

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**VYUŽITÍ PSYCHOTERAPIE V PŘEDPORODNÍ  
PŘÍPRAVĚ TĚHOTNÝCH**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**SVĚTLANA FRANCOVÁ**

**Praha 2018**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**VYUŽITÍ PSYCHOTERAPIE V PŘEDPORODNÍ  
PŘÍPRAVĚ TĚHOTNÝCH**

Bakalářská práce

SVĚTLANA FRANCOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: MUDr. Magdalena Kučerová

Praha 2018



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

FRANCOVÁ Světlana

3APA

### Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Využití psychoterapie v předporodní přípravě těhotných

*Using Psychotherapy in Antenatal Preparation of Pregnant Women*

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Magdalena Kučerová

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 3. 4. 2018

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce MUDr. Magdaleně Kučerové za cenné podněty, připomínky, vstřícnost a čas, který mi věnovala. Za podporu a odborné nasměrování také děkuji PhDr. Ivaně Jahodové, PhD.

## ABSTRAKT

FRANCOVÁ Světlana. *Využití psychoterapie v předporodní přípravě těhotných*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Magdalena Kučerová. Praha. 2018. 70 s.

Tématem této bakalářské práce jsou možnosti využití psychoterapie v práci porodní asistentky. Teoretická část bakalářské práce představuje psychoterapii jako rozsáhlý a rozmanitý obor a podrobněji se věnuje humanistické tradici psychoterapie – konkrétně „psychologii bytí“ Abrahama Maslowa a Přístupu zaměřenému na člověka C. Rogerse. V praktické části je formou kvalitativního výzkumu propojena psychoterapie s praxí porodní asistentky. Analýza tzv. modelových situací ukazuje, jak je možné pomocí základních aspektů tří vybraných psychoterapeutických přístupů zachytit kvalitu vztahů, které porodní asistentka navazuje při práci s ženami. Povaha vztahu je pak klíčová pro vytvoření atmosféry bezpečí, důvěry a podpory nezbytné pro přípravu k porodu a také pro jeho hladký průběh. Práce také obsahuje doporučení pro praxi – v jakém smyslu je možné se dívat na osobnost porodní asistentky ve vztahu k etickým hodnotám její práce.

Klíčová slova

Akceptace. Empatie. Etika. Kongruence. Předporodní péče. Psychoterapie. Osobnost porodní asistentky. Těhotenství.

## **ABSTRACT**

FRANCOVÁ, Světlana. Using Psychotherapy in Antenatal Preparation of Pregnant Women. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Magdalena Kučerová. Prague. 2018. 70 pages.

The topic of this bachelor thesis is focused on the possibilities of using psychotherapy in the midwife work. The theoretical part of the bachelor thesis presents psychotherapy as an extensive and diverse discipline and deals with the humanistic tradition of psychotherapy in more detail – specifically with "Psychology of being" by Abraham Maslow and Carl Rogers' Person centered approach. In the practical part of the thesis the psychotherapy is interconnected with the midwife practice by a form of qualitative research. The analysis of so-called model situations shows how it is possible to capture the quality of relationship which a midwife establishes with women in her work through the basic aspects of three selected psychotherapeutic approaches. The nature of the relationship is then crucial for creation of safe, trusting and supporting ambience which is necessary for childbirth's preparation and its smooth course. The thesis also contains recommendations for practice – in what sense it is possible to observe the personality of the midwife in relation to the ethical values of her work.

### **Keywords**

A midwife's personality. Acceptance. Antenatal care. Congruence. Empathy. Ethic. Pregnancy. Psychotherapy.

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Potenciální rizikové faktory při porodu .....	499
--	-----



# PŘEDMLUVA

K výběru tématu mé bakalářské práce mě vedlo několik různých motivů: některé jsou více zjevné, jiné hlubší a osobnější. K těm prvním patří to, že jsem prošla více než 20-ti letou zkušeností v oblasti psychologie písma – jako lektorka vzdělávání dospělých i jako grafoložka. Na psychodiagnostice na základě písemných a kresebných projevů člověka mě vždy zajímal spíše potenciál k růstu člověka v kontextu jeho sebepoznání než čistě teoretická psychodiagnostika sama o sobě. Hledání možností, jak iniciovat a napomáhat rozvoji osobnosti, mě dovedlo k zájmu o psychoterapii a tak jsem téměř před deseti lety zakončila komplexní vzdělávací program v Rogersovské psychoterapii a poradenství. Zkušenosti z výcviku mi pomáhaly nejen v individuální práci s klienty, ale i při facilitování skupin zaměřených na terapeutické využití snů. Zdálo se tak vcelku přirozené využít ve své bakalářské práci svých dosavadních zkušeností s lidmi, kteří se zajímají o možnosti seberozvoje a naplnění vlastních dispozic.

Ještě osobnější motivací je ale pro mě „ženské“ téma: za jednu z nejvýznamnějších životních hodnot považuji výsadu pomáhat ženě, která přivádí na svět své dítě. Záměrně používám slovo „výsadu“, poněvadž věřím, že základem vztahu mezi ženou a porodní asistentkou by měla být důvěra. A vztah skutečné důvěry je pro mě, na rozdíl od náhle vzniklé fascinace či jiné formy pozitivní projekce, stavem, který musí porodní asistentka trpělivě, déledobě, vědomě vytvářet a aktivně se o něj zasloužit.

Zajímá mě tedy, jakými konkrétními způsoby může porodní asistentka vztah důvěry vytvářet a pomáhat tak ženě, aby se pro ni stalo období těhotenství a porodu vítaným procesem proměny – nejen ve zjevném fyzickém slova smyslu, ale také jako přirozené cesty k osobní zralosti. Tu vnímám jako vyvažování a propojování protikladů: přijetím vlastní křehkosti a citlivosti můžeme dospět k odolnosti a síle, porozuměním vlastním nejistotám a pochybnostem získáváme zdravou sebedůvěru, akceptací strachu jako přirozené emoční výbavy jej dokážeme překonávat.

Těhotenství tak může být cestou sebepoznání a citlivé doprovázení porodní asistentkou, její vnímavá přítomnost a snaha o porozumění může být péčí o zdraví těla stejně jako o potřeby hluboké duše, které společně vedou ke spokojenému mateřství.

## **OBSAH**

### **SEZNAM TABULEK**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>11</b>
<b>1 SOUČASNÁ PODOBA PSYCHOTERAPIE .....</b>	<b>14</b>
1.1 ROZMANITOST A HLEDÁNÍ JEDNOTY .....	14
1.2 ÚČINNOST PSYCHOTERAPIE A LÉČEBNÉ FAKTORY.....	16
<b>2 HUMANISTICKÁ TRADICE PSYCHOTERAPIE .</b>	<b>20</b>
2.1 PSYCHOLOGIE BYTÍ ABRAHAMA MASLOWA .....	20
2.2 PŘÍSTUP ZAMĚŘENÝ NA ČLOVĚKA CARLA ROGERSE .....	28
2.2.1 TERAPIE JAKO VNITŘNÍ PROCES TERAPEUTA .....	32
2.2.2 TERAPIE JAKO VNITŘNÍ PROCES KLIENTA .....	41
<b>3 METODOLOGICKÝ RÁMEC PRŮZKUMU.....</b>	<b>49</b>
<b>4 OBLASTI ZDROJŮ ANALÝZY DAT .....</b>	<b>53</b>
4.1 PORODNÍ ASISTENTKA JAKO POMÁHAJÍCÍ PROFESE.....	53
4.2 MASLOWOVA TEORIE POTŘEB JAKO ZDROJ POROZUMĚNÍ.....	57
4.3 ROGERSOVY POSTOJOVÉ PODMÍNKY JAKO ZDROJ BEZPEČÍ .....	59
<b>5 ZPRACOVÁNÍ A VÝSLEDKY PRŮZKUMU .....</b>	<b>62</b>
5.1 MODELOVÁ SITUACE 1 .....	62

<b>5.2</b>	<b>MODELOVÁ SITUACE 2 .....</b>	<b>64</b>
<b>5.3</b>	<b>MODELOVÁ SITUACE 3 .....</b>	<b>66</b>
<b>5.4</b>	<b>MODELOVÁ SITUACE 4 .....</b>	<b>67</b>
<b>5.5</b>	<b>MODELOVÁ SITUACE 5 .....</b>	<b>70</b>
<b>6</b>	<b>DISKUSE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>72</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>78</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>81</b>
	<b>PŘÍLOHY</b>	

## ÚVOD

V oblasti porodnictví je značný a prozatím nenaplněný potenciál pro to, jak propojovat svět fyzis a psýché. Naše existence je vnořena do „hmotného“ světa těla: pomocí něj prožíváme instinkty, vnímáme fyzické pocity a skrze jeho smysly přijímáme vjemy z vnějšího a vnitřního prostředí, zažíváme stav somatické pohody, zdraví a bezpečí. Duše vnímá život skrze emoce a intuici, vytváří představy a imaginativní obrazy a ty ve své nejvíce zhuštěné podobě – v myšlenkách doplňují obraz nitra člověka o racionální a poznávací procesy. Filosof a tvůrce zásad analytické vědecké metodologie Descartes „naučil“ naši kulturu tyto dva světy vnímat jako oddělené, jako „res extensa“ a „res cogitans“. Těžko říct, zda by lidstvo dosáhlo takového pokroku, kdyby nejprve lékaři a biologové nestudovali zvlášť tělo a filosofové a psychologové zvlášť duši. Díky takovému oddělení měli, zdá se, příležitost rozvinout své poznání do obrovského rozsahu vědomostí.

Jsou to ale právě nejnovější vědecké poznatky, které nás v zájmu dalšího poznání nutí tyto dva světy opět sblížovat, všímat si vzájemných souvislostí a těžit z možností jejich vzájemného ovlivňování. Významná vědkyně a objevitelka opiátových receptorů Candace Pert už v roce 1997 popsala způsob, jak spolu interagují fyziologická a psychologická rovina našeho života – pomocí propojené sítě nervového, endokrinního a imunitního systému. Pert mluví o *medicině těla a mysli*, o psychosomatické informační síti spojující *psýché* (mysl, emoce, duši) a *somu* (molekuly, buňky, orgány). Ve své knize *Molekuly emocí* (2016) zmiňuje i příklad rodiček, které pomocí dechových technik a práce s myslí dokázaly potlačit bolest při porodu. Řečeno slovy biomolekulární medicíny: napojily se na místo mezi třetí a čtvrtou komorou středního mozku, které je naplněno opiátovými receptory a kontroluje bolest - periakveduktální šedou hmotu - a „přenastavily“ svůj práh bolesti.

Jestliže je tedy již poměrně detailně popsána „biochemie emocí“, způsob, jakým se emoce projevují ve fyzickém těle a jeho procesech, je dalším následným krokem dále prohlubovat porozumění celku lidského prožívání a hledat konkrétní praktické způsoby, jak vstoupit do složité souvztažnosti „tělo – mysl“ a objevovat způsoby, jak pomocí psýché zpětně ovlivnit tělesné pochody. Tento přístup neznamená rezignovat

na vědecký přístup v medicíně, ale porozumět složitému obousměrnému psychosomatickému propojení.

Cílem této práce je představit některé psychoterapeutické přístupy, které jsou k takové syntéze na poli porodní asistence vhodné. Cílem je též ukázat, že mohou tvořit výchozí poznatkový rámec, ze kterého mohou porodní asistentky čerpat, přejí-li si kultivovat své postoje k ženám, chtějí-li s nimi v průběhu péče navazovat vztahy, jež vytváří atmosféru bezpečí a sounáležitosti. Základní myšlenky vybraných směrů jsou natolik univerzální, že překračují rámec psychoterapie a dají se efektivně využít i v dalších oborech, jejichž jádrem je blízký mezilidský kontakt.

V první kapitole zprostředkujeme nejprve rámcovou představu o psychoterapii jako velmi rozmanitém, vnitřně členitém oboru. Ve druhé kapitole představíme vybrané psychoterapeutické přístupy vycházejících z humanistické tradice psychologie, jež jsou právě pro svůj důraz na otázky lidskosti a bytostná témata člověka velmi smysluplně využitelná v práci porodní asistentky. V její práci se snoubí, viděno filosofickým pohledem, počínající život i hrozící smrt a její prožívání tedy musí být připraveno sdílet nejširší možný rozsah emocí od štěstí a opojné radosti až po náhlou bolest a hluboký žal.

Ve třetí, čtvrté a páté kapitole propojíme pomocí kvalitativního průzkumu psychoterapii s praxí porodní asistentky a přiblížíme způsob, jak je možné konkrétní psychoterapeutický přístup uplatnit v její činnosti. Šestá kapitola přinese doporučení pro praxi a náměty, jak řešit problematiku situace týkající se osobnostních kvalit porodních asistentek a etiky jejich práce, které vyvstaly v průběhu průzkumu. Domníváme se, že stejně tak, jak se neustále zvyšuje schopnost zdravotníků sledovat zdravý průběh těhotenství a bezpečí matky i nenarozeného dítěte pomocí špičkových technologií a vědeckých poznatků, tak je nutné tento aspekt péče doplňovat stejně vysokými nároky na jejich osobnostní kvality.

### **Vstupní literatura:**

VYBÍRAL, Z., J. ROUBAL a kol., 2010. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-682-7.

MASLOW A., H., 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0618-7.

ROGERS, C., 2015. *Být sám sebou*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0796-2.

**Popis rešeršní strategie:**

Pro vyhledávací strategii jsme zvolili metodu zaměřenou na vyhledávání rešerše Národní lékařské knihovny. Rešerše byla provedena za vyhledávací období let 1946-2017. Pomocí klíčových slov: psychoterapie, předporodní příprava, strach z porodu, poporodní deprese, osobnost byla zpracována rešerše provedená v informačních databázích Medvik, Bibliographia medica Čechoslovaca, z databází CINAHL, Medline, Theses v jazyce českém, anglickém, italském a ruském. Žádný pramen nepřinesl zdroj vhodný pro téma bakalářské práce, proto byla využita literatura dle vlastního výběru.

# 1 SOUČASNÁ PODOBA PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie patří k oborům, jejichž rozsah a různorodost se dají jen obtížně zachytit či vyjádřit jednou společnou definicí. Historicky se vyvíjela díky rozmanitým vlivům, jež přinášely různá témata, odlišné způsoby zachycení vnitřní reality člověka a popisu jeho vnějšího chování a byla též silně ovlivněna duchem doby, společností, kulturou. Zpětný pohled na dějiny psychoterapie ukazuje, že každý podnět, každé nové nasměrování, každý další přístup vycházel z osobitého autentického způsobu myšlení svého tvůrce. Vidíme tak růst a vývoj oboru, který ve své pestrosti zrcadlí jedinečnou neopakovatelnost a složitost lidské mysli.

## 1.1 ROZMANITOST A HLEDÁNÍ JEDNOTY

Kratochvíl (1998) uvádí, že psychoterapie je empirickou a aplikovanou vědou, jež není jednoduché jednoznačně vymezit, poněvadž nemá jednotnou a obecně přijímanou teorii. V *Základech psychoterapie* uvádí deset základních uznávaných a navzájem velmi odlišných přístupů či systémů: každý má svou vlastní ucelenou teorii osobnosti, má jinou představu o příčinách vzniku poruch a nemocí, jinak uvažuje o terapeutickém procesu a mechanismu změny osobnosti. Každý směr používá jiné metody a techniky léčby a v důsledku toho se liší i výcvikové programy.

Vybíral a Roubal (2010) v *Současné psychoterapii* podávají ještě více diferencovaný obraz a nejprve podrobněji popisují osm hlavních proudů:

1. psychodynamická psychoterapie
2. psychoanalýza a psychoanalytická psychoterapie
3. na osobu zaměřená a prožitková psychoterapie
4. gestalt terapie
5. kognitivně behaviorální terapie
6. rodinná terapie
7. systemická terapie
8. integrativní psychoterapie

Dále představují osm dalších přístupů: analytickou psychologii, katatymně imaginativní psychoterapii, daseinanalýzu, existenciální analýzu a logoterapii,

integrovanou psychoterapii, biosyntézu – tělovou a hlubinně psychologickou, Pesso Boyden psychomotorickou psychoterapii, procesově orientovanou psychoterapii.

Součástí monografie je rovněž stručný přehled dvanácti dalších směrů používaných v Evropě a České republice. Závěrem také podávají souhrnný výčet 231 samostatných soudobých psychoterapeutických směrů, které jsou v odborné literatuře považovány za samostatné a jsou odborníky akceptovány. Uznávaný představitel existenciálního přístupu k terapii Rollo May na konferenci s názvem „Vývoj psychoterapie“ v roce 1985 dokonce vyslovil poznámku, že bylo napočítáno přes tři sta různých terapeutických škol působících ve Spojených státech amerických (Zeig, 2005).

Od té doby se obor dále rozvíjí a navzdory snahám eklektického a integrativního pojetí si stále uchovává svou různorodost - nepředstavitelnou a nesouradou pro laika a v plné šíři a hloubce těžko uchopitelnou i pro kvalifikovaného psychoterapeuta. V praxi proto dochází ke specializaci, kdy si budoucí psychoterapeut vybírá, většinou podle svého osobnostního zaměření, konkrétní směr a potažmo výcvikový program.

Rozmanitost jednotlivých škol s sebou přináší i mnoho různých definic a klasifikací oboru. Kratochvíl (1998) pojímá psychoterapii jako léčebné působení psychologickými prostředky (např. rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, sugesce, učení, vztahy a interakce ve skupině) na nemoc, poruchu, anomálii, jež má odstranit nebo zmírnit potíže a podle možnosti i odstranit příčiny. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta a uplatňují se procesy jako je vytvoření kladného očekávání a získávání naděje a odvahy, terapeutický vztah s terapeutem nebo koheze a dynamika skupiny, sebeexplorace (prozkoumávání vlastního duševního života), sebeprojevování, odreagování úlevnou katarzí, konfrontace s problémy, získávání náhledu, korektivní emoční zkušenost a jiné (Kratochvíl, 1998).

Současná psychoterapie má své kořeny na konci 19. a na počátku 20. století, kdy se jí věnovali lékaři, kteří své zkušenosti přetavili do základních děl, z nichž dodnes obor čerpá, navazuje na ně či se jim kriticky vymezuje. Medicínský model myšlení 19. století formoval výchozí představy o pacientovi a také způsob uvažování o léčbě: nejprve je nutné určit správnou diagnózu a poté se zaměřit na léčení choroby. V průběhu vývoje zaznamenala psychoterapie posun od takto jednostranného zaměření na patologii směrem ke vnímání člověka jako složitého celku, jemuž není možné



porozumět jen na základě principu jednoduché příčinnosti, kdy je určitý psychický jev způsoben jednou příčinou, kterou by bylo možné jednoduše odstranit či eliminovat.

