrolní skupiny VŠ studentů. K výběru souboru užívá metody samovýběru a sněhové koule, k analýze dat statistické metody testy normality (konkrétně Shapiro-Wilkova testu), Leveneova testu, který pomohl určit vhodný druh t-testu, jímž byla data zpracována. Použité testy jsou inventář Personal Orientation Inventory (dále jen POI) a Existenciální škála (dále jen ESK). Počet frekventantů výcviku PCA, kteří se zúčastnili výzkumu je 15, kontrolní skupinu tvoří 29 studentů VŠ. V rámci POI byly statisticky signifikantní rozdíly naměřeny pouze v oblasti časové kompetence a to mezi prvním měřením frekventantů a srovnáním s kontrolní skupinou. Další rozdíly, které ovšem nebyly statisticky signifikantní, ale byly významné na hladině významnosti 0,07, byly nalezeny v dimenzích místo řízení, sebeúcta a lidská povaha. V dotazníku ESK byly statisticky signifikantní rozdíly mezi prvním testem frekventantů a kontrolní skupinou v dimenzích sebeodstup, sebepřesah a odpovědnost a z nich vyplývajících souhrnných skóre. Shrnutí výsledků: Potvrzena byla pouze hypotéza 16. Za překvapující považují vyšší hodnoty frekventantů oproti kontrolní skupině v dimenzích časové kompetentnosti, sebeodstupu, sebepřesahu a odpovědnosti.

7. Klíčová slova (oddělujte čárkou):

Na osobu zaměřený přístup, psychoterapeutický výcvik, změny osobnosti, Carl Rogers

8. Anotace v angličtině (krátký popis práce):

The thesis is concerned with changes of personality during psychotherapeutic training in Person-Centered Approach. It compares test-retest results of probands that are taken within a year of training and it points out the differences between the first testing of probands and control group of University students. It uses the methods of self-selection and of snow ball for selecting the file, then it uses the methods of normality test (specifically Shapiro-Wilk test) for analysis of data that are processed via Levene test. Tests that are used there are from Personal Orientation Inventory (POI) and Existential scale (ESK). The number of probands, who undertook the research, is 15 for PCA training and 29 for the control group of University students. With regard to POI statistically significant differences were measured only in the area of time competence and that was between the first measuring of probands and comparison with control group. The other differences, which weren't statistically significant, but they were important on the importance rate 0,07, were found out in the dimensions of locus of control, self-respect and personality. There were statistically significant differences in the ESK questionnaire. That was between the first measuring of participants and comparison with control group in the dimensions of self-distance, self-overlap and responsibility. The conclusion of results: hypothesis 16 was confirmed. The higher figures that were given by participants are surprising if to be compared to the control group in dimensions of time competence, self-distance, self-overlap and responsibility.

9. Anglická klíčová slova (oddělujte čárkou):

Person-centered approach, psychotherapeutic training, changes of personality, Carl Rogers

10. Přílohy volně vložené:

Univerzita Palackého v Olomouci

Strana: 2/2

Údaje o DIPLOMOVÉ PRÁCI studenta

Os. číslo: F08162

Datum zadání: 21.11.2011

Příjmení a jméno: HAVLÍKOVÁ Lenka Plánované datum odevzdání:
31.03.2013

Obor/komb.: Psychologie (PS) Datum odevzdání: dosud neodevzdáno

Zadané téma: Osobnostní změny u frekventantů psychoterapeutického výcviku PCA

Stav práce: Rozpracovaná práce

11. Přílohy vázané v práci: tabulky

12. Rozsah práce: 79 s. 113 056

13. Jazyk práce: CZ

14. Záznam průběhu obhajoby:

15. Zásady pro vypracování:

Autorka práce se chce po prostudování relevantní literatury blíže zaměřit na vývoj sebepojetí a existenciálních charakteristik. Hypotézy budou stanoveny na základě předpokládané změny frekventantů psychoterapeutického výcviku v duchu Na osobu zaměřeného přístupu. Použita bude Existenciální škála a dotazník POI a to dvakrát, na začátku výzkumu a, dle možností, opakovaně po roce.

16. Seznam doporučené literatury:

Rogers, C.R. (1998). Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele. Praha: Portál.; Rogers, C.R. (1996). Ako byť sám sebou: pohľad terapeuta na psychoterapiu. Frýdek-Místek: Iris.; Šiffelová, D. (2010). Rogersovská psychoterapie pro 21. století. Praha: Grada.; Norcross, J. C. & Prochaska J. O. (1999). Psychoterapeutické systémy. Praha: Grada.