Tuto tendenci zrcadlí „soudobá“ definice Vybírala a Roubala: *Psychoterapie je léčebná činnost, při níž psychoterapeut využívá své osobnosti a svých dovedností k tomu, aby u klienta došlo k žádoucí změně směrem k uspokojivějšímu prožívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění. Dovednosti terapeuta se týkají vedení rozhovoru, vytvoření a udržování podpůrného vztahu a používání technik. Psychoterapii lze charakterizovat také jako zvláštní formu lidského setkávání psychoterapeuta s druhým člověkem, který o pomoc žádá, zatímco terapeut ji nabízí* (Vybíral, Roubal a kol., 2010, s. 30).

Dále autoři k různějším klasifikacím oboru uvádějí, že je již překonáno dřívější striktní dělení psychoterapie na protikladné pozice (například direktivní nebo nedirektivní, kauzální nebo symptomatická) a povzbuzují terapeuty k aktivitě a zvědavé pozornosti ve smyslu rozmanitého využívání možností jejich postupu. Terapeut tak může být více direktivní – přebírat aktivnější roli nebo přenechává více zodpovědnosti za orientaci ve vlastním vnitřním světě klientovi. Podobně se terapeut může více zaměřovat na minulé zážitky klienta, na povahu jeho vztahů a dbát o to, aby klient získal vhled do situace, anebo se terapeut více soustředí na symptomy a na to, jak se pomocí nově osvojených dovedností v budoucnu klient vypořádá se svými problémy (Vybíral, Roubal a kol., 2010).

## **1.2 ÚČINNOST PSYCHOTERAPIE A LÉČEBNÉ FAKTORY**

K otázce značné různorodosti jednotlivých terapeutických škol Vybíral a Roubal (2010) dokládají, že je výzkumy ověřeno, že psychoterapeuti rozdílného zaměření (ať už jde o jakoukoliv formu, modalitu terapie či psychoterapeutickou školu) dosahují odlišnými cestami přibližně stejných výsledků. Jde tedy o paradoxní zjištění, že *neekvivalentní obsah vede k ekvivalentnímu výsledku* (Vybíral, Roubal a kol., 2010, s. 37). Ukazuje se tak, že navzdory značné heterogenitě, má v sobě psychoterapie jako taková jakýsi společný základní princip působení, jenž má léčebný potenciál.

V psychoterapii je proto velkým tématem účinnost léčby. V roce 1952 významný anglický psycholog Eysenck publikoval svůj skeptický závěr, že 75 % pacientů s neurózou se zlepší bez ohledu na to, zda jsou, anebo nejsou léčeni. Od té

doby se menší výzkumy i metaanalýzy zahrnující stovky výzkumů snaží odpovědět na nejrůznější otázky účinnosti a působení psychoterapie, mimo jiné, zda není účinnější medikace (např. v případě úzkostných poruch či depresí), zda má psychoterapie ještě další účinky než „jen“ placebo efekt a jaké jsou vlastně účinné faktory léčby. Metaanalýza Smithové, Glasse a Millera z roku 1980 zahrnující 475 výzkumů zjistila, že míra účinnosti je 0,85 – což znamená, že průměrný jedinec, který podstoupil psychoterapii, na tom byl lépe než 80 % neléčených jedinců. Podrobnější výsledky sledovaly účinnost ve čtyřech konkrétních parametrech – redukce úzkosti, nárůst sebeúcty, přizpůsobení a dopad na výkon a zjistilo se, že největší efekt psychoterapie je u redukce úzkosti. Míra účinnosti byla vyhodnocena 0,97 – tedy že průměrný léčený pacient na tom bude lépe než 83 % jedinců bez léčby. Tyto závěry jsou velmi povzbudivé právě pro oblast porodnictví, poněvadž nejrůznější strategie a techniky předporodní přípravy jsou zaměřeny na snížení porodní bolesti právě díky redukcí úzkosti (Vybíral, Roubal a kol., 2010).

Přestože byly výsledky této studie po zveřejnění také napadány, tak jejich závěry potvrdily další, mnohem přísněji koncipované výzkumy. Přední výzkumník psychoterapie Michael Lambert v roce 2001 publikoval přesvědčivé a realistické výsledky a shrnul je do několika bodů (volně podle Vybírala a Roubala, 2010):

1. Psychoterapie je úspěšná a s výjimkou vážných obtíží a biologicky podmíněných obtíží by měla být zvažována jako primární léčba a nabízena spíše než léčba medikací.
2. Efekt psychoterapie je více než pouhé placebo či neformální podpora (efekt psychoterapie je v průměru dvakrát větší než efekt placeba a čtyřikrát větší než žádná léčba).
3. Výsledky psychoterapie jsou relevantní: metodologie výzkumu je rigorózní, účinky jsou měřeny jednak sebesposuzovacími metodami, ale i nezávislými posuzovateli, signifikantními druhými, institucemi, fyziologickými nástroji.
4. Výsledky psychoterapie přetrvávají.
5. Účinnost psychoterapie je závislá na délce terapie: po 10 setkáních se vyléčí asi třetina pacientů, po 20 setkáních asi polovina a po 55 setkáních asi 75 %.
6. Psychoterapie vede nejen ke zlepšení, ale i ke zhoršení: 5–10 % pacientů se v terapii zhorší a dalších 15–25 % nezažije žádné zlepšení.

Lambert shrnuje svou práci do konstatování, že psychologové a psychoterapeuti mohou být na psychoterapii hrdí a upozorňuje, že psychoterapie snižuje náklady na jinou medicínskou léčbu pacientů.

K možnosti, že se v psychoterapii někteří lidé zhorší, Vybíral a Roubal doplňují, že ne všechna zhoršení jsou způsobena terapií a že ne všem zhoršením může terapeut zabránit. Je zde otázka motivace k terapii - zda je možné dosáhnout pokroku v situaci, kdy na terapii klient aktivně neparticipuje. Další podstatná okolnost je volba terapeutického přístupu: určitá forma terapie může být u někoho účinná, u jiného člověka nikoliv.

Dále uvádí vzájemně provázané proměnné, které se podílejí na působení psychoterapie:

1. vztah mezi klientem a terapeutem, dovednost terapeuta vytvořit podpůrné pracovní spojení, empatie, vstřícnost, akceptování, povzbuzování (30% podíl na změně)
2. proměnné na straně klienta, např. sám fakt očekávání toho, že psychoterapie pomůže, uvědomování si procesu léčení a kredit psychoterapie (15% podíl na změně)
3. použité techniky (15% podíl na změně)
4. mimoterapeutické faktory, např. sociální opora v životě, náhody a štěstí, okolnosti, které klienta posílí (40% podíl na změně).

Relativně malé procento podílu používaných technik na účinnosti terapie v řadě terapeutických škol, které byly v době svého vzniku založeny převážně na užití konkrétních technik (psychoanalýza, KBT, gestalt terapie) vedlo k tomu, že již nejsou techniky tolik přeceňovány a prosazovány. Namísto toho je podporována péče o dobrý terapeutický vztah. Dá se tedy říci, že ve všech druzích terapie je terapeutovým hlavním pracovním nástrojem léčba vztahem a psychoterapie je léčba terapeutovou osobností (Vybíral, Roubal a kol., 2010).

Tématem zásadní povahy pro psychoterapii je otázka, jaké jsou osobnostní charakteristiky úspěšného terapeuta, potažmo jak a kde lze takové vlastnosti a dovednosti rozvíjet. Nejpodrobněji se této otázce věnuje PCA přístup (z angl. Person Centered Approach nebo také Rogersovská psychoterapie), o kterém bude pojednáno

podrobněji v samostatné kapitole dále. Vybíral a Roubal uvádějí tyto obecné osobnostní dovednosti: přiměřená empatie, spíše pečující než neutrální nastavení, vstřícnost až vřelost, schopnost přijímat klienta nesoudícím způsobem, autentičnost a lidská kongruence (soulad mezi vnitřním prožíváním a vnějším chováním). S tímto aspektem úzce souvisí schopnost sebeuvědomování (co terapeut dělá, jakou odezvu v něm klient vyvolává, sledování procesu sezení a otevřenost vůči sobě sama). Dále zmiňují schopnost facilitovat (t.j. usnadnit) změnu v klientově životě a postoj průvodce.

Jak potvrzují výzkumy (Beutler et al., Lambert a Ogles in: Vybíral, Roubal a kol., 2010), úspěšnost terapie nekoreluje s věkem, pohlavím, etnickým původem, a překvapivě ani s délkou praxe terapeuta. Nedá se ani říci, že by kliničtí psychologové byli více úspěšní než sociální pracovníci nebo psychiatři, tedy určité konkrétní pregraduální (formální vysokoškolské) vzdělání nevede k větší úspěšnosti. Efektivnější terapii poskytují ti terapeuti, kteří vykazují některé z výše uvedených osobnostních charakteristik.

Můžeme tedy shrnout, že to, co psychoterapii rozděluje na množství nejrůznějších škol, je spíše způsob, jak uspořádat vztah ke klientovi, jakou mu dát vnější zjevnou formu – zda s využitím sofistikovaných technik či bez nich. Techniky a teoretický myšlenkový aparát v pozadí způsobu práce terapeuta zaměřují pozornost terapeuta na určitý aspekt jeho bytí. Jiná témata nastoluje psychoanalýza, jiná sleduje kognitivně-behaviorální terapie, s jinými pracuje psychoterapie zaměřená na tělo. Z vnějšího pohledu tento odlišný úhel pohledu psychoterapii tříští do množství odlišných směrů, ale v hloubce osobnosti terapeuta jsou spojeny s jejími žitými hodnotami, s jejími hlubokými přesvědčeními ohledně povahy osobnostní změny člověka – tedy s tím, co pramení v její jedinečné osobní historii. Teprve v případě, že techniky a pracovní styl rezonují s vnitřní filosofií terapeuta, je pro klienta přesvědčivý a důvěryhodný.

## 2 HUMANISTICKÁ TRADICE PSYCHOTERAPIE

Humanistická psychologie se projevila jako významné hnutí v 60. letech 20. století. Její vznik souvisí s krizí behaviorální psychologie, jež byla v té době kritizována za to, že se odcizila své pravé podstatě - studovat a chápat lidský duševní život. Humanistická psychologie naproti tomu obrací pozornost k celostnímu pohledu na otázky hodnot a smyslu života, nechává se inspirovat jak existenciální a fenomenologickou filosofií, tak východními esoterními systémy (zen-buddhismus, taoismus). Klient (a jeho hluboké motivační zdroje) se tak stává hlavní hybnou silou terapeutické změny, je vědomým aktivním tvůrcem své existence a terapeut zaujímá místo „spolutvůrce“ nebo přesněji facilitátora osobnostního posunu (facilitace = usnadnění). Společně hledají, čím klient je, čím by rád byl a čím by být mohl – osoba je jak skutečností, tak možností (Nakonečný, 2002).

Pro humanistickou psychologii je rovněž charakteristický fenomenologický přístup. Z jejího pohledu neexistuje žádný vnější objektivní svět, ale jen takový svět, jak jej vnímá a interpretuje subjekt (klient). Prvotní psychologický význam má tedy jen to, jak subjekt svůj svět vidí. K zachycení tohoto aspektu se používá termín „fenomenologické pole“, jemuž se snaží terapeut porozumět – jak klient subjektivně a individuálně vnímá sama sebe a jak vnímá svět. V psychice subjektu je tzv. skutečnost totožná s osobitým světem jedince, kde se odehrává interakce „já a prostředí“. *V interakci obou těchto činitelů se vytváří subjektivní svět významů a chování vůči vnějšímu světu a vyjádření této interakce může mít řadu různých forem (exprese, substituce, adaptace a jejich zvláštních případů jako je např. autoprezentace či sebestylizace a další)* (Nakonečný, 2002, s. 164). V prožívání člověka se rodí významy vnějších objektů i akcí, ke kterým se člověk rozhodne.

### 2.1 PSYCHOLOGIE BYTÍ ABRAHAMA MASLOWA

Osobnost významného klinického psychologa Abrahama Maslowa (1908–1970) je s humanistickou psychologií úzce spjata - byl v čele kroužku psychologů, kteří se podíleli na jejím vzniku, svým článkem *Toward a Humanistic Psychology* v odborném časopise v roce 1956 prezentoval výchozí ideje hnutí a v roce 1962 se stal prezidentem

nově založené Asociace americké humanistické psychologie. Témata a myšlenky humanistické psychologie se stávaly natolik vlivnými, že byl Maslow v roce 1968 zvolen prezidentem Americké psychologické asociace. Maslow sice nevytvořil specifickou psychoterapeutickou školu, avšak díky svým pracím *Motivace a osobnost* (1954) a *O psychologii bytí* (1968) se stal mluvčím nového proudu v psychologii, který silně ovlivnil psychoterapii a výchovu, a který se dočkal značného rozšíření a uznání.

Když přišel Maslow se svou originální a přesvědčivou teorií lidské motivace, panovala obecná shoda o tom, že Freudem a Darwinem popsané pudové potřeby a impulzy přispívající k přežití jedince nebo rozmnožení druhu, tzv. primární, základní potřeby, jsou jediné, které jsou součástí biologické podstaty druhu. Všechny další potřeby, jež nejsou součástí této vrozené motivační výbavy, jedinec získal v průběhu života, protože jsou užitečné pro uspokojování primárních potřeb, jež se projevují v lidském chování jako sobectví, sexualita a agresivita. Dosavadní ortodoxní doktrína také tvrdila, že motivaci lze pokládat za základní jediné tehdy, když se projevuje všeobecně v rámci celého druhu. Podle tohoto přesvědčení pak nejsou takové potřeby jako např. láska, touha po kráse, spravedlnost, vlídnost a dobročinnost součástí základní výbavy člověka, poněvadž se zjevně nevyskytují u každého člověka. (Lowry in Maslow, 2014)

Jádrem Maslowovy revize těchto myšlenek jsou dvě zjištění: člověk není téměř nikdy schopen dosáhnout motivačního klidu – jakmile uspokojíme jednu pohnutku, objeví se jiná, s jejímž naplněním se dostává do popředí nová a tak stále dál. Dalším zjištěním bylo, že pořadí různých motivů není náhodné a je dáno tím, že některé jsou biologicky naléhavější, silnější než jiné. Lidské motivy jsou tedy hierarchicky uspořádané a jejich umístění v posloupnosti vertikálního systému je dáno mírou naléhavosti, síly či priority. Tyto tři aspekty ve vzájemné propojenosti Maslow označil jako „prepotenci“. Pokud se tedy objeví více pohnutek, pak má nárok na přednostní uspokojení ta s nejvyšší prepotencí. A dále platí, že projev jakékoliv další pohnutky předpokládá, že již byla (alespoň prozatím, do jisté míry) uspokojena více prepotentní potřeba (Maslow, 2014).

Hierarchickým uspořádáním potřeb Maslow vysvětluje, že i vyšší lidské pohnutky (například touha po kráse) jsou stejně základní a pevně spjaté s lidskou přirozeností jako potřeba jíst, i když se nevyskytuje u všech jedinců. Dokud jsou vyšší

motivů zastíněné biologicky naléhavějšími potřebami, neuplatní se, byť jsou hluboce zakořeněny v jádru lidské přirozenosti. *...nikdy bychom nepocítili touhu komponovat hudbu, vytvářet matematické soustavy, zkrášlovat své domovy nebo jinak hledat krásu, kdybychom měli většinu času prázdný žaludek, kdybychom neustále žíznilí nebo kdyby nám většinu času hrozila blížící se katastrofa...* (Maslow, 2014, s. 11).

Pořadí potřeb určil od nejvyšší prepotence k nejnižší následovně (Maslow in: Nakonečný, 1995a,b):

1. **fyzilogické potřeby** (objevují se při porušení homeostázy a vyjadřují potřeby organismu - uspokojení hladu, žízně, sexu)
2. **potřeby bezpečí** (vystupují v situacích vyvolávajících ztrátu pocitu životní jistoty, v situacích nebezpečí, ekonomického selhání)
3. **potřeba lásky a sounáležitosti** (vystupuje v situacích osamocení a projevuje se jako snaha být milován druhými, být akceptován a patřit někomu, být sociálně začleněn)
4. **potřeba uznání** (vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty, získat souhlas, potřebou výkonu)
5. **potřeba sebeaktualizace** (vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, svůj duševní potenciál – „být tím, kým mohu být“, snaha po autonomii, potřeba osobního růstu, zahrnující kognitivní a estetické potřeby, potřeby objevovat, poznávat a rozumět, odhalovat tajemství, tvořit, uspořádat, vkládat smysl).

První čtyři kategorie Maslow označuje jako nedostatkové potřeby. Znamená to, že vyjadřují určitý nedostatek organismu spojený s potřebou přežití anebo s potřebou psychické pohody. Při jejich uspokojování se uplatňuje princip redukce potřeby/tenze: deficitní potřeba v jedinci vytváří pocit napětí, nedostatku a to se stupňuje až do okamžiku uspokojení potřeby, kdy se dostaví např. pocit nasycení hladu, úlevy v nebezpečí, štěstí ve vztahu, blaha díky uznání.

Vyšší potřeby, tedy komplex potřeb sebeaktualizace, není v podstatě možné trvale uspokojit, neboť dosažené naplnění je naopak stimuluje, aktivuje jedince k dalším snahám o uspokojení podle principu indukce. *Tvůrčí člověk obvykle vítá své tvůrčí impulzy, nadaný člověk své nadání rád používá a rozvíjí* (Maslow, 2014, s. 87).

Maslow rozumí potřebám jako podmínce fyzického a duševního zdraví, seberalizující se osobnost je zdravá osobnost. Vývojově nejvyšší potřeby se objevují jen u mála lidí, kteří vykazují známky dobré adjustace (jsou vybaveni způsoby, jak zvládat vnitřní konflikty i vnější překážky), jsou uspokojeni ve svých základních psychických a potřebách, váží si sebe sama a přijímají své sebepojetí. Maslow nazývá tento komplex motivů také potřebami růstu (growth needs) a jejich výrazem jsou tzv. metapotřeby (meta-needs) a uvádí jejich výčet (Maslow, 2014, s. 139)<sup>1</sup> :

- **celistvost:** jednota; sjednocení; sklon k jedinečnosti; vzájemné propojení; jednoduchost; uspořádání; struktura; přesažení protikladnosti
- **dokonalost:** způsobilost; kompetence; nevyhnutelnost; vhodnost; úplnost: „věci jsou tak, jak mají být“
- **naplnění:** ukončení; konečná platnost; „je to dokončeno“; dovršení; dosažení účelu (*finis a telos*), naplnění osudu, předurčení
- **spravedlnost:** čestnost; pořádek; zákonnost; správnost; dosažení žádoucího
- **životnost:** proces; spontaneita; sebeřízení či sebeusměrňování; plné fungování; ne-mrtvost
- **hojnost:** rozlišování, úplnost, složitost
- **jednoduchost:** poctivost; otevřenost; podstatnost; podstata; abstrakce; základní struktura
- **krása:** forma; jednoduchost; živost; bohatost; celost; dokonalosti; jedinečnosti; plnost
- **dobro:** správnost; vhodnost; spravedlivost; blaho; poctivost; shovívavost
- **jedinečnost:** osobitost, individualita, nesrovnatelnost, původnost
- **snadnost:** lehkost, žádné napětí, usilování nebo obtížnost; půvab; dokonalost; krásná funkčnost
- **hravost:** zábava, radost, pobavení, veselost, humor, bujnost, nenucenost
- **pravda, upřímnost, skutečnost:** dokonalost; čistota; pravost; prostota; úplnost; podstatnost
- **soběstačnost:** nezávislost; autonomie; „být sám sebou“, sebeurčení, transcendence prostředí; samostatnost; život podle vlastních zákonů

---

<sup>1</sup> některé pojmy byly upraveny v souladu s překladem Nakonečného (2002) tak aby přesněji vystihovaly původní anglické znění



Metapotřeby mají ve srovnání se základními potřebami menší prepotenci (naléhavost), ale jejich uspokojování posiluje vývoj k pravé lidskosti, k vyššímu štěstí a radosti. Úplné seberalizace není možné natrvalo dosáhnout ve statickém, neměnném slova smyslu absolutní rovnováhy, konečného dosažení cíle či definitivního uspokojení chtění. Maslow ji považuje za *dlouhodobý vektor, nedokonavý děj, stávání se (becoming)*, jež neprobíhá skokově. Je to tendence, která se nevyskytuje v podobě *vše anebo nic*, je to spíše otázka míry a četnosti. Ukazuje spíše směr našich možností, našeho směřování k individualizaci a autonomii, našeho růstu a vývoje, který probíhá po celý život. Naplňování základních a vyšších potřeb přirovnává ke vztahu dětství a dospělosti, kdy jedno přechází v druhé a je jeho nezbytným předpokladem.

Aby ze sebeaktualizace nedělal „vrchol, na který se vyšplhají někteří vzácní jedinci ve věku šedesáti let“, rozhodl se ji ve své redefinici popsat i v kontextu vrcholových zážitků, které ji doprovázejí: *Sebeaktualizaci můžeme [rovněž] definovat jako příhodu nebo náhlé vzplanutí, v němž se schopnosti člověka spojí obzvláště účinným a příjemným způsobem. Je to okamžik, v němž je člověk celistvější a méně rozštěpený, je otevřenější vůči zážitkům, expresivnější a bezprostřednější, plně funkční, kreativnější, vtipnější, méně závislý na svých nižších potřebách, překračuje hranice svého ega atd. V těchto chvílích je více sám sebou, lépe realizuje své možnosti, je blíže k podstatě bytí, je lidštější. ... Přinejmenším teoreticky můžeme v minulosti každého člověka hledat okamžiky sebeaktualizace* (Maslow, 2014, s. 152).

Maslow se zamýšlí nad otázkou, jaké jsou rozdíly mezi lidmi, kteří jsou motivováni růstovými potřebami a těmi, kteří jsou motivováni nedostatkovými potřebami. Mezi oběma skupinami vnímá kvalitativně odlišné procesy motivačního života a potažmo chování, psychický život je v mnoha aspektech prožíván jinak. Za psychologicky zdravé považuje ty jedince, kteří *...v dostatečné míře uspokojili své potřeby bezpečí, sounáležitosti, lásky, respektu a sebeúcty a jsou tedy primárně motivováni sklonem k sebeaktualizaci, jež je definována jako soustavné naplňování možností, schopností a nadání, jako naplnění poslání (nebo osudu, předurčení, povolání) jako plnější poznání vlastní vnitřní podstaty a její přijetí, jako neustálé směřování k vnitřní jednotě, integraci a spolupráci* (Maslow, 2014, s. 83-84).

Lépe než obecná definice ale podle Maslowa vystihuje podstatu věci popis klinicky pozorovaných vlastností zdravých lidí:

1. *kvalitnější vnímání skutečnosti*
2. *lepší přijetí sebe, ostatních lidí a přirozenosti*
3. *zvýšená spontánnost*
4. *zvýšené soustředění na problémy*
5. *zvýšená nestrannost a touha po soukromí*
6. *zvýšená autonomie a odolnost vůči enkulturaci*
7. *neotřelé vnímání, bohatší emoční reakce*
8. *vyšší četnost vrcholných zážitků*
9. *zvýšená identifikace s lidským rodem*
10. *změněné (klinický psycholog by řekl zlepšené) mezilidské vztahy*
11. *demokratičtější struktura charakteru*
12. *výrazně zvýšená kreativita*
13. *určité změny v hodnotovém systému (Maslow, 2014, s. 84).*

Charakteristickým vzorcem uspokojování nedostatkových potřeb je prožívání potřeby jako nutkavé, zneklidňující, nepříjemné touhy či žádosti. Jako takové jedince vychylují z klidu, z rovnováhy a motivují tak ke snížení nepohodlí, napětí, úzkosti. Člověk usiluje o splnění cílů, aby se zbavil obtížného, rozčilujícího, nežádoucího podnětu, aby dosáhl stavu klidu, odpočinku, stavu bez bolesti. Maslow dává příklad Freudovy psychoanalýzy, která *...vychází z práce s nemocnými lidmi, kteří trpí v důsledku špatných zkušeností se svými frustracemi, potřebami a jejich uspokojováním. Není divu, že se takoví lidé svých impulzů obávají, nebo je dokonce nenávidí, protože jim připravily tolik trápení. Takoví lidé se ke svým impulzům chovají nevládně a obvykle je potlačují ... považují ji (touhu) za hrozbu, proto se jí snaží zbavit, vyhnout se jí anebo ji popřít.* (Maslow, 2014, s. 86). V důsledku minulých zkušeností, kdy se potřeby pokoušeli neúspěšně naplnit, jsou základní psychologické potřeby (potřeba bezpečí, lásky, úcty, informací) pro jedince s nedostatkovou motivací často rušivé. Jsou zdrojem problémů, poněvadž se ani v přítomnosti nemohou spolehnout na svou schopnost je naplnit.

Růstově motivovaní lidé naproti tomu své potřeby přijímají, těší se z nich, poněvadž i minulé zkušenosti s nimi byly potěšující a oni se tak mohou spolehnout na jejich současné i budoucí uspokojení. Typickým rysem sebeaktualizovaných jedinců je tedy to, že *... impulzy a touhy jsou vítány a jsou příjemné a radostné. Člověk jich chce*

*raději více než méně, a pokud vytvářejí pnutí, je to pnutí příjemné* (Maslow, 2014, s. 87).

*Sebeaktualizovaní lidé ...přerůstají sami sebe, a místo, aby chtěli méně, chtějí víc a více, například vzdělání. Člověk nezačne odpočívat, ale spíše zvýší svou aktivitu. Dosažené uspokojení chuť k růstu nezmírní, ale spíše ji povzbudí. Růst sám o sobě je uspokojivý a vzrušující proces. ... sebeaktualizovaní lidé se radují ze života obecně a radují se také ze všech jeho aspektů, zatímco většina ostatních lidí se raduje pouze ze vzácných okamžiků triumfu, úspěchu, vyvrcholení nebo vrcholného zážitku* (Maslow, s. 88-89).

Rozdíl mezi stavem nedostatku v základních potřebách a jejich naplněním vidí v tom, že uspokojováním deficiencí se vyhýbáme chorobám (odrážíme hrozby a útoky), uspokojováním růstových potřeb získáváme pozitivní zdraví (zažíváme naplnění a úspěch). Jinými slovy je zde zásadní rozdíl, kdy u nedostatkové motivace je prožívání zaměřeno na obranu a ochranu vlastní osoby a u růstové motivace je vnitřní život zaměřen na naplnění, vzrušení, rozšíření. Maslow používá k vysvětlení tohoto aspektu protikladů mezi *přípravou na život a plným životem* či obrannými mechanismy, které mají za úkol odstranit bolest a bojovnými mechanismy, jež nás disponují k úspěchu a překonávání obtíží.

Důležitý aspekt rozdílnosti obou stavů spatřuje i v tom, že v uspokojování základních potřeb jsme závislí na svém okolí. Člověk se tak ocitá v závislém postavení a nemá pod kontrolou vlastní osud, je vystaven nejrůznějším rozmarům, přáním a pravidlům vnějšího prostředí, musí je respektovat, jinak by ohrozil své zdroje. Musí být vnímavý vůči souhlasu, musí být vděčný za projevy laskavosti a dobré vůle ostatních, musí upravovat své chování podle očekávání druhých. Z těchto důvodů se jedinec s nedostatkovou motivací víc obává svého okolí, poněvadž je vždy potenciálně vystaven situaci, kdy se s okolím dostane do konfliktu anebo kdy ho okolí zklame. V prožívání se takový stav projeví pocitem nedostatku svobody a může přerůst až v nepřátelské chování (Maslow, 2014).

Sebeaktualizovaní lidé jsou naproti tomu mnohem méně závislí a nepodléhají tak snadno vnějšímu formování či nátlaku. Oceňují soukromí, druhé lidi nutkavě nevyhledávají za účelem naplnění vlastních neuspokojených potřeb. Jejich nezávislost je spojena s větší objektivitou, nenechávají se ovládat aktuálně přijímanými, módními,

společenskými hodnotami. Jsou přemýšlivější, jejich vývoj je určován převážně jejich vnitřní podstatou, „... jejich možnostmi a schopnostmi, nadáním, skrytými zdroji, tvůrčími impulzy, potřebou poznat sám sebe a stát se celistvějším člověkem, který si stále více uvědomuje, kým ve skutečnosti je, co skutečně chce a co je jeho poslání, povoláním, osudem (Maslow, 2014, s. 93).

Sociálně jsou sebeaktualizovaní lidé méně rozpolcení vůči druhým, méně úzkostní a méně nepřátelští. Nejsou tolik závislí na chvále a ocenění, neusilují tolik o pocty, slávu a odměny. Jejich autonomie a odolnost jim přináší ale také relativní nezávislost na nepříznivých vnějších podmínkách jako je smůla, velké ztráty či zklamání, tragédie, stres a deprivace. Tato tendence k nezávislosti ale na druhé straně neznamená izolovanost či nedostatek respektu vůči světu, i přes nejruznější negativní zkušenosti si udržují prosociální nastavení. Jsou však „psychologicky svobodní“ – tedy prvotní jsou pro ně vlastní přání a plány, nikoliv tlak okolí (Maslow, 2014).

Jedinci motivovaní nedostatkovými potřebami se v kontaktu s druhými zaměřují spíše na možnost uspokojení svých potřeb nebo je vidí jako zdroj podpory. V tomto smyslu jsou více připoutaní, potřební, žádostivější. To činí jejich vnímání výběrové, druhého vidí spíše jen jakýmsi „průhledem“ vlastních potřeb. Aspekty, jež s nimi přímo nesouvisí, jsou přehlížené anebo jsou považovány za nudné, rozčilující či ohrožující. Jádrem vztahu je vždy „užitečnost“ druhého z hlediska aktuální nedostatkové potřeby. To jim brání vidět člověka v jeho úplnosti a celistvosti, jako složitou a jedinečnou bytost. *Naprostou nezájemnost, neosobní, objektivní a holistické vnímání jiné bytosti je možné pouze tehdy, pokud od ní nic nepotřebujeme a pokud ona nepotřebuje nic od nás... Druhý člověk je obdivován spíše pro své obdivuhodné vlastnosti než proto, že on sám lichotí a chválí. Je milován proto, že je hoden lásky a ne proto, že lásku rozdává (Maslow, 2014, s. 94).*

Tomuto způsobu vnímání říká „nezaujatá všímavost“ a je to pro něj nehodnotící, neodsuzující, nevměšující a nezavrhující postoj, který by měli zaujímat terapeuti a který bez zvláštního úsilí používají sebeaktualizovaní lidé. Vnímání by mělo být jemné, ohleduplné, nevtíravé. Znakem nezaujaté všímavosti je i to, že protiklady nestaví proti sobě jako neslučitelné polarity, ale dokáže je vidět v jednotě a vzájemné souhře, v jejich dynamickém prolínání. Když Maslow popisuje vrcholné zážitky, jež zažívají sebeaktualizovaní lidé častěji než ti deficitně motivovaní, říká: *Šťastný člověk si jen*

*stěží může připsat veškeré zásluhy za své štěstí, a nemůže to udělat ani člověk plný úžasu či vděku. Musí si položit otázku: „Zasloužím si to?“ Tito lidé řeší dichotomii mezi pýchou a pokorou tak, že je sloučí v jedinou, složitou a nadřazenou jednotu. Jsou tedy současně pyšní (v jistém smyslu) a pokorní (v jistém smyslu). Pýcha (prodchnutá pokorou) není arogantní, ani paranoidní. Pokora (prodchnutá pýchou) není masochistická (Maslow, 2014, s. 168).*

Vnímání výše uvedených rozdílů mezi nedostatkovou a růstovou motivací považuje Maslow za skutečný cíl vzdělávání (jednotlivců i rodin), psychoterapie a rozvoje osobnosti. Terapie je způsob, jak nahradit nedostatkové potřeby bezpečí, sounáležitosti a úcty anebo také proces, který umožní, aby si klient pomohl vlastními silami. Neurózu tedy pokládá za poruchu z nedostatku, kterou lze léčit interpersonální terapií. Ale i jedinci motivovaní růstem mají své úzkosti, zmatky, konflikty a řeší své problémy v terapii. Od určitého momentu je ale dokáží také řešit seberozvojem a sebezkoumáním, rozjímáním či meditací – tedy intrapersonální psychologii. *Jestliže psychoterapie dělá z chorých lidí méně choré a odstraňuje jejich symptomy, potom „psychagogika“ se svého úkolu ujímá ve chvíli, kdy terapie končí. Z méně chorých lidí dělá zdravé (Maslow, 2014, s. 96).*

V běžném životě, ale v pomáhajících profesích především, je užitečné si uvědomovat, že ať je chování člověka jakkoliv problematické, vychází vždy z nenaplněných bytostných potřeb a jejich frustrace se v chování projevuje nevladatelnými pocity vzteku, smutku, úzkosti. *Přestože člověk dokáže být sobecký, chlípny a agresivní, není takový ve své podstatě. Pod povrchem, v psychologickém a biologickém jádru lidské přirozenosti, nacházíme základní dobrotu a slušnost. Jsou-li lidé jiní než dobří a slušní, je to jen proto, že reagují na stres a bolest, nebo je jim upíráno uspokojení základních lidských potřeb, jako je bezpečí, láska a sebeúcta (Lowry In: Maslow, 2014, s. 8).*

## **2.2 PŘÍSTUP ZAMĚŘENÝ NA ČLOVĚKA CARLA ROGERSE**

Další ústřední postavou humanistické psychologie je americký psychoterapeut Carl Rogers (1902–1987). Je označován za jednoho z nejvlivnějších psychologů a myslitelů 20. století, který zásadně změnil podobu psychoterapie. Vyvinul specifický způsob práce s klientem, který daleko překračuje oba pojmy: „práce“ i „klient“. Práce v terapii pro něj totiž byla spíš „způsobem bytí“. Popsal ji jednak v rovině praktického

vztahování se ke klientovi v rámci terapeutického sezení ve svých knihách *Poradenství a psychoterapie*, *Na klienta zaměřená terapie*, *Být sám sebou*, ale také v rovině čistě teoretické - vypracoval *Teorii terapie, osobnosti a mezilidských vztahů*. Jeho poslední kniha *Způsob bytí* je pak završujícím shrnutím jeho celoživotních pracovních zkušeností, ale také hluboce osobním zachycením jeho osobité a inspirativní životní filosofie. Pojem „klient“ pak později v názvu svého terapeutického přístupu zaměnil za pojem „osoba“, aby reflektoval přesah i do dalších oblastí života - například do pedagogiky (kniha *Svoboda učit se*) a také do sféry řešení sociálních či politických konfliktů.

Čtení jeho knih, zejména *Být sám sebou* a *Způsob bytí* nevyžaduje žádnou zvláštní psychologickou průpravu. Autorovi velmi záleželo na tom, aby zůstal srozumitelný i pro neakademické publikum. Styl jeho knih je prodchnutý svěžím jazykem, jenž není zatížený strohostí, sevřeností a přílišnou abstraktností vědeckého vyjadřování. Uchovává si živou obrazotvornost, používá výstižné metafory, i ty nejzásadnější objevy ilustruje příklady z každodenního života. Zve čtenáře do vlastního života a nitra, používá nekomplikovaný a velmi osobní styl, který budí dojem, že autor sedí hned vedle něj a s fascinací a zaujetím vypráví o svých objevech. *Kdybych mohl, nejraději bych odhodil všechna slova tohoto rukopisu a nějak vám „ukázal“ zážitek, jakým je terapie. Je to proces, věc sama o sobě, vztah, dynamika. Není to to, co o ní říká tato kniha, ani co o ní říkají jiné knihy, stejně tak jako květ není popis botanika nebo vytržení básníka nad květem. ... [...] ... Terapie je často esencí života a tak je třeba jí také rozumět. ... [...]... Tato kniha je o utrpení a naději, o úzkosti a uspokojení, kterými je naplněná pracovníka každého terapeuta. ... [...]... Je o klientovi v mé pracovní, který sedí proti mně u konferenčního stolu a vede zápas o to, aby byl sám sebou, a přeci se této vyhlídky velmi bojí. Tato kniha je o mně, jak sedím s klientem, dívám se na něj, zúčastňuji se jeho zápasu tak hluboce a citlivě, jak jsem toho jen schopný* (Rogers, 2000, s. 10-11).