17. Oponent práce:

18. Vedoucí práce: Kupka Martin, Mgr. Ph.D.

Elektronická forma kvalifikační práce

Zatím není přiložen žádný soubor s elektronickou formou práce...

Posudky kvalifikační práce

Posudek(y) oponenta Není k dispozici...

Posudek(y) vedoucího Není k dispozici...

Žádný není vložen

Soubor s průběhem obhajoby

Potvrzuji správnost vložených údajů : Datum: Podpis:

.....

Příloha č. 2: ČESKÝ A ANGLICKÝ ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Osobnostní změny u frekventantů psychoterapeutického výcviku PCA

Autor práce: Lenka Havlíková

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 113 056

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 72

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá problematikou osobnostních změn v Na osobu zaměřeném psychoterapeutickém výcviku. Srovnává výsledky test-retest u frekventantů již započatého psychoterapeutického výcviku s odstupem jednoho roku mezi měřeními, také rozdíl mezi výsledky prvního měření frekventantů a kontrolní skupiny VŠ studentů. K výběru souboru užívá metody samovýběru a sněhové koule, k analýze dat statistické metody testy normality (konkrétně Shapiro-Wilkova testu), Leveneova testu, který pomohl určit vhodný druh t-testu, jímž byla data zpracována. Použité testy jsou inventář Personal Orientation Inventory (dále jen POI) a Existenciální škála (dále jen ESK). Počet frekventantů výcviku PCA, kteří se zúčastnili výzkumu je 15, kontrolní skupinu tvoří 29 studentů VŠ. V rámci POI byly statisticky signifikantní rozdíly naměřeny pouze v oblasti časové kompetence a to mezi prvním měřením frekventantů a srovnáním s kontrolní skupinou. Další rozdíly, které ovšem nebyly statisticky signifikantní, ale byly významné na hladině významnosti 0,07, byly nalezeny v dimenzích místo řízení, sebeúcta a lidská povaha. V dotazníku ESK byly statisticky signifikantní rozdíly mezi prvním testem frekventantů a kontrolní skupinou v dimenzích sebeodstup, sebepřesah a odpovědnost a z nich vyplývajících souhrnných skóre. Shrnutí výsledků: Potvrzena byla pouze hypotéza 16. Za překvapující považuji vyšší hodnoty frekventantů oproti kontrolní skupině v dimenzích časové kompetentnosti, sebeodstupu, sebepřesahu a odpovědnosti.

Klíčová slova: Na osobu zaměřený přístup, psychoterapeutický výcvik, změny osobnosti, Carl Rogers

ABSTRACT

Title: Personality changes of PCA psychotherapeutic training participants

Author: Lenka Havlíková

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Number of pages and characters: 113 056

Appendix: 3

Number of titles of used literature: 72

Abstract:

The thesis is concerned with changes of personality during psychotherapeutic training in Person-Centered Approach. It compares test-retest results of probands that are taken within a year of training and it points out the differences between the first testing of probands and control group of University students. It uses the methods of self-selection and of snow ball for selecting the file, then it uses the methods of normality test (specifically Shapiro-Wilk test) for analysis of data that are processed via Levene test. Tests that are used there are from Personal Orientation Inventory (POI) and Existential scale (ESK). The number of probands, who undertook the research, is 15 for PCA training and 29 for the control group of University students. With regard to POI statistically significant differences were measured only in the area of time competence and that was between the first measuring of probands and comparison with control group. The other differences, which weren't statistically significant, but they were important on the importance rate 0,07, were found out in the dimensions of locus of control, self-respect and personality. There were statistically significant differences in the ESK questionnaire. That was between the first measuring of participants and comparison with control group in the dimensions of self-distance, self-overlap and responsibility. The conclusion of results: hypothesis 16 was confirmed. The higher figures that were given by participants are surprising if to be compared to the control group in dimensions of time competence, self-distance, self-overlap and responsibility.

Key words: Person-centered approach, psychotherapeutic training, changes of personality, Carl Rogers

Příloha č. 3: PSYCHOLOGICKÉ METODY UŽITÉ V TÉTO DIPLOMOVÉ PRÁCI

(Plné znění dotazníků naleznete v papírové verzi této Diplomové práce.)