Jeho „přístup zaměřený na člověka“ vnesl ve své době do psychoterapie novátorské myšlenky. Do prostředí ovládaného koncepcemi somatické medicíny, kde je hlavním hybatelem procesu lékař, který diagnostikuje příčinu chorobného stavu a tu léčí vnějšími zásahy, vnesl otázku důvěry v potenciál klienta samotného, v jeho schopnost měnit se, růst a vyvíjet se. *V prvních letech mé profesionální dráhy jsem si kladl otázku: Jak můžu tohoto člověka léčit, uzdravit nebo změnit? Dnes bych svou otázku*

*zformuloval jinak: Jak mohu poskytnout vztah, který tento člověk může využít k vlastnímu osobnímu růstu? (Rogers, 2015, s. 51). Zcela zásadním způsobem tak posunul „těžiště“ práce s klientem – od pojmání klienta jako vnějšího objektu, v němž je třeba najít patologii, k utváření ryzího osobního vztahu.*

Klinická praxe a každodenní život ale ukazují četné příklady, kdy se člověk vyvíjet přestane a uvízne ve „fixních schématech“, v procesu neurózy anebo v krajním případě psychózy. Ať už šlo o klienty se schizofrenickými poruchami nebo i méně závažnými obtížemi, zjistil Rogers ve svých pečlivých psychoterapeutických výzkumech zásadní objev: další vývoj osobnosti může podpořit tak, že se zaměří na kvalitu vztahu ke klientovi. Postupně začal objevovat různé aspekty toho, co je a co není podstatou léčivého vztahu. Zjistil, že vztahování se ke klientovi pomocí nacvičených procedur je bezcenné. Stejně tak manifestace intelektuálního vhledu do povahy klientových obtíží má v lepším případě jen dočasný efekt, v déleodobé perspektivě je bezvýznamná. Dospěl k poznání, že ke změně dochází při prožívání vztahu. *Na základě zkušenosti jsem zjistil, že když se mi daří napomáhat vytváření atmosféry, která se vyznačuje opravdovostí, uznáním a porozuměním, dějí se vzrušující věci. V takovéto atmosféře se lidé, stejně jako skupiny, vzdávají své nepoddajnosti a stávají se přizpůsobivějšími. Svůj statický způsob života zaměňují za dynamický, závislost mění za autonomii, obranný postoj za sebezříjetí. Přestávají být předvídatelní a stávají se tvořivě nepředvídatelní. Proměňují se v živoucí důkaz aktualizační tendence (Rogers, 1998, s. 52).*

Aktualizační tendence je jedním z klíčových konceptů jeho teorie změny. Postuluje ji jako obecnou vrozenou tendenci organismu rozvíjet veškerou svou kapacitu způsobem, který slouží k jeho udržování nebo rozvíjení. Je pro něj jádrem přesvědčení, že se terapeut nemusí, a ani by se neměl, nijak vměšovat do klientova vnitřního života – ať už dobře míněnými radami, komentáři nebo dokonce manipulací či donucováním. Ve *Způsobu bytí* tento svůj celoživotní postoj ilustruje jedním ze svých nejoblíbenějších citátů mistra Lao-c’*: Zdržím-li se zasahování do záležitostí druhých, starají se sami o sebe. Zdržím-li se poroučení druhým, jednají sami za sebe. Zdržím-li se kázání druhým, zdokonalí se sami. Zdržím-li se zneužívání druhých, stanou se sami sebou. (Rogers, 1998, s. 51).*

Takové spoléhání se na přirozené motivační síly směřující ke konstruktivnímu vývoji rezonuje s jeho humanisticky optimistickým pojetím podstaty člověka. Byl za něj kritizován ve smyslu naivního vidění světa ve světle všech hrůz, destrukce a násilí, kterých se lidé dopouštějí. Opakovaně však zdůrazňoval, že si je vědom temných stránek lidské duše, ale že se ve své celoživotní praxi psychoterapeuta vždy přesvědčoval o tom, že podstata člověka není zlá či špatná, jak jej vidí náboženská tradice. Věřil vždy v hodnotu vlastní zkušenosti a ta s každým pokrokem jeho klientů ukazovala, že jejich terapeutický posun nezpůsobuje žádný vnější nátlak či usměrňování ve smyslu morálních imperativů, příkazů či zákazů, ale nepředstíraná a ryzí důvěra v klienta. *Ze zkušenosti vím, že lidé mají v zásadě pozitivní směřování. Při svých nejhlubších kontaktech s jedinci v terapii, dokonce i s těmi, jejichž potíže jsou velmi znepokojivé, jejichž chování je nejvíce antisociální a jejichž pocity působí velmi abnormálně, jsem zjistil, že to platí. Když dokážu citlivě porozumět pocitům, které vyjadřují, když je dokážu přijmout jako samostatné svébytné osoby, zjišťuji, že mají sklon pohnout se určitým směrem. ...[...]... Nejlépe to podle mého názoru popisují slova jako pozitivní, konstruktivní, je to pohyb směrem k sebeaktualizaci, růst ke zralosti, k socializaci. Dospěl jsem k názoru, že čím úplněji je člověk pochopen a přijat, tím větší má sklon odhodit falešné fasády, jejichž prostřednictvím se setkával se světem, a tím větší má sklon pohnout se kupředu* (Rogers, 2015, s. 47).

Aktualizační tendence je pro něj hnací síla života, na které závisí celá psychoterapie. Navázal tak, podobně jako Maslow, na pojetí německého neuropsychiatra K. Goldsteina, který pobvažoval „organismické sebeuskutečňování“ za základní princip fungování organismu na tělesné úrovni, ale i organizace psychického života. *Jde o sílu, kterou můžeme pozorovat u veškerého organického a lidského života – roztahovat se, rozpínat se, stávat se nezávislým, rozvíjet se, zrát – o tendenci vyjadřovat a aktivovat veškeré schopnosti organismu do takové míry, až tato aktivace obohatí onen organizmus nebo lidské „já“* (Rogers, 2015, s. 54). Tato kapacita směřovat ke zralosti nemusí být na první pohled viditelná, ale je vždy přítomná. Může být skrytá pod nánosem vnější masky, může být zadržovaná psychologickými obranami proti bolesti, vždy ale čeká na možnost projevit se. To, co jí umožní přejít ze stavu možnosti ke skutečnému projevení se v reorganizaci osobnosti, je psychologicky vhodné prostředí.



K tomu, co to přesně znamená, se Rogers propracovával postupně a celý svůj profesní život zasvětil preciznějšímu formulování svých zkušeností do vědeckých konceptů, ale i do velmi srozumitelného jazyka běžného čtenáře. V kapitole knihy *Být sám sebou* nazvané *Několik důležitých objevů* popisuje zajímavou okolnost: všechny poznatky ohledně povahy terapeutického vztahu ke klientovi byly součástí jeho vnitřního přesvědčení a práce s klientem ještě dříve, než si je uvědomil. Tedy až zpětnou analýzou tisícovek sezení objevil, že v interakcích s klienty, za jejich slovy, jsou skryty jeho hluboké vnitřní postoje, které hrají v procesu terapie klíčovou úlohu. Terapeuticky účinné postoje terapeuta nejsou jen intelektuální vědomosti získané osvojováním „vnější pravdy“, ale pramení z hluboké instinktivně-emocionální báze osobnosti terapeuta. Dospět k nim lze skrze osobní zážitek a zkušenost, tedy spíše vyciťováním než přemýšlením. *Svým zkušenostem mohu důvěřovat. ...[...].dospěl jsem ke zjištění, že mé celkové organismické pociťování nějaké situace je spolehlivější než můj intelekt. ...[...].Zjistil jsem, že když důvěřuji určitým vnitřním neintelektuálním pocitům, nalézám v onom kroku moudrost* (Rogers, 2015, s. 42).

### 2.2.1 TERAPIE JAKO VNITŘNÍ PROCES TERAPEUTA

Přestože poznatky popisované v kapitole *Několik důležitých poznatků* Rogers popisuje jako svou subjektivní zkušenost a nepředkládá ji jako nezpochybnitelná fakta, staly se významovým jádrem jeho přístupu zaměřeného na klienta. Jako první ze svých „důležitých objevů“ popisuje postoj autentičnosti. *Ve svých vztazích s lidmi jsem zjistil, že z dlouhodobého hlediska není užitečné chovat se, jako bych byl někým, kým nejsem* (Rogers, 2015, str. 36). Znamená to vztahovat se ke klientovi bez stylizace profesionální či jiné masky, která by zastírala „nepatřičné“ emoce – nejistotu, podrážděnost, kritičnost atp. *Popravdě mi připadá, že většinu chyb, které dělám ve svých osobních vztazích, většinu situací, kdy druhým nedokážu pomoci, lze přičíst na vrub skutečnosti, že jsem se kvůli nějaké obraně choval jedním způsobem navenek, zatímco moje skutečné pocity byly protikladné* (Rogers, 2015, s. 37).

Součástí postoje autentičnosti, tedy ryzího, nepředstíraného, opravdového vztahu jako opaku naučené a vnějškově manifestované profesionální bravury, je další poznatek: *Zjišťuji, že pracuji efektivněji, když dokážu sám sobě naslouchat, přijmout se a být sám sebou* (Rogers, 2015, str. 37). Tento mnohvrstevnatý proces v sobě zahrnuje několik dílčích dějů: jednak schopnost naladit se sama na sebe, „přesměrovat“ pozornost

z vnímání vnějších událostí do nitra, zachycovat v každém okamžiku tok prožívání, rozlišovat jemné odstíny jeho pramínků, všítat si jeho spletité propojení a uvědomovat si, co přesně terapeut cítí - tedy být v živém a plném kontaktu s vlastními emocemi. Jakkoliv se tento proces může jevit nesložitý, ve skutečnosti brání volnému plynutí prožitkového proudu množství zábran a mnoho pocitů tak nemůže být vědomě reflektováno.

Dalším podstatným momentem je akceptující postoj k sobě samému. Aby tento proces srozumitelně vysvětlil, rozlišuje Rogers dva aspekty vnitřního života člověka. Jedním z nich je organismus, jenž je pro něj bazálním zdrojem smyslového a viscerálního (útrobního) prožívání - spontánních reakcí, tělesných pocitů, rozmanitého spektra emocí a sensorických vjemů. Není pouhým biologickým základem psýché projevujícím se nekultivovanými, asociálními a nebezpečnými pudovými impulzy, ale živoucím centrem, které generuje sebezáchovnou sílu aktualizací tendence vybavené mohutným celostním a integračním směřováním. Je pro něj nejhlubším referenčním bodem, ke kterému se vždy může vztahovat jako k *moudrosti organismu*. Prožívání organismu je pro něj *nejvyšší autoritou a zkušebním kamenem pravdivosti*, zážitky mají pro něj daleko větší váhu než myšlenky (Rogers, 2015).

Druhým aspektem psychického světa člověka je jeho vědomí, schopnost reflektovat prožitky organismu. Požadavek „být sám sebou“ v mysli terapeuta je možné si představit tak, že terapeut „nechává“ svůj organismus volně prožívat a svou bdělou pozorností zachycuje zážitky ve vědomí. Klíčovým okamžikem je pak povaha reflektujícího vědomí – nakolik je schopné přijmout zážitek jako součást sebe sama, anebo jej odmítá jako nepřijatelný.

Schopností přijmout sebe sama tedy Rogers rozumí takové vnitřní vyladění, kdy prožitek není sebepojetím hodnocen jako „správný či nesprávný“, „žádoucí či nežádoucí“, emoce nejsou potlačovány, zážitek zkreslován. Jinými slovy: terapeut sám vůči sobě zaujímá postoj: všechny pocity, které se ve mě odehrávají, ať příjemné či nepříjemné, patří ke mně, dávám jim v sobě prostor, vnímám je jako cenný zdroj intuitivního poznání o mém vnitřním světě a jeho reakcích na ten vnější (Rogers, 2015).

Terapeut je tedy zároveň vnořen do svých prožitků, nemá potřebu je řídit, ovládat, přetvářet, manipulovat s nimi, nechává je volně proudit, je svými emocemi a pocity, ale současně se neidentifikuje pouze s obsahem těchto prožitků – tedy není

pohlčen např. svým neklidem, netrpělivostí, podrážděností, povzneseností, ale je i tím, kdo je vnímá v rozmanitých variacích a odstínech a vytváří si k nim vztah jako k hodnotné a vítané části sebe sama.

Terapeut se tedy stává tím, kdo bdělým, laskavým a nehodnotícím způsobem vnímá vlastní vnitřní život. Esencí tohoto postoje a jeho významu pro osobnostní posun v terapii jsou Rogersova slova: *...když přijmu sám sebe takového, jaký jsem, potom se změním. Věřím, že jsem se to naučil od svých klientů stejně jako z vlastní osobní zkušenosti – že se nemůžeme změnit, nemůžeme se pohnout dál od toho, jací jsme, dokud se nám nepodaří zcela přijmout, jací jsme. Potom se zdá, jakoby změna přišla téměř sama od sebe* (Rogers, 2015, s. 37). Schopnost projevovat se opravdově má zásadní vliv i na naše vztahy: *Dalším výsledkem, který zřejmě plyne z toho, když jsem sám sebou, je větší opravdovost vztahů. Opravdové vztahy umí být vzrušujícím způsobem významné a smysluplné* (Rogers, s. 37).

Pakliže je terapeut v situaci, kdy část spektra vlastního prožívání považuje za nežádoucí (má například za to, že by neměl vůči klientovi cítit nepřátelské pocity, anebo naopak silné sympatie), odsune je jako nepatřičné mimo vědomou pozornost. Nemá pak možnost s nimi dále pracovat a porozumět jejich významu – pro sebe samého a také ve vztahu ke klientovi. Terapeutovy nepřijaté emoce pak narušují proces objevování vlastního vnitřního světa klienta, nepřijaté postoje vnáší do terapie neprozkoumaná terapeutova témata, jimiž se dostává mimo klientův vnitřní svět a odchyluje se od směru, kterým klient potřebuje jít. Kontaminuje tak atmosféru léčivého vztahu vlastními přesvědčeními a hodnotami a znemožňuje klientovi objevit to, co je pro něj samotného podstatné, cenné a významné.

V pojmu autentičnost je obsažen „vztahový směr“ ke klientovi: tedy terapeut je ve svém vztahu k němu opravdový, věrohodný, důvěryhodný a transparentní. Rogers používá pro tento postoj ale také druhý, alternativní pojem: kongruence (shoda, souladnost), kterým vyjadřuje aspekt nasměrování do nitra terapeuta. Kongruentní terapeut je ve vztahu k sobě samému otevřený a je v souladu se svými pocity a postoji, které v daném okamžiku plují jeho nitrem. Je-li schopen zrcadlit vlastní prožívání ve svém vědomí bez zkreslení či popírání, pak teprve je schopen prožívat soulad prožitku (tedy niterné aktivity) a slova (vnější aktivity). Pak je také schopen téhož i ve vztahu k druhému: být sám sebou, vyjadřovat upřímně, co cítí. *Chápeme (pojem kongruence)*

*tak, že pocity, které terapeut zažívá, jsou mu k dispozici, jsou k dispozici jeho vědomí, a on dokáže tyto pocity žít, být jimi, a pokud je to na místě, dokáže je sdělovat. Tuto podmínku nikdo nikdy nenaplní zcela, ale čím více terapeut dokáže naslouchat a přijímat, co se v něm odehrává, a dokáže být složitostí svých pocitů, beze strachu, tím vyšší je stupeň jeho kongruence (Rogers, 2015, s. 81).*

Ve *Způsobu bytí* Rogers popisuje, jak se takový pohled na terapii dotýká spirituální roviny života. *Jsem-li jako skupinový facilitátor či terapeut v nejlepší formě, setkávám se s novou charakteristikou. Zjišťuji, že když jsem nejbližší svému niternému, intuitivnímu self, když jsem jakoby ve spojení s oním nepoznaným ve svém nitru, když jsem tak trochu ve změněném stavu vědomí, pak se zdá, že všechno, co dělám je naplněné léčivou silou. V takových okamžicích pouhá má přítomnost přináší druhému úlevu a pomoc. Nemohu si pomoci, ale dokážu-li se uvolnit a být co nejbližší svému transcendentnímu jádru svého self, jednám s druhým zřejmě jakýmsi zvláštním a impulzivním způsobem, který nedokážu rozumně odůvodnit a jenž nemá s mými myšlenkovými procesy naprosto nic společného. Tento zvláštní způsob chování se však nakonec ukazuje jako správný. Je to podivné, ale zdá se, jakoby má vnitřní duše dospěla až k vnitřní duši toho druhého a dotkla se jí. Sám náš vztah transcenduje a stane se součástí čehosi většího, jehož součástí je intenzivní růst, léčba, energie (Rogers, 1998, s. 116).*

Další charakteristikou léčivé atmosféry ve vztahu je schopnost empatického porozumění klientovi. V rámci terapie (ale i v dalších situacích, kdy dochází k setkávání člověka s člověkem) má pro Rogerse vysokou hodnotu schopnost naučit se vnímat vnitřní svět klienta (osobnosti), naladit se na jeho „vztahový rámec“. Znamená to také nevnímat jej jako vnější objekt, se kterým je nutno nějak manipulovat, zasahovat do něj, vměšovat se do něj. Rogersova teorie má své kořeny ve fenomenologické tradici v psychologii, která klade důraz na zkušenosti jedince, jeho pocity a hodnoty, tj. na jeho „vnitřní život“... (Nakonečný, 2002, s. 169). Terapeut tak nechává tzv. „vnější objektivní realitu“ života klienta stranou, nezjišťuje, zda jsou klientem sdělované okolnosti a fakta pravdivá, přesná či úplná, ale zajímá se jedině o to, jak sám klient vidí svůj život s druhými a co se odehrává v jeho nitru. *Fenomenologický přístup k člověku znamená, že jeho chování ve světě je vnímáno jako jeho reakce na jeho osobně prožívanou realitu. Způsob, jakým svět prožívá a jak na něj reaguje, vyplývá z významu, který je odvozen z potřeb, zkušeností a očekávání daného člověka. Každý člověk žije ve*

*svém subjektivním světě, který nemůže být plně a zcela nikým pochopen (Šiffelová, 2010, s. 18).*

Neznamená to však, že by měl terapeut rezignovat na snahu porozumět klientovu světu. Právě naopak: Rogers pokládá empatii za nejúčinnější způsob, jak se přiblížit druhému, jak porozumět jeho osobnostní dynamice a také za způsob, jak navodit změny v osobnosti, v jejím chování a učení. *Je to jeden z nejkřehčích a nejmocnějších nástrojů, jež ve vzájemné komunikaci máme (Rogers, 1998, s. 123).* Cituje také Quinny výzkumy empatie, které ukázaly, že porozumět pocitům klienta znamená zaujmout postoj „chci mu porozumět“. Tedy i „pouhá“ snaha o empatii je většinou klientů vnímána jako empatie. (Rogers, 2015). Empatii jako takovou není třeba se „učit“ jako zvláštní techniku, ale je třeba se vždy a poctivě vracet k vnitřnímu světu klienta jako v tu chvíli jediné a podstatné realitě. V běžné mezilidské komunikaci totiž obvykle velmi tíhneme k tomu, abychom to, co druhý říká, okamžitě srovnávali s naším pojetím skutečnosti. A nesouhlasí-li oba světy, podléháme dojmu, že ten druhý vnímá zkresleně či nepravdivě. Naší okamžitou reakcí na výpovědi druhých je posuzování a hodnocení, ne porozumění. Rogers říká, že projevat druhému empatii není vůbec běžné, že si ve skutečnosti málokdy dovolíme přesně pochopit, jaký význam mají slova druhého pro něj samotného. Porozumění světu druhého nás totiž může změnit, může proměnit naši identitu, naše hodnoty a představy o životě (Rogers, 2015).

Pro Rogerse má empatické porozumění obrovskou hodnotu a díky ní popisuje ústřední okamžiky procesu osobnostní změny člověka v terapii. *Při práci s trpícími klienty zjišťuji, že když pochopím bizarní svět psychotického jedince nebo pochopím a vcítím se do postojů osoby, podle níž je život příliš tragický, aby se dal vydržet, nebo když pochopím člověka, který se považuje za bezcenné a podřadné individuum, každé z těchto pochopení mě něčím obohatí. Z těchto zkušeností se učím způsoby, které mě proměňují, které ze mě dělají jinou, a myslím, že vnímavější osobu. Ještě důležitější je možná skutečnost, že moje pochopení těchto jedinců dovoluje i jim, aby se změnili. Dovoluje jim přijmout vlastní obavy, bizarní myšlenky, tragické pocity a ztrátu odvahy, stejně tak jako okamžiky odvahy, lásky a citlivosti. A jejich zkušenost, stejně jako ta moje, nám říká, že když někdo tyto pocity plně pochopí, umožní mu to tyto pocity přijmout i u sebe. Potom lidé zjišťují, že se jejich pocity i oni sami mění (Rogers, 2015, s. 38-39).*

Mocným terapeutickým postojem je tedy schopnost naslouchat druhému s cílem porozumět tomu, co prožívá, co je pro něj důležité, jak vidí svět kolem sebe, jaké jsou jeho obavy, co mu přináší trápení, co v něm vyvolává nejistotu či zmatek. Rogers tento způsob vztahování se ke klientovi projevoval často tak, že kladl zkusmé otázky typu: *Je to tedy tak, že...?* nebo *Rozumím tomu dobře, že...?* aby si ověřil správnost svého porozumění a aby dal najevo, že klienta vidí tak, jak on vidí sám sebe. Že se jím nechává vést a je spíše jeho důvěrným společníkem, než tím, kdo formuje a mění jeho život (Rogers, 2015).

Empatické porozumění v sobě propojuje dva aspekty: schopnost naladit se ve smyslu citového sdílení, volného plynutí s tokem prožitků klienta, ale také kognitivní složku: pochopení důležitosti, dosahu jedinečného smyslu, který pocity pro klienta mají. *... terapeut si uvědomuje právě ty pocity a osobní významy, které klient prožívá, a toto své porozumění mu sděluje. V nejlepším případě je terapeut natolik ponořen do vnitřního světa druhého člověka, že dokáže objasnit nejen významy, jež si klient uvědomuje, ale i ty, které se nacházejí pod úrovní vědomí. ... [...] ...Toto velice vzácné naslouchání je jednou z nejmocnějších sil podporujících změnu osobnosti, které znám* (Rogers, 1998, s. 107).

Dalším důležitým postojem terapeuta je pro Rogerse schopnost akceptovat druhého člověka. Stejně jako u empatického porozumění, je ve skutečném životě schopnost přijímat odlišný svět poměrně vzácná. Pro terapeuta nemusí být lehké dovolit klientovi, aby vůči němu cítil nenávisť, stejně tak pro učitele dovolit svému žákovi, aby měl jiný názor. Rogers říká, že je v naší kultuře velmi rozšířené přesvědčení, že by ostatní měli myslet a cítit stejně jako já. *... samostatnost jedinců, právo každého člověka využívat svoje zkušenosti svým vlastním způsobem a objevovat v nich svůj vlastní smysl, je jedním z nejcennějších potenciálů života. ...[...]... Zjišťuji, že když dokážu druhého člověka přijmout, což znamená zejména přijmout pocity, postoje a přesvědčení, které má, jako jeho skutečnou a podstatnou součást, potom mu napomáhám, aby se stal člověkem* (Rogers, 2015, s. 41).

Potřeba působit na druhé v „jejich vlastním zájmu“, vnucovat jim naši vlastní „pravdu“, manipulovat je „pro jejich dobro“ bývá v našich osobnostech natolik zakořeněná, že si ji už ani nemusíme uvědomovat. Od raných let jsme v mnohých sociálních interakcích posuzování, hodnocení, srovnávání podle kritérií těch druhých:

„Hodná holčička se nevzteká!“, „Statečný hoch se nebojí jít do sklepa!“, „Dobrá dcera je poslušná a učí se na jedničky!“, „Všichni spolužáci jsou zdatnější, rychlejší, pohotovější, chytřejší než ty!“. Jen některý rodič a málokterý učitel je ochoten hledat v dítěti jeho silné stránky, rozvíjet jeho specifické nadání, jedinečné a neobyčejné schopnosti a akceptovat ho takového, jaký je. Většina námitek vůči takovému postoji vychází ze strachu: pokud jako rodič nebudu direktivně řídit život svého dítěte, stane se něco strašného, nezvladatelného, destruktivního. Pokud jako učitel nebudu autoritativně žáky učit to, co by podle mého soudu měli vědět, nastane chaos a rozklad hodnot společnosti.

Rogers ale vysvětluje: postoj akceptace není lhostejnost, nezájem, nihilismus. Schopnost akceptovat vychází z emocionální účasti s druhým, z pochopení jeho situace, z hledání smyslu a významu toho, co prožívá. Hluboké přijetí je prosyceno emocionální vřelostí a úctou vůči klientovi, které mu poskytují pocit bezpečí. Rogers v akceptaci vidí i schopnost projevit o druhého zájem a vytvořit vztah důvěry, často o tomto postoji mluví jako o *bezpodmínečném pozitivním přijetí*. Terapeut si cení klienta jako člověka pro něj samotného bez výhrad a bez podmínek, nikoliv pro jeho konkrétní vlastnosti či výkony. Jedině v takové atmosféře, kdy terapeut připustí, aby byl klient takovým, jaké jsou jeho přítomné pocity, se pak může rozvinout proces terapie. Pro klienta je pak moment akceptace silným zážitkem, jenž mu pomáhá přijmout se takový, jaký v daném okamžiku právě je. *...paradoxní stránkou mé zkušenosti je to, že čím víc jsem v celé této složitosti života jednoduše ochotný být sám sebou a čím víc jsem ochotný chápat a přijímat realitu v sobě a v druhé osobě, tím spíše, jak se zdá, začíná docházet ke změnám* (Rogers, 2015, s. 42).

Podstatou terapeutického vztahu je pro Rogerse atmosféra bezpečí a svobody. Dokud klient vnímá vztah jako místo, kde ho terapeut diagnostikuje, naslouchá mu jen proto, aby s profesionálním odstupem prozkoumal jeho nitro a našel symptomy, které by rozhodly o zařazení do určité kategorie nemocí, cítí se ohrožený a na hluboké citové rovině i odmítaný. Akceptace je tedy, obrazně řečeno, stav, kdy terapeut otevře dveře svého nitra všemu, čemu je schopen díky empatii porozumět a s úctou nechá vstoupit svět klienta do svého vlastního – aniž by jej hodnotil, moralizoval, usměrňoval či měnil. *Přijetí neznamená mnoho, pokud jeho součástí není porozumění* (Rogers, 2015, s. 53). Oceňuje zároveň druhého jako jedinečnou bytost, která má svou bezpodmínečnou hodnotu – bez ohledu na to, v jakém stavu se nachází.

Terapeut chápe, že vše, co klient prožívá, jak se chová či jaká dělá rozhodnutí, má svůj vnitřní smysl – pro něj samotného, byť se z vnějšího pohledu jeví jeho chování jako nesmyslné, destruktivní, asociální. Rogers (2015) cituje i výzkumy Whitehorna a Betse, kteří zkoumali úspěšnost mladých začínajících lékařů schizofrenních pacientů. Ukázalo se, že nejvíce nápomocní byli ti lékaři, kteří se nevztahovali ke svým pacientům pouze skrze anamnézu nebo diagnózu, ale ti, kteří hledali v jejich chování osobní význam, to co dává smysl jim samotným. Stejně tak se úspěšní lékaři zaměřovali svou pozorností přímo na osobnost pacienta a nekladli si jako cíl zmírnit jejich příznaky či vyléčit nemoc. Navazovali s pacienty aktivní, osobní a individuální vztahy.

V závěru kapitoly *Několik důležitých objevů* Rogers přehledně shrnuje své dosavadní zkušenosti a předpokládané účinky na klienta formou hypotézy (Rogers, 2015, s. 54):

*Jestliže dokážu vytvořit vztah, který se na mé straně vyznačuje:*

- *opravdovostí a transparentností, v níž jsem tím, co skutečně cítím,*
- *vřelým přijetím a oceňováním druhého člověka jako samostatného jedince,*
- *citlivou schopností vidět jeho svět a jeho samého stejně jako on,*

*potom tento druhý jedinec ve vztahu:*

- *bude prožívat a chápat aspekty sama sebe, které dříve potlačoval,*
- *zjistí, že se stává více integrovaným, lépe schopným efektivně fungovat,*
- *bude se více podobat té osobě, kterou by chtěl být,*
- *bude více řídit sám sebe a mít vyšší sebevědomí,*
- *stane se více osobou, bude jedinečnější a schopný lepšího sebevyjádření,*
- *bude mít větší pochopení pro druhé a bude je schopen lépe přijímat,*
- *bude schopen zvládat problémy života přiměřeněji a ve větší pohodě.*

Velmi zhuštěně řečeno: míra úspěšnosti terapie je přímo závislá na míře, v jaké jsou postoje empatie, akceptace a kongruence součástí žité existence terapeuta. Nakolik je terapeut sám vůči sobě citlivý, dokáže se dostat do hlubokého kontaktu se svými prožitky, je otevřený sám vůči sobě a jak s přirozeným instinktivně - emočním světem nakládá, natolik je schopen se podobným způsobem vztahovat i ke klientovi. A stejně tak: nakolik je terapeut schopný sám sebe akceptovat a vše, co vnitřní život přináší přijmout s vřelou laskavostí a respektujícím porozuměním vůči sobě samému, natolik je



schopný akceptovat i svého klienta. A nakonec: nakolik je schopen být sám sebou, opravdový a schopný vědomé reflexe svých pocitů, natolik je schopen svou kongruencí umožnit vnitřní sjednocování i svému klientovi. *Zjistil jsem, že čím otevřenější jsem vůči tomu, jaký ve skutečnosti jsem a jaký je ve skutečnosti ten druhý, tím menší mám chuť „dávat věci rychle do pořádku. S tím, jak se snažím naslouchat sobě a prožitkům, které se ve mně odehrávají, a čím víc se snažím tentýž naslouchající postoj uplatňovat i na druhého, tím větší respekt cítím ke složitým procesům života. ... [...]... Jsem mnohem spokojenější s tím být prostě sám sebou, a dovolit totéž druhému.* (Rogers, 2015, s. 41-42).

Závěrem je možné shrnout, že uvedené postoje - empatické porozumění, bezpodmínečné pozitivní přijetí a autentičnost/kongruence – vytvářejí v osobnosti terapeuta celostní postoj - „kvalitu přítomnosti“. Ani v terapeutické praxi se neuplatňují jednotlivé aspekty odděleně, ale v dynamickém propojení všech složek, jako „způsob bytí“. Terapeut tedy není střídavě nastaven na empatii nebo na akceptaci či autentičnost, ale v jeho zjevných reakcích i vnitřních postojích se zrcadlí synergie všech aspektů. Vlastní zkušenost mu dává schopnost spolehnout se na proces léčení, jenž ale řídí a skutečňuje aktualizační tendence klienta, nikoliv terapeut sám. To, co terapeut sám aktivně ovlivňuje, jsou jeho osobnostní postoje, kterými vytváří atmosféru umožňující změnu.

Empatie mu dává schopnost spoluprožívat s klientem neopakovatelnost jeho vidění světa. Částí své osobnosti je terapeut ponořen do klientova jedinečného vnitřního života. Nechává se jím vést po jeho vnitřní krajině, nemá žádný konkrétní záměr – něco v ní nalézt, odstranit či změnit. Ladí se na jemnější a jemnější odstíny jeho prožitků, emocí, pocitů, na výraz jeho těla, snaží se porozumět významu jeho gest i slov. Kongruence vyžaduje opačnou orientaci pozornosti – směrem do nitra terapeuta, do kontaktu s jeho vlastními prožitky. Znalost vlastního vnitřního světa prohlubuje terapeutovu empatii – snáze se ladí na to, s čím má osobní zkušenost, rozumí více tomu, co zná. Spolu s empatií přináší kongruence schopnost vědomě posoudit, kdy je v rámci terapie užitečné vlastní prožitek volně vyjádřit. Empatie tedy dává autentičnosti jemnou citlivost, která brání tomu, aby otevřené sdílení neubíralo prostor určený klientovi či aby subjektivní terapeutovy hodnoty klient nevnímal jako jediné cenné a obecně platné. Empatie tak napomáhá, aby spontánní autentické chování terapeuta nezraňovalo city klienta. Autentičnost zároveň vnáší do vztahu jistotu a srozumitelnost: klient vnímá

terapeuta jako otevřeného a důvěryhodného – věří mu v tom smyslu, že jeho projevy a city jsou ve vztahu k němu skutečné a nejsou jen součástí výcvikem naučené a knihami získané profesionální masky.

Empatii bez akceptace může klient vnímat jako ohrožující: nemusí být jasné, jak s mnohdy bolestným obsahem, který byl v minulosti zatížený pocity viny či studu, terapeut naloží. Zda poznatky získané empatickým porozuměním bude schopen přijmout, aniž by je zlehčoval, manipuloval s ním, aby zapadal do terapeutova přesvědčení, diagnostikoval či kritizoval jako nepatřičné. Projevy akceptace klientovi otvírají bezpečný a svobodný prostor k prozkoumávání vlastního prožívání a chování. Akceptace je tak opakem nutkové potřeby do klientova nitra zasahovat zvenčí – ať už teoretickým výkladem jeho symptomů, hodnocením jeho prožívání nebo moralizováním jeho činů.

Kongruence také umožňuje uvědomovat si, nakolik jsou aspirace terapeuta akceptovat každého člověka reálné, tedy uvědomit si vlastní hranice schopnosti bezpodmínečně přijímat. Je-li terapeut otevřený vůči vlastnímu prožívání, může si prostřednictvím negativně laděných pocitů uvědomit, kdy klienta skutečně akceptuje a kdy hraje roli bezvýhradně přijímajícího terapeuta a případně své pocity zpracovat mimo sezení či v supervizi. Postoje podporující změnu jsou tak ve skutečnosti spolu synergicky propojeny: nelze vytrhnout jeden postoj ze souvztažnosti vyváženého celku, dávají si vzájemně hranice a tvar.

O významu Rogersovy práce pro současnou psychoterapii svědčí i to, že jsou to právě jím popsané postoje, jež jsou dnes většinou terapeutických škol vnímány jako společné účinné faktory změny, které nejsou vnímány jako součást teoretického zaměření terapeuta, ale jako požadované osobnostní dovednosti. (Vybíral, Roubal a kol., 2010).

### **2.2.2 TERAPIE JAKO VNITŘNÍ PROCES KLIENTA**

Ve své práci se Rogers důkladně zabýval nejen otázkou, jaká podoba vztahu terapeuta ke klientovi iniciuje osobnostní změny, ale popsal také, jak takový terapeutický posun vypadá z hlediska vnitřních procesů klienta. Porozumět terapii, tak jak ji prožívá klient, pro něj bylo důležité, v knize *On Becoming a Person* (vyšlo v českém překladu *Být sám sebou*) se tomuto tématu věnuje v několika částech, klíčová

je zejména kapitola *Proces stávání se sebou samým*. Její první část *Některé zřejmé směry v terapii* vznikla v letech 1951–1952 jako odezva na Rogersovu nespokojenost s tím, jak zachytil proces terapie ve své předchozí knize *Client-Centered Therapy*.

Začíná popisem terapie jako dynamické a u každého klienta odlišné, tedy jedinečné zkušenosti, která ale vykazuje určité zákonitosti a má v sobě řád, jenž umožňuje zobecnění. Jako trvalé charakteristiky ověřené klinickým pozorováním a více než čtyřiceti výzkumnými studiemi, vidí:

- nárůst pochopení a pozitivních postojů, nárůst zralosti chování a spokojenosti s pokračující terapií
- změny ve vnímání a sebezpřijetí
- začlenění dříve popíraných zkušeností do struktury vlastní osobnosti
- přesun těžiště hodnocení z vnějšku dovnitř do vlastního „já“
- změny v terapeutickém vztahu
- změny ve struktuře osobnosti, chování i fyziologickém stavu (Rogers, 2015).

Tyto aspekty jsou základem načrtnutým v hrubých obrysech, který měl Rogers potřebu dále propracovat v jemnějších nuancích a dát mu také osobnější charakter. Jak říká, chtěl nalézt *dynamičtější způsob* sdělení toho, co se v člověku v terapii odehrává, a proto je osnovou tohoto textu poměrně rozsáhlý záznam sezení s klientkou. Ten Rogers prokládá svými doprovodnými komentáři a celek tak působí plasticky, barvitě a výstižně. Jako první poukazuje na stále výraznější ochotu klienta zkoumat vlastní vnitřní život. Při terapii se objevují zážitky, které byly do té doby v běžném životě popřené či zkreslené. Do procesu terapie vstupuje klient s určitým sebezpojetím – s tím, jak chápe, čím je a čím není a všechny prožitky, které s tímto sebeobrazem nejsou v souladu, musí být vyloučeny z vědomého vnímání. V bezpečí terapeutického vztahu mohou ale postupně „prosakovat“ do vědomí a klient si uvědomuje jejich nesouladnost či protikladnost vůči stávající koncepci sebe sama: „*Rodiče miluji, ale občas vůči nim prožívám překvapivou hořkost.*“, „*Vážně jsem k ničemu, ale občas jako bych cítil, že jsem lepší než všichni ostatní.*“ Popisuje postupnou metamorfózu vnímání sebe sama a poukazuje na vzorec proměny, kdy klient nejprve říká: „*Já jsem já, které se liší od určité části mého prožívání.*“, jak terapie postupuje, sebezpojetí se mění v dočasnou podobu: „*Možná jsem několik docela odlišných já, nebo možná moje „já“ obsahuje víc rozporů, než jsem si uměl představit.*“ a později se sebeobraz dále ustaluje: „*Byl jsem si*

*jistý, že nemůžu být tím, co prožívám – bylo to v příliš velkém rozporu. Ted' ale začínám věřit, že mohu být všemi svými prožitky.*“ (Rogers, 2015, s. 95). Klient tento proces může vnímat jako překvapující zjištění: *„Přišel jsem, abych tady řešil problémy, a místo toho jenom prožívám sama sebe.*“ (Rogers, 2015, s. 99).

Dalším aspektem, jenž se objevuje v hluboké a déledobé terapii je, že se klient učí úplně a svobodně přijímat pozitivní city druhého. Rogers se domnívá, že tento posun nastává v souvislosti s tím, jak se v terapeutovi mění původní prožitek úcty a přijetí vůči klientovi *v úžas nad statečným a hlubokým zápasem klienta o to, aby byl sám sebou.* Terapeut tedy prožívá vřelou sounáležitost, kterou je ale pro klienta mnohdy obtížné přijmout – s ohledem na minulé zážitky s jeho vztahově důležitými osobami. Postupně však může dojít ke zjištění, že pro něj není ničující přijmout terapeutovy pozitivní pocity. Jak se v terapii postupně uvolňuje, poznává, že terapeutova náklonnost k němu není ničím podmíněna, že si ji nemusí nijak a ničím zasloužit a ani se za ni odvděčit. A že je opravdu tím, kdo má pro druhého skutečnou cenu takový jaký v dané chvíli je. Může beze strachu prožívat emoční vztah v tomto smyslu: *Smím dovolit, aby na mně někomu záleželo, a smím tento zájem ve svém nitru plně přijmout. To mi dovoluje poznat, že i mně na druhých záleží, velmi záleží* (Rogers, 2015, s. 106).

Další změnou, kterou terapie přináší je prožívání pozitivních citů k sobě samému. Rogers vysvětluje, že se nejedná o chvástání či nepřiměřené sebevědomí, ale o zdravý a přirozený pocit „mám se rád“ zakotvený v organismickém základu naší existence. Tento posun se nedá plně vystihnout jen pojmem *zvýšené sebepřijetí*, jenž by mohl navozovat představu spíše váhavého přijetí něčeho neodvratného. Jde daleko více o prožívání někdy tiché a jindy spontánněji uvolněné radosti, ocenění, spokojenosti a potěšení z vlastního bytí. A poznání, že to co často namáhavě toužíme získat od druhých, můžeme bez úsilí nalézt ve svém nitru (Rogers, 2015).

Za „nejrevolučnější“ z dosavadních poznatků přístupu zaměřeného na člověka Rogers považuje to, že sami klienti objevují pozitivní povahu vlastní hluboké přirozenosti. To je v příkrém rozporu s kulturně zakořeněným přesvědčením, že v jádru člověka jsou primitivními a násilnými pudy poháněné síly, jež nutí člověka chovat se asociálně, iracionálně a destruktivně vůči sobě i svému okolí. Klienti naopak poznávají, že pocity, jichž se sami báli, které považovali za nebezpečné a zavrženímhodné, vyvěrají z citových zranění, která jsou překryta psychologickými obranami. Zjišťují také, že

podstata jejich osobnosti je v jádru pozitivní, že směřuje kupředu, je racionální a realistická. ... *jádem lidské osobnosti je organismus samotný, který je bytostně jak sebezáchovný, tak společenský* (Rogers, 2015, s. 111). Nejvýstižněji působí slova klientky v terapii: *„Myslela jsem si, že jsem jaksi v jádru špatná, že základní prvky mého nitra jistě musejí být ubohé a ohavné. Nic takového jako špatnost ale nezažívám. Místo toho cítím spíš pozitivní touhu žít a nechat žít. Možná mohu být tou osobou, která je v jádru pozitivní.“* (Rogers, 2015, s. 125).

A poslední charakteristikou, kterou Rogers vykresluje obraz proměny klienta je, že terapie je zkušeností *stávání se vlastním organismem, vlastní zkušeností* – bez sebeklamu a zkreslení. Rogers si je vědom, že pouhý verbální popis tohoto aspektu není dostačující a může vést k nedorozumění a že je nutné pro plné pochopení přiřadit ke slovům i vlastní zkušenost. Není to pokus degradovat komplexní lidskost na jednoduchý život „zvířecího organismu“ bez zábran, řízení, socializace. Je to návrat k základní smyslové a viscerální zkušenosti, o kterou člověk v průběhu vývoje v naší kultuře často přichází. Před terapií se většina klientů řídí ve svém jednání tím, co si myslí, že druzí očekávají. Buď ve smyslu podřízení se těmto představám, anebo naopak tím, že se jim vymezují vzdorem či odporem. V procesu terapie se toto jednostranné zaměření na vnější svět a jeho požadavky mění a člověk se začíná zajímat i o to, jak určitou situaci prožívá on sám, jaký význam má zážitek pro něj samotného. A pak začíná mít tento zážitek pro něj vyšší prioritu než mínění druhých, je pro něj základem realistického vnímání sebe sama. V mysli klienta se tak může odehrávat: *„Vychovali mě tak, abych cítil, že si sám sebe nesmím vážit – ale já to dělám. Umím nad sebou plakat, ale umím si také užívat. Možná jsem bohatě různorodá osoba, z níž se mohu těšit a které mi může být také líto.“* (Rogers, 2015, s. 124–125).

Nově objevené organismické zkušenosti člověk vnímá díky své schopnosti uvědomovat si. S pocitem bezpečí a svobody má klient menší a menší potřebu investovat energii do psychologických obran a v procesu terapie opouští sklon zkreslovat zážitky ve vědomí. Jeho vědomí se tak rozšiřuje o schopnost vnímat hlubší a hlubší zážitky organismu. Už se neztotožňuje jen s původní koncepcí sebe sama, se kterou do terapie vstupoval, ale přijímá nové nepoznané stránky sama sebe. Naplňuje tak svůj vlastní potenciál – své smyslové a viscerální reakce obohacuje o schopnost svobodného plného uvědomování. *Osoba začíná být tím, čím je ... [...]...patrně to*

znamená, že jedinec začíná být ve svém vědomí tím, čím je v prožívání. Jinými slovy je úplným a plně fungujícím lidským organismem (Rogers, 2015, s. 125).

Člověk tak dospěje do stavu, kdy si uvědomuje požadavky svého okolí, společnosti, kultury, rovněž si je vědom i své potřeby mít přátelské vztahy, touhy vztahovat se ke druhým s jemnou a citlivou náklonností, ale současně může zachytit i pocit nevraživosti k nim. Nelpí tudíž na fixním konceptu „jsem tím, kdo je za všech okolností milý a laskavý“, ale nechává v sobě volně vyvstat nejrůznější reakce a prožitky, ať jsou jakékoliv povahy a všech současně si cení jako svých bytostných součástí. Jako plnoprávné přijímá i ty, které by dříve považoval za nepřijatelné, ty kterých by se nejvíce obával. Právě schopnost nezastřené uvědomování si totiž umožní člověku zapojit své integrativní schopnosti a dosahovat vyváženého, realistického a sebe i druhé povzbuzujícího chování. ... *pokud je člověk méně než naplno člověkem, pokud do svého vědomí nepouští různé aspekty svých zkušeností, má skutečně až příliš často důvod obávat se sám sebe a svého chování, jak o tom vypovídá současná světová situace. Pokud je ale co nejúplněji člověkem, pokud je celým svým organismem a pokud je mu v co největší míře vlastní ona specificky lidská vlastnost, totiž vědomé zakoušení vlastního prožívání, potom mu lze věřit, potom je jeho chování konstruktivní. Není vždy konvenční. Ne vždy bude konformní. Bude jedinečné. Ale bude také socializované* (Rogers, 2015, s. 126).

V roce 1954 Rogers opublikoval text *Co znamená stát se člověkem*, jenž tvoří další kapitolu *On Becoming a Person*. V ucelenější a lépe uspořádané podobě předkládá poznatky o procesu terapie, který pojmenoval *stávání se sebou samým* a jeho jednotlivé aspekty přibližuje postupně krok za krokem. Variuje tak témata z předchozí kapitoly, prokresluje v nich nové podrobnosti, podává je v jiných souvislostech, nasvětčuje je z jiného úhlu pohledu. Opakování již řečeného není samoúčelné, ale umožňuje si do větší hloubky uvědomit podstatu děje. Podobně jako skladatel symfonie nechává zaznít hlavní téma skladby v nejrůznějších podobách, opakuje je i Rogers v rozmanitých obměnách, ve kterých se rytmicky střídá původní obsah s novým tak aby zvýraznil to zásadní.

Atmosféra svobody a bezpečí terapeutického vztahu nejprve klienta vede k tomu, že sám sebe konfrontuje s tušením, že sebestylizace určená pro vnější svět není jeho pravé já. Zjišťuje, že masky a společenské role mu sice pomáhají fungovat

ve vnějším světě, ale často jsou způsobem, jak naplnit očekávání svého okolí, nikoliv vlastní potřeby a cíle. Postupně odkládá vnější fasádu a začíná hledat svou podstatu, své opravdovější já. Při prozkoumávání vlastních zážitků objevuje nejrůznější rozpory, bývá zmítán zneklidňujícími pocity. *Toto zkoumání znepokojuje klienty o to víc, když zjistí, že se dali do odstraňování falešných tváří, o nichž nevěděli, že jsou falešné. Pouštějí se do hrozivého zkoumání bouřlivých a někdy i násilných pocitů ve vlastním nitru. Odložit masku, o níž jste si mysleli, že je součástí vašeho pravého „já“, může být hluboce znepokojivá zkušenost, avšak má-li člověk svobodu uvažovat, pak se k tomuto cíli přiblíží* (Rogers, 2015, s. 131).

Na počátku svého vývoje je osobnost v souladu se svým prožíváním. Má-li novorozené dítě hlad nebo se cítí osamělé, pláče a vyjadřuje tak svobodně, co v dané chvíli cítí. Postupně se však učí, že chce-li naplnit svou bytostnou potřebu být milováno a přijímáno, musí se naučit pocity, které rodiče a jeho okolí považují za nežádoucí, potlačit. Vyjádří-li vztek, vezme-li mu sourozenec oblíbenou hračku, je obvyklou reakcí rodičů odmítnutí nebo zavržení dítěte. Nechce-li ráno do školky, je donuceno jednat v rozporu s tím, co prožívá. Rogers v takových souvislostech mluví o podmíněčné lásce: rodiče projevují lásku „výběrově“: jen pokud dítě jedná v souladu s jejich představami – tedy je-li v jejich očích například hodné, mírné, statečné. Dítě, které bytostně potřebuje cítit lásku a přijetí, se tak naučí odpoutávat se od vlastního prožívání, odosobnit se nebo pocity, jež nejsou v souladu s vlastním sebepojetím, zkreslovat – dostává se do stavu inkongruence (nesouladu se sebou samým). Ztotožňuje se s představou, jaké by - podle svého okolí - mělo být. Plné a svobodné prožívání pocitů je tak znemožněno zvnitřněným sebeobrazem, jenž nespouští do vědomí „nežádoucí“ pocity a pocit autentického prožívání sebe sama chybí.

Pod společenskou maskou nachází klient do té doby skrytý svět nejhlubších pocitů, jakousi neznámou část sebe sama - vrstvu smyslové, útrobní, organické zkušenosti. Tento aspekt prožívání pocitů je velmi silně spojen s pocitem vlastní identity. Plným prožitím bazálních, do té doby potlačených či přetvořených, pocitů se klient dostává k pocitu jistoty, že je součástí svého „já“. Svobodným a opravdovým prožíváním niterných pocitů začíná být klient tím, kým je - *...živoucím, dýchajícím, pocitujícím, proměnlivým procesem* (Rogers, 2015, s. 136).

Pod vnější vrstvou nacházel Rogers u svých klientů odlišné a jedinečné osobnosti, přesto v nich zaznamenal i společné charakteristické momenty. Jako jeden z nejvýznamnějších označuje otevřenost vůči prožívání. Popisuje ji jako opak defenzivity či rigidity vznikající, když se na organismické úrovni objeví pocit, který ovšem není pro sebeobraz klienta přijatelný a tak jej vnitřní obrany zkruslí nebo popřou. V bezpečí terapeutického vztahu tak může do vědomí klienta vstupovat stále více pocitů, jež mu přinášejí aktuální informace o situaci, kterou prožívá. Nespolehá se tak na předem vytvořené fixní kategorie a vnímá svět i sám sebe „čerstvě“, tedy takový, jaký skutečně je. *Vidí, že ne všechny stromy jsou zelené, ne všichni muži jsou přísní otcové, ne všechny ženy jsou odmítavé, ne všechny zážitky neúspěchu dokazují, že (klient) není k ničemu, a tak dále. ...[...].jeho přesvědčení nejsou rigidní, dokáže tolerovat nejednoznačnost* (Rogers, 2015, s. 137).

Další charakteristikou osob, jež se v terapii objeví pod vnější maskou, je důvěra ve vlastní organismus. Tento aspekt se nejvíce uplatní, je-li klient vystaven nutnosti se rozhodovat v nějaké složité situaci, kdy se v něm objevují komplikované a rozporuplné popudy. Je-li v kontaktu se svým prožíváním, může tak zaznamenávat množství nejrůznějších aspektů rozhodování: může vnímat vliv svého sociálního okolí, může si uvědomovat, jak se v podobné situaci rozhodoval v minulosti, dokáže nynější situaci vidět v celé její složitosti. Průběžně se učí důvěřovat vlastnímu prožívání jako nástroji vnímatého života. *Je lépe schopen dovolit celku svého organismu vědomě posoudit, zvážit a vyvážit každý podnět, potřebu a nárok, stejně jako jejich relativní váhu a intenzitu. Na základě tohoto složitého vážení a vyvažování dokáže odhalit ten postup, který je zřejmě nejbližší k tomu, aby v dané situaci uspokojil všechny své dlouhodobé i aktuální potřeby* (Rogers, 2015, s. 140).

Rogers však zdůrazňuje, že důvěra ve vlastní organismus nevede k neomylnosti. Pokud je ale člověk stále v kontaktu se svými pocity, je si vědom své nespokojenosti z chybné volby a je pak schopen své rozhodnutí upravit. To, co procesu správného rozhodování brání, je skutečnost, že do něj zahrnujeme věci, které nejsou součástí naší zkušenosti, a naopak vyřazujeme aspekty, které k ní patří. Alkoholik si tak může nalhávat, že zvládá své pití, i když by ho otevřenost vůči minulým pocitům přesvědčila, že tomu tak nebylo. Stejně tak žena, která vidí svého budoucího partnera jen růžovými brýlemi, by získala díky vlastním pocitům realističtější pohled na problematiku stránek jeho chování. *Vědomí přestává být dozorcem nebezpečných a nepředvídatelných*



*popudů, z nichž jen málokterý smí spatřit světlo světa, a místo toho se pohodlně usazuje ve společnosti popudů, pocitů a myšlenek, o nichž jedinec zjistí, že se velmi uspokojivě řídí samy, pokud nejsou s obavami střeženy (Rogers, 2015, s. 141).*

Další tendencí klientů vyvíjejících se v terapii je změna těžiště hodnocení. Klient mění sklon hodnotit sám sebe očima těch druhých a přesouvá se více k sobě, k vlastním hodnotám a cílům. Očekávání druhých pro něj již nejsou absolutně závazná, stále větší význam pro něj mají vlastní motivy k činnosti. Přechází od nutkání získávat souhlas a ocenění okolí k naplňování vlastních potřeb. Přebírá tak stále více zodpovědnost za svůj život, za způsob, jak jej prožívá. *Zjišťuje, že je na něm, aby si vybral a že jediná otázka, na níž záleží, zní: Žiji způsobem, který je hluboce uspokojivý pro mě a který mě skutečně vyjadřuje? Domnívám se, že pro tvořivého jedince jde možná o nejdůležitější otázku (Rogers, 2015, s. 141).*

A poslední společnou charakteristikou člověka v procesu „stávání se sebou samým“ je touha nevnímat se jako statická entita, ale být procesem. Původní představa Rogersových klientů, jak by se měli cítit, aby byli se sebou po skončení terapie spokojení, byla poměrně statická. Chtěli se dostat do okamžiku, kdy najdou řešení pro své problémy jednou pro vždy, kdy budou výkonní v práci, kdy začne být jejich manželství spokojené. Terapie však přináší zážitek svobody a v ní klienti často zjišťují, že je mnohem uspokojivější a méně namáhavé vyměnit fixní struktury sebepojetí za proměnlivý a fluidní proces a učí se žít *...být plynoucí řekou změny, nikoliv blokem pevného materiálu, neustále se měnící konstelací potenciálních možností, nikoliv neměnným množstvím rysů (Rogers, 2015, s. 144).*

### 3 METODOLOGICKÝ RÁMEC PRŮZKUMU

**Ideovým záměrem** průzkumu je ověřit, zda porodní asistentky mohou, v rámci svých kompetencí, efektivně využívat některé specifické psychologické poznatky a psychoterapeutické dovednosti. **Průzkumným problémem** je osobnost porodní asistentky v kontextu toho, zda a v jaké míře je schopna vědomě vytvářet bezpečné a podporující prostředí pro ženu, která se připravuje na porod nebo je již v procesu běžícího porodu. Toto téma považujeme za významné s ohledem na velmi silné propojení psychických a tělesných procesů při porodu, které potvrzuje každodenní klinická zkušenost lékařů a porodních asistentek a kterými se také zabývají některé výzkumy.

Jako **zdůvodnění průzkumného problému** uvádíme závěry výzkumu publikované v knize americké gynekoložky Christiane Northrupové *Zdravá žena, od prvního početí po stáří* (2003). Ty ukázaly, že např. strach, úzkost, nedostatek podpory ze strany partnera, nedostatek sebevědomí matky, negativní představy spjaté s porodem a nedostatek opory ze strany přátel a rodiny mají často za následek komplikace, vyžadující intervenci porodníka – počínaje indukci porodu, posílení stahů infuzí oxytocinu až po císařský řez. Autor výzkumu dr. Mehl používal jako prevenci předčasných porodů hypnoterapii a ukázalo se, že došlo ke snížení obav a úzkostí a potažmo klesl i počet komplikovaných případů.

Mehl a Petersonová (In: Northrup, 2003) udávají, že podle následujících psychologických kritérií byli s 95% přesností schopni předpovědět, která žena bude mít komplikovaný průběh porodu:

Tabulka 1: Potenciální rizikové faktory při porodu

Vysoké riziko při porodu	Nízké riziko při porodu
Pasivita	Aktivita
Závislost	Nezávislost
Spoléhání na druhé	Soběstačnost
Neschopnost přijímat pomoc	Schopnost přijímat pomoc

Odmítání ženství	Přijímání ženství
Potlačená sexualita	Zdravá sexualita
Vidění sebe samé jako sexuálního objektu	Vidění sebe samé jako sexuální bytosti
Dětinskost	Dospělost
Omezené představy o porodu	Přiměřené představy o porodu
Nepřizpůsobivost	Přizpůsobivost
Neupřímná manipulativní komunikace	Jasná, upřímná komunikace
Náboženské přesvědčení kolidující s porodem	Náboženské přesvědčení příznivé porodu
Pojetí sebe samé jako slabé ženy	Pojetí sebe samé jako silné ženy
Rozpolcení ducha a těla	Integrace ducha a těla
Konfliktní vztahy	Láskyplné vztahy
Nesoulad v přípravě na porod	Ztotožnění s přípravou na porod
Nezvládnuté obavy	Zvládnuté obavy
Sedavý způsob života	Fyzicky aktivní způsob života
Křehká stavba těla	Robustní stavba těla
Rigidita v přijímání změna a nových postupů	Ochota přizpůsobit se změnám
Chaotický domov	Příjemný domov
Nechtěné dítě	Chtěné dítě
Vnější zásahy do života ženy	Vlastní rozhodování o životě
Odmítnutí reality porodních bolestí	Přijetí reality porodních bolestí

Zdroj: Northrup, 2003, s. 113

Přestože je v klinické praxi třeba brát v úvahu i anatomické překážky spontánního porodu (kefalopelvicový nepoměr, zúžená pánev, krátký pupečník atp.), nabízí se současnému porodnictví díky takovým zjištěním možnost důkladněji zkoumat vliv psychologických faktorů na průběh porodu a zejména, jak může takové faktory ovlivnit porodní asistentka.

Důležitost psychosomatických souvztažností u porodu rovněž potvrzují i výzkumy vlivu oxytocinu na sociální percepci žen. Kodyšová (2013) uvádí, že umělý oxytocin, jenž se používá při porodu, není schopen překonat hematoencefalickou bariéru a jeho působení je omezeno na periferní oblasti – endometrium dělohy. Nemůže tedy působit na prožívání a sociální percepci, na rozdíl od endogenního centrálního oxytocinu, jehož hladinu lze měřit analýzou mozkomíšního moku. Je považováno za

prokázané, že při porodu stoupá hladina centrálního oxytocinu a v důsledku toho dochází k významným změnám ve vnímání sociálních interakcí rodičích žen.

Výzkumy ukázaly, že působení oxytocinu není u všech žen stejné. Obecně oxytocin reguluje chování a endokrinní stresové reakce – snižuje stres omezením hypotalamicko-hypofyzárně-adrenální aktivity. K potlačení stresové reakce však dojde jen v případě interakce s příslušníky vlastní sociální skupiny. Podobně má oxytocin prosociální efekt a zvyšuje důvěru v partnera, ovšem jen za předpokladu, že partner prokáže záměr chovat se přátelsky. V případě setkání s nedůvěryhodným partnerem je však po aplikaci oxytocinu důvěra ještě nižší než po aplikaci placeba (Kodyšová, 2013).

Jiné výzkumy prokázaly, že pozitivní sociální interakce jako jsou opora a blízkost, vedou k vylučování oxytocinu. Nasálně podaný oxytocin (jenž je sto překonat hematoencefalickou bariéru) pomáhá v kombinaci se sociální oporou snižovat účinky stresu lépe než sociální podpora samotná. Oxytocin ale také svým vlivem na sociální percepci a interpretaci sociálních signálů zlepšuje schopnost rozpoznat mentální stav druhých osob, „číst“ emoce druhých. Působení oxytocinu se v kombinaci s výhrůžným výrazem tváře zvyšuje. Oxytocin tedy ženám pomáhá odhalovat signály hrozby v prostředí (Kodyšová, 2013).

Dále oxytocin „potvrzuje“ či zesiluje vlastní emoční ladění: např. depresivní jedinci po podání oxytocinu více ulpívali na smutných výrazech tváře, zatímco osoby bez depresivních tendencí preferovali šťastné výrazy (Kodyšová, 2013).

Bazální hladina oxytocinu je závislá na předchozích sociálních zkušenostech z blízkých vztahů. Nejnižší hladiny oxytocinu měly ženy emočně zneužívané, týrané a úzkostné (Kodyšová, 2013).

Pro pečující osoby je tedy podstatné vědět, že oxytocin za optimálních podmínek snižuje u rodičích žen úzkost a prohlubuje důvěru vůči okolí. Vnímá-li rodička sociální oporu zdravotníků, vede to k dalšímu vyplavování oxytocinu. Prožívání blízkosti a vyplavování oxytocinu pak vzájemně násobí účinky a vede k žádoucímu průběhu porodu.

Oxytocin ale velmi pravděpodobně také zlepšuje schopnost rodičích žen rozpoznat emoce a zejména stres, který zdravotníci prožívají. Pokud tedy žena vyhodnotí své okolí jako nedůvěryhodné a ohrožující, může se naopak zvyšovat její

napětí a úzkost a reagovat nepřátelsky. Neschopnost prožívat důvěru ve vztahu k pečujícím osobám tak může ovlivnit hladinu oxytocinu a tím i děložní kontraktilitu. (Kodyšová, 2013).

Je tedy zřejmé, že zdravotníci jsou při porodu rodičkami velmi ostražitě vnímáni z hlediska bezpečí a důvěryhodnosti a celková psychologická atmosféra pracoviště (např. míra panujícího stresu, shonu a nervozity) má na porod díky provázanosti fyziologických a psycho-sociálních dějů významný vliv.

**Průzkumnou otázkou je tedy, zda je možné využít psychoterapeutický přístup v práci porodní asistentky tak, aby vytvořila pro ženu atmosféru bezpečí a podpory?**

K zodpovězení této otázky byla vybrána metoda **kvalitativního průzkumu – pozorování**. Důvodem pro výběr takové metody je možnost sledovat činnost porodní asistentky za rozmanitých okolností v reálném prostředí a na takto získaných datech ilustrovat užitečnost psychoterapeutického přístupu v její práci. Průzkum byl koncipován tak, že se odehrával v rámci praxe autorky v porodnicích formou skrytého zúčastněného pozorování tak, aby zachytil autentickou zkušenost. Miovský (2009) uvádí, že právě taková kontextuální data mají pro svou empirickou zakotvenost velkou výpovědní hodnotu. Výhodou tohoto typu pozorování je, že účastníci výzkumu si nejsou vědomi účasti v průzkumu a chovají se tudíž přirozeně. Nevýhodou je etické hledisko, kdy zúčastnění nevědí, že jsou pozorováni; z tohoto důvodu je kladen velký důraz na zachování anonymity všech aktérů.

**Cílem průzkumu bylo:**

1. pozorování interakcí porodní asistentky s těhotnými ženami před a při porodu
2. utřídění dat z pozorování, jehož výsledkem byl výběr specifických **modelových situací**, při kterých hraje klíčovou úlohu postoj porodní asistentky vůči těhotné ženě
3. situační analýza modelových situací z hlediska šesti různých aspektů vycházejících z psychoterapeutických přístupů
4. návrh řešení situace
5. doporučení pro praxi.

## 4 OBLASTI ZDROJŮ ANALÝZY DAT

Metodika průzkumu vychází z myšlenky, že je třeba najít nezávislé kategorie, kterými bude možné zachytit nejvýznamnější aspekty vybraných psychoterapeutických přístupů v pozorovaných situacích. V souladu s principem triangulace jako nástroje kontroly validity zdrojů dat v kvalitativním přístupu (Miovský, 2009) jsou následující podkapitoly věnovány popisu třech oblastí - zdrojů, ze kterých bude možné následně abstrahovat kategorie vhodné pro analýzu dat získaných v průzkumu této práce. Teoretické zakotvení uvažovaných kategorií je sice zčásti už obsaženo v teoretické části práce, ale její rozsah neumožnil zachytit klíčové momenty průzkumného problému v dostatečné provázanosti s ostatními významnými jevy. Aby bylo možné v duchu tradice kvalitativního přístupu objasnit zkoumané fenomény z různých úhlů pohledu a získat tak hlubší vhled a kvalitnější porozumění celku, je výběru kategorií, resp. jejich zdrojů, věnován další prostor tak, aby bylo možné provést situační analýzu s dostatečně široké perspektivy.

### 4.1 PORODNÍ ASISTENTKA JAKO POMÁHAJÍCÍ PROFESE

Abychom mohli uplatnit metodický způsob, jak ukázat možnosti propojení psychoterapeutického přístupu a práce porodní asistentky, je třeba její roli v péči o těhotné ženy, rodičky a nedělký vidět v širším kontextu obohaceném o psychologické aspekty její práce. Takový pohled již nabízejí některé modely ošetrovatelské péče, např. Model umění pomoci Ernestine Wiedenbachové. Zejména přístup Idy Jean Orlando vychází z tradice humanistické psychologie a z prací Maslowa a Rogerse. Její model mj. vychází z poznatku, že efektivita ošetrovatelské péče je závislá na osobnostních charakteristikách sestry/porodní asistentky (Hlinovská, Jahodová, Marková, 2014).

V českém prostředí téma vlivu osobnostních kvalit na práci specifických profesí nejuplněji pojal rodinný terapeut Karel Kopřiva ve své knize *Lidský vztah jako součást profese* (1997). Mluví o tzv. pomáhajících povoláních, u kterých je kromě specifické odbornosti (vědomostí a dovedností) podstatnou součástí také lidský vztah. Jeho kvalita hraje v profesích, jako jsou např. lékaři, zdravotní sestry, pedagogové, sociální pracovníci, aj., významnou roli a může tak účinky vysoké odbornosti umocnit nebo naopak snížit.

Co je to „lidskost“ v každodenních situacích i vyhocených životních momentech vnímáme spíše intuitivně – jako ochotu upřednostnit potřebu toho, kdo je v nouzi, v nepříznivé situaci, koho sužuje bolest či nemoc. Předpokládá schopnost odsunout v dané chvíli vlastní zájmy a potřeby do pozadí a být druhým nápomocný. Co to ale znamená z hlediska psychologie a psychoterapie?

Kopřiva (1997) říká, že v pomáhajících profesích je hlavním nástrojem pracovníka jeho osobnost a sdělení dokresluje úslovím, že *nejúčinnějším lékem je lékař*. Na pomáhající povolání jsou v tomto smyslu kladeny vysoké nároky právě z hlediska osobnostních kvalit. Rodička, která přichází do porodnice, může často vnímat tuto situaci tak, že se ocitá na „cizím území“, kde vládou zažitá postupy, kterým nerozumí. Nemocniční prostředí v ní může asociovat minulé zážitky s hospitalizací, bolest, strach, pocit osamění, může jí znejišťovat, že je bez pomoci vydána na pospas procesu, který nemá pod kontrolou a neumí jej ovládat či řídit, a kde je tudíž v závislém postavení na nemocničním personálu. V takové situaci, píše Kopřiva (1997), člověk potřebuje více než slušné chování, má bytostnou potřebu přijetí, spoluúčasti, porozumění, ujištění, že není na obtíž, a také že ho zdravotník neodsuzuje – ani za projevy bolesti, zmatku, paniky, úzkosti, ani za přirozené fyziologické procesy.

V kontaktu s pomáhajícími hledá těhotná žena signály, které vypovídají o povaze vztahu, o postoji, který si k ní pomáhající vytváří. Mohou to být nejen přímá slovní sdělení, ale i nepatrné neverbální projevy, gesta, tón řeči, mimika, proxemika (vzdálenost, kterou mluvčí udržuje v kontaktu s druhým). Takové projevy vytvářejí esenciální atmosféru, která dává hlubší význam tomu, co je vyjádřeno verbálně. Je výpovědí o tom, jaký vztah s druhým pomáhající ustavuje. *Klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný. Bez tohoto vztahového rámce se práce pomáhajícího stává jen výkonem svěřených pravomocí* (Kopřiva, 1997, s. 15).

Kopřiva (1997) také pomáhá rozpoznat další zvláštnosti *pomáhajícího vztahu*. V něm je - na rozdíl od běžných vztahů každodenního života - důležité porozumět zásadnímu významu kvality vztahu pro úspěšnost celé profese. Upozorňuje na úskalí, která se často v pomáhajících povoláních vyskytují - tendence přebírat kontrolu nad klientem/pacientem, a nebo opačný sklon: obětovat se pro něj na svůj vlastní úkor. Oba způsoby porušují bezpečné hranice mezi pomáhajícím a příjemcem péče, oba znemožňují rozvíjení autonomie a nezávislosti klienta a oba mají podklad v osobnostní

strukturu pomáhajícího. V déledobé perspektivě vedou u pomáhajícího k syndromu vyhoření a klienta oslabují, nenaplnují jeho potenciál k samostatnosti. Posílají mu tak nevyřčené poselství: nejsi dost dobrý na to, abys byl schopný poradit si se svými problémy – musím tě řídit, anebo se ti obětovat – podobně jako ve vztahu rodič - dítě. Zdravotník se tak pasuje do nadřazené role a pacient je vmanipulován do podřízeného postavení.

Ani obětující se porodní asistentka není optimální způsob, jak se vztahovat k ženě, o kterou pečuje. V rámci předporodní přípravy nebo také v práci komunitní porodní asistentky, mohou vcelku snadno nastávat situace, kdy není jednoduché vyvážit povahu vztahu a intenzitu prožitku vůči klientce. Žena v těhotenství nebo po návratu z porodnice může zaplavovat své okolí starostmi a obavami, jak bude zvládat péči o novorozené miminko, kojení, domácnost, péči o starší dítě atp. Porodní asistentka pak snadněji podléhá situačnímu stresu a nechává na sebe přenést nejrůznější povinnosti, které jí nepřínaleží. Sentimentální lítost (*chudák, má toho moc*) nebo poddávání se depresivně či úzkostně laděným emocím klienta (*jsem už úplně zoufalá, nevím, co dál, všechno je beznadějně, mám strach, že se z toho všeho zhroutím*) nejsou empatií, ale identifikací, emočním splýváním. Nevědomé ztotožnění se s emocemi klienta, jednání „za něj“ – jako by byl bezmocný či neschopný - jej staví do role bezradného dítěte. Takový postoj není pomáhající, naopak může emoční strádání ještě prohloubit: žena dostává vůči svému chování zpětnou vazbu: *jsem opravdu politováníhodná, už mi není pomoci*. Uvědomování si bezpečných hranic je tedy také součástí zdravého a vyváženého vztahu. V praxi je nápomocné, položíme-li si otázku: *Cítím vůči klientovi zodpovědnost nebo ji za něj přebírám?*

Pro udržení zdravé psychologické hranice je užitečné si připomínat, že každý člověk vnímá vnější realitu svým individuálním způsobem, v jeho prožívání je propojena s nejhlubšími jedinečnými významy, které dávají smysl jedině v kontextu jeho osobnosti – její minulosti, potřeb, vztahů a jejího směřování. V psychologickém kontaktu s klientem postrádá smysl hledat jedinou objektivní pravdu či univerzální pohled na svět. Obě výše zmíněné polohy – tedy nadměrná kontrola nad klientem i obětování se pro něj – povyšují vnitřní svět pomáhajícího na pomyslný etalon, ke kterému vztahují chování klienta: hodnotí a poměřují ho jako vhodné/nevhodné, přijatelné/nepřijatelné, správné/špatné, slušné/něslušné. Pomáhající se pak vůlí snaží buď více přímočaře a zjevně (v případě kontroly) nebo blahosklonně a skrytě (v případě



sebeobětování) klienta ovlivňovat, ovládat, měnit, napravovat, usměrňovat – být v dobré víře, že postupuje podle přijatých pravidel nebo že klientovi pomáhá v nouzi.

Nehodnotící postoj ovšem neznamená nevšímavost, benevolenci, nečinnost, nezájem. V situacích, kdy je ohroženo zdraví matky či dítěte, je zodpovědností porodní asistentky reagovat: vysvětlit budoucí mamince důsledky jejího chování a např. upozornit na problematickou životosprávu, nekompenzovaný stres, napětí či neklid nebo vyjádřit obavy z destruktivních vztahů, ve kterých je zapojena a zároveň dát najevo emoční podporu, nikoliv odmítání. V případě složitých, děledobých vztahových či jiných problémů může např. nabídnout pomoc profesionálního poradce/psychoterapeuta; eventuálně je s ní může řešit přímo – pokud je k tomu kompetentní – a využít tak výhody již vybudovaného vztahu vzájemné důvěry.

Podle Kopřivy (1997) je v pomáhajících profesích třeba brát na zřetel to, že pomáhající často bývá součástí institucionalizované péče. A být součástí instituce skýtá riziko přebírání sociální kontroly nad klientem, uplatňování moci, namísto skutečné podpory. Zaštítění institucí pak často vede pomáhajícího k domněnce, že má právo přimět klienta k „pomoci“, že ho může přinutit k něčemu, co sám v daném okamžiku nechce – a to pro jeho „dobro“. Jako jeden z nejvíce zjevných způsobů, jak vnímat kvalitu vztahu z hlediska tendence jej řídit prostřednictvím přílišné kontroly nebo podpory klienta uvádí Kopřiva (1997) způsob, jakým pomáhající s klientem mluví. Podle **míry direktivity** v komunikaci rozlišuje čtyři typy intervencí:

1. **instrukce**: nejdirektivnější, má formu příkazu, zákazu, doporučení či rady, znamená vždy návod k jednání opírající se o nějaké hodnocení problémové situace; porodní asistentka může například rodiče nabízet nevyžádanou analgezií: *Zavolám lékaře a ten vám naordinuje něco proti bolesti.*
2. **komentář**: pomáhající na problém odpovídá vlastním stanoviskem, v němž poukáže na nějaký pozitivní rys, kterého si klient nevšiml; klient vnímá zájem, možná i určité porozumění, nové souvislosti; příklad: *Vidím, že máte silné bolesti. Máme dobré zkušenosti s Nalbufinem. Po něm budou bolesti snesitelnější.*
3. **kladení otázek**: pomáhají vidět problém v jiném světle, ujasnit si, co klient chce a potřebuje; příklad: *Zajímala jste se o možnosti, jak tlumit bolest u*

*porodu? Víte něco o možnostech analgezie? Chcete vyzkoušet nejprve nefarmakologické metody?*

4. **rezonance:** pomáhající nenavrhuje žádná konkrétní řešení problému, obrací pozornost k tomu, co klient prožívá a snaží se dávat najevo porozumění; příklad: *Kontrakce jsou čím dál častější a intenzivnější....je to těžké snášet tak silné bolesti...*

Z Kopřivova pohledu na psychologické aspekty pomáhajících profesí vybíráme pro následnou analýzu dat získaných v průzkumu dvě kategorie, kterými lze zachytit kvalitu vztahu:

- **bezpečné hranice** v kontextu polarity: řízení x sebeobětování
- **míru direktivity** poskytnuté intervence.

## 4.2 MASLOWOVA TEORIE POTŘEB JAKO ZDROJ POROZUMĚNÍ

Maslow rozpracoval svoje pojetí ve smyslu důležitosti naplňování základních psychologických potřeb pro psychické zdraví a pro schopnost projevit se jako plně fungující lidská bytost. Díky němu rozumíme víc lidské motivaci a dvěma různým procesům, jež řídí naše prožívání a chování. Růstová motivace vede k psychickému rozvoji, individuaci jedince, sebeaktualizaci, úplné lidskosti. Nedostatková motivace se projevuje sebepotlačením, fixací, obranami, vnitřními konflikty, neurózou či psychopatologií. Maslow nás tedy učí rozlišovat a rozumět vnitřnímu světu těch, o které pečujeme. Porodní asistentka, jež kromě toho, že plní své odborné povinnosti a úkoly, se zároveň snaží porozumět vnitřnímu světu ženy, dokáže nabídnout spojení péče o fyzické zdraví a také psychické bezpečí. Vytváří důvěryplný a pečující vztah eliminující vliv stresu a napětí. Čím více je porodní asistentka nejen „odborná“, ale i „rozumějící“, tím lépe dokáže naplňovat základní potřeby popsané Maslowem: bezpečí, lásku, respekt. Snadněji navozuje otevřený vztah poskytující oporu v bolesti, v nejistotě a ztrátě kontroly; vztah postavený na sounáležitosti ženského údělu; vztah úcty k hodnotám ženy, k jedinečnému způsobu, jakým naplňuje své mateřství, k intimitě porodního prožitku, k hloubce jeho otisku do duše.

Maslow se také podrobně věnoval teorii hodnot, v níž se zamýšlí nad okolnostmi, které brání člověku v sebeaktualizaci. Zásadní problém vidí v nepoměru sil

v člověku: směřování k sebeaktualizaci na jedné straně, a tendenci okolí vytvářet protitlak a lidskou přirozenost potlačovat na straně druhé. Růst je křehký a snadno narušitelný proces, kdežto zažitá kulturní zvyklosti vycházející z předsudku, že vnitřní přirozená instinktivita člověka je nepřátelská a násilná, jsou síly disponující značným vlivem. Společenský a morální imperativ člověka nutí svou přirozenost - jako sobeckou, asociální a destruktivní - utlumit, eliminovat, potlačit. Kultura k takové represi využívá nejrůznější mocenské nástroje a vlivy, včetně kontrolujících institucí a nesprávného vzdělávání, jež v konečném důsledku vedou k nemoci a slabosti. Východisko vidí Maslow v procesu sebepoznání a sebezlepšení. Je hlavní, ale obtížnou cestou ke sebezlepšení, neboť vyžaduje velkou odvalu a dlouhé usilování. Proces psychoterapie může podle něj tento proces výrazně usnadnit. *Někdy mi připadá zábavné a jindy skličující, že tolik učenců a vědců, tolik filozofů a teologů, kteří hovoří o lidských hodnotách, o dobru a zlu, naprosto opomíjí prostou skutečnost, že profesionální psychoterapeuti každý den mění a zlepšují lidskou povahu a pomáhají lidem, aby byli silnější, ctnostnější, tvořivější, laskavější, milující, altruističtí a vyrovnaní* (Maslow, 2014, s. 221).

Maslow rovněž říká, že mnohé z toho, co je účinné při terapii, může být použito ve vzdělávání, v rodině, při usměrňování vlastního života. Mezi oblastmi, kde je možné jeho myšlenky a poznatky aplikovat, je nepochybně i porodnictví. V málokteré zdravotnické profesi se dostáváme tak blízko k osobnosti ženy, k její nejhlubší podstatě, jíž je třeba rozumět – pokud chceme pomáhat co nejúplnějším možným způsobem. Studium destruktivních sil uvnitř člověka i procesu sebeaktualizace v procesu terapie může člověk (a zejména člověk v pomáhající roli) získat patřičný respekt vůči silám strachu, regrese a obrany. Uvědoměním si těchto sil pak dokáže mnohem lépe pomáhat růst druhým ke zdraví. *...nikdy neporozumíme lidské slabosti, pokud současně neporozumíme jejím zdravým stránkám. ... [...] ...Stejně tak nemůžeme nikdy pochopit lidskou sílu, aniž bychom pochopili její slabosti* (Maslow, 2014, s. 222).

Dalším Maslowovým poznatkem, kterého lze velmi dobře využít v pomáhajících profesích, je jeho popis sebeaktualizovaného člověka. V kapitole 2.1 byly uvedeny Maslowovy charakteristiky sebeaktualizovaného člověka. Ty ale později publikoval v další verzi, v níž ponechal jen tři původní charakteristiky, ostatní jsou nové:

1. *zřetelnější a výkonnější vnímání skutečnosti*
2. *větší otevřenost vůči zkušenosti*
3. *větší integrace, úplnost a jednota osoby*
4. *vyšší spontánnost, expresivita, plné fungování, živost, činnost*
5. *skutečné self, pevná identita, nezávislost, jedinečnost*
6. *vyšší objektivita, překročení hranic vlastního self*
7. *znovunabytá kreativita*
8. *schopnost sloučit konkrétní a abstraktní*
9. *demokratická struktura charakteru*
10. *schopnost milovat* (Maslow, 2014, s. 2013).

Z Maslowova přístupu vybíráme pro následnou analýzu dat kategorii: **povaha motivace: nedostatková – růstová**. Pokládáme ji za ten nejkompexnější způsob, jak porozumět chování jedince z hlediska jeho hluboké vnitřní motivace. Umožňuje mj. rozvinout předchozí dva Kopřivovy aspekty: porozumět tomu, proč je způsob komunikace porodní asistentky direktivní nebo naopak rozumějící a také tomu, jaký osobní zisk jí přináší narušení nebo dodržování bezpečných hranic s pacientkou. Znaky sebeaktualizované osobnosti nabízí nejméně 20 oblastí (sloučíme-li oba uvedené výčty na straně 13 a 45), kterými lze charakterizovat lidské vlastnosti a chování nejen v oddělených jednotlivých situacích, ale jak rozumět osobnosti v širším kontextu: jak hledat nejen typické vzorce chování v podobných opakujících se situacích, ale jak je propojit do souvislostí s chováním v odlišných situacích. Jinými slovy nabízí příležitost nevyvozovat závěry z jediné situace, ale rozumět celku nahlíženému z rozmanitých úhlů pohledu.

### **4.3 ROGERSOVY POSTOJOVÉ PODMÍNKY JAKO ZDROJ BEZPEČÍ**

Rogersův *způsob bytí* (1998) v sobě zahrnuje postojové podmínky, které je třeba naplnit, aby se klient mohl psychologicky pohybovat směrem k potenciálu své plné seberealizace. Jsou jimi postoj empatického porozumění, bezpodmínečného pozitivního přijetí a kongruence (pro níž se používá i pojmu autentičnost). Jedině za podmínek, kdy se cítí být přijímán, vítán, chápán, se člověk cítí natolik bezpečný, že je schopen opouštět psychologické obrany a vstoupit do procesu stávání se sebou samým. Tento

proces provází mnoho změn, které zasahují celou osobnostní strukturu jedince. Rogers (2015) je popisuje jako kontinuum, kde je možné pozorovat:

- **uvolňování pocitů:** zprvu vzdálené, neznámé a nepřítomné v daném okamžiku se postupně mění na „objekty“, které jedinec vlastní, v pozdějších stádiích vývoje osobnosti jsou již vyjadřovány jako vlastní pocity s těsnějším vztahem k bezprostřednímu prožívání; jak dále postupuje, ubírá tato proměna jedinci strach prožívat a vyjadřovat pocity v bezprostřední přítomnosti; v této fázi osobnostního posunu se dokonce vynořují i pocity, které byly dříve vytlačeny mimo vědomí a i ty je osobnost schopna akceptovat; nejvýše na kontinuu změnového procesu je pro člověka typické, že je vnořen do neustále se měnícího toku pocitů a svého prožívání si je vědom
- **způsob prožívání:** počáteční fáze jsou charakterizované neměnností, jedinec je vzdálený svému prožívání a nemůže tak čerpat z jeho implicitních významů; vnímá-li jedinec, že je empatickým a kongruentním terapeutem akceptován takový jaký v daném okamžiku je, začne se obracet k pocitům z nitra jako k referenčnímu místu, k němuž se může obracet pro stále přesnější významy prožívání; posléze je schopen žít svobodně, přijímat proměnlivost prožívání a využívat ho jako podklad pro své chování
- **míru inkongruence:** na počátku je zřejmá maximální inkongruence, které si jedinec není vědom, později se posunuje přes stádia, kdy je schopen ostřeji rozpoznávat rozpory a nesoulady až po prožívání inkongruence v bezprostřední přítomnosti způsobem, který ji rozpouští; na opačném konci kontinua se může objevit vždy jen přechodná inkongruence mezi prožíváním a uvědomováním, protože jedinec již nemá potřebu se před pocity bránit, nejsou již trvale ohrožující
- **změny ve vyjadřování sebe sama v atmosféře přijetí:** na počátku panuje neochota vyjadřovat své „já“, na konci naproti tomu – pokud si to sám přeje – ochotně sdílí své bohaté a měnící se uvědomování vnitřního prožívání
- **uvolňování kognitivních map zkušeností:** na počátku je typické konstruování zkušeností rigidním způsobem, které jedinec vnímá jako vnější skutečnost; poté se klient posouvá k vytváření proměnlivých a volně držných výkladů významů zkušenosti, které navíc lze pružně pozměňovat s každou novou zkušeností

- **změnu ve vztahu k problémům:** zprvu není jedinec schopen problémy rozpoznat, netouží po změně; poté se posouvá a připouští, že problémy existují; později klient uznává, že k problémům sám přispěl, že se netýkají jen vnější reality; opačný konec kontinua je charakterizovaný žitím nebo prožíváním problémů v subjektivní rovině s pocity zodpovědnosti za vlastní podíl na jejich rozvoji
- **změnu ve vztazích k druhým:** na jednom konci kontinua se klient vyhýbá blízkým vztahům, vnímá je jako ohrožující; na druhém konci je ve vztahu k terapeutovi otevřený a svobodný, stejně tak i k ostatním; jeho chování ve vztazích se řídí bezprostředním prožíváním (Rogers, 2015).

Obecně Rogers popisuje počátek změny jako okamžik neměnné, zpevněné, rigidní osobnostní struktury, kde jsou její jednotlivé prvky *odděleně rozpoznatelné a odděleně pochopitelné*. Tak jak klient postupuje v procesu změny, osobnostní struktura se postupně stává volnější, prostupnější, pružnější, přizpůsobivější. Ve vrcholných fázích terapie se *pocity a poznání vzájemně prolínají, vlastní „já“ je subjektivně přítomné v prožitku, vůle je jednoduše sledováním harmonické rovnováhy směřování organismu. Když proto proces dosáhne tohoto bodu, osoba se stává jednotou plynutí, jednotou pohybu. Změnila se, ale nejdůležitější je patrně to, že se stala integrovaným procesem proměnlivosti.* (Rogers, 2015, s. 181).

Z Rogersova přístupu zaměřeného na člověka vybíráme pro účely analýzy modelových situací tři kategorie: míru **empatie**, míru **akceptace** a míru **kongruence**. Tyto postoje jsou v Přístupu zaměřeném na člověka považovány za podmínky nutné k navození terapeutické změny a napomáhají vytvářet atmosféru bezpečí a důvěry. Uvedený Rogersův popis procesu stávání se sebou samým a jeho charakteristiky pomáhají podrobněji porozumět tomu, jakými znaky a charakteristikami se tyto žádoucí postoje mohou u konkrétní osobnosti projevit.

## 5 ZPRACOVÁNÍ A VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Data získaná pozorováním byla utříděna do pěti následujících modelových situací. Ty byly popsány z hlediska místa a situace, ve které se nachází pozorovatel a také participant: porodní asistentky a jejich pacientky. Poté byly situace analyzovány pomocí výše vybraných kategorií: **bezpečné hranice** v kontextu polarity: řízení x sebeobětování, **míra direktivity** poskytnuté intervence, **povaha motivace**: nedostatková – růstová, míra **empatie, akceptace a kongruence**. Důležitým momentem je okolnost, že analýza projevů porodní asistentky nevychází jen z jejího chování v konkrétní modelové situaci, ale z dlouhodobějšího pozorování typických vzorců jejího chování v nejrůznějších situacích a z výrazu neverbální komunikace. Následně byl ke každé situaci připojen i návrh, jak by bylo možné využít psychoterapeutického přístupu k řešení situace.

### 5.1 MODELOVÁ SITUACE 1

**Místo a situace:** porodní sál, rodička v I. době porodní, porod probíhá fyziologicky, voda plodová zachována, branka 4 cm, CTG záznam fyziologický.

**Porodní asistentka:** po celou dobu péče o rodičku (počínaje příjmem na porodní sál, instrukcemi k celkové přípravě atd.) svým autoritativním vystupováním a chladným odmítavým chováním dává najevo svou nadřazenost, komunikuje s úzkostnou rodičkou vždy jen stroze, úsečně a odmítavě. Při vaginálním vyšetření slyší rodičku, jak polohlasem sténá bolestí. Pak se zprudka postaví nad ležící ženu a s rukama v bok zlostným hlasem říká: *“Tak podívejte se, paní Nováková, já vidím, že vy ty bolesti vůbec nezvládáte, a tak my vám dáme epidurál!”*

**Pacientka:** A.P., 26 let, I./0, 39+2 t.t., úzkostnějšího ladění, o epidurální analgezii nežádala, po intervenci porodní asistentky působí vyděšeně a zmateně, jako by něco špatného provedla a jako by obtěžovala, je v napětí, její výraz působí provinile a defenzivně, stáhla se do sebe, necítí se bezpečně, nevnímá sociální oporu.

### **Situační analýza:**

- **bezpečné hranice:** přílišné řízení, porodní asistentka přebírá nadbytečnou kontrolu a zodpovědnost za pacientku, verbálně i neverbálně vysílá signály nadřazenosti a moci
- **míra direktivity v komunikaci:** nejvíce direktivní instrukce, má formu příkazu
- **povaha motivace:** nedostatková, porodní asistentka vyžaduje svým chováním projevy respektu a uznání autority jako kompenzaci frustrace těchto svých potřeb, chybí znaky sebeaktualizace
- **empatie:** porodní asistentka se nedokáže do rodičky vcítit, nereaguje adekvátně na úzkostné ladění rodičky, je odříznutá od jejího prožívání
- **akceptace:** porodní asistentka rodičku neakceptuje s jejími projevy bolesti, chybí respekt k jejímu prožívání
- **kongruence:** porodní asistentka vystupuje v autoritativní roli, využívá převahy a mocenského postavení dané svým začleněním v instituci, není sama sebou, realizuje své naučené, falešné, idealizované já. Výrazně zpevněná osobnostní struktura, pocity jsou ve značné míře vytěšňovány mimo vědomí, četné inkongruence – nesoulad a rozpory v prožívání, které nejsou uvědomovány. Neochota vyjadřovat své skutečné já, rigidní konstruování zkušeností, osobnost má výrazné omezení ve schopnosti rozpoznat problémy, netouží po změně; vyhýbá se blízkým skutečně osobním vztahům, vnímá je jako ohrožující.

**Shrnutí a návrh řešení situace:** porodní asistentka může být po stránce svých teoreticko-odborných znalostí vzdělaná a z hlediska praktických dovedností zkušená. Z pohledu míry uvědomění si významu, jak značný vliv má celková atmosféra a způsob komunikace na prožívání rodičky a potažmo na průběh porodu, je však takový přístup neprofesionální, neboť nezahrnuje „lidský element“ pomáhajícího povolání. Její nevcítilivé a neakceptující chování může pramenit z obav a nejistoty z toho, co nastane, když nebude ve vztahu vystupovat direktivně, zda se např. nebude rodička projevovat nezvladatelně, agresivně, zda nebude mít nepřijatelné nároky a nesplnitelné požadavky.

Nadměrná kontrola také může pomáhat chránit se před intenzivním spoluprožíváním bolestných emocí – strachu ze ztráty kontroly, paniky, bezmoci, beznaděje. Takové obavy mohou být ještě posíleny osobním přesvědčením, že by žena u porodu měla být schopna ovládat expresivní projevy své bolesti a pokud toho není



schopna, je třeba zasáhnout a autoritativně rozhodnout o epidurální analgezii bez ohledu na to, co si žena v tu chvíli sama přeje. Porodní asistentka by tedy měla dostat příležitost, například díky supervizi ve zdravotnickém zařízení, získat zpětnou vazbu ke svému chování – jak ho vnímají druzí. Pokud v procesu sebepoznání (např. ve formě individuální či skupinové terapie) získá dostatečný pocit bezpečí a profesionální opory, může více porozumět svému prožívání a posléze začne do svého vědomí vpouštět i skryté obsahy – strach a hlubokou osobní nejistotu, které formují její vztahy s druhými. Zpracuje-li tyto a podobné emoce, bude pak více schopná vztahovat se k ženám, o které pečuje, s úctou a ohleduplností.

## 5.2 MODELOVÁ SITUACE 2

**Místo a situace:** porodní sál, porod postupuje fyziologicky, velmi rychle, dvě a půl hodiny po příjmu končí I. doba porodní, CTG záznam fyziologický.

**Pacientka:** J.V., 38 let, VII./VI., 38+5 t.t., žena přichází do porodnice s rozhodnutím dát dítě po porodu k adopci. Při příjmu na porodní sál vysvětluje svou obtížnou situaci: doma pečuje o 6 dětí, z nichž je jedno postižené, opustil ji partner, o další dítě nemá možnost se starat. Je relativně klidná, nekonfliktní, komunikativní, porodní bolesti přijímá jako přirozenou a známou situaci, kterou je třeba projít.

**Porodní asistentka:** snaží se v rámci své profesionální role nedat na sobě nic znát, její chování je ale distancované, není ochotná ženě vyhovět v drobných maličkostech. Interakce s rodičkou jsou méně časté a krátké, v komunikaci se omezuje na věcné informace a požadavky, s určitým despektem poučuje ženu, co smí a nesmí dělat. Když se rodička snaží získat sociální přijetí a opakovaně vysvětluje, proč si nemůže dítě nechat, ignoruje ji, nereaguje a nevšímavě se věnuje úpravě dětského lůžka. S kolegyněmi na sesterně o situaci rodičky živě diskutuje, rodičku kritizuje a odsuzuje, její těhotenství pokládá za projev nezodpovědnosti. V závěru druhé doby porodní pak zvyšuje na pacientku hlas, obviňuje ji, že málo tlačí, křikne na ni: *To musíte pořádně zatlačit, to dítě z vás samo nevypadne!*

### **Situační analýza:**

- **bezpečné hranice:** nadbytečné řízení, porodní asistentka svým hodnotícím postojem staví do role rodiče, který svou emocionální neúčastí a chladem trestá dítě za domnělé provinění

- **míra direktivity v komunikaci:** nejvíce direktivní instrukce, má formu příkazu
- **povaha motivace:** nedostatková, porodní asistentka se chová obranným způsobem, vnímá rodičku jako objekt, nikoliv jako cítící lidskou bytost, moralizující postoj dává pocit převahy, chybí znaky sebeaktualizace
- **empatie:** porodní asistentka není schopna se vcítit do situace rodičky, plnějším zapojení empatie brání strach opustit identitu sociální role a nadřazenost společenského postavení
- **akceptace:** porodní asistentka není schopná přijmout ženu a její vnitřní svět, odmítá její hodnoty, nemá potřebu porozumět jejím motivacím a potřebám, přijetí životního způsobu rodičky je pro ni ohrožující
- **kongruence:** chybí projevy autentičnosti, v kontaktu s rodičkou se porodní asistentka snaží nedávat najevo to, co ve skutečnosti cítí (znechucení, odpor), na jejím chování se ale nedostatek akceptace projevuje – v odtažitosti, uzavřenosti, nedostatku citové rezonance. Vnitřně nepropustná osobnostní struktura, pocity nemohou být uvolňovány, inkongruence nejsou uvědomovány, resp. pokud nějaký rozpor vstoupí do vědomí, obranné mechanismy jej poté potlačí. Neochota vyjadřovat své já i v situaci pozitivního přijetí, statické neměnné konstruování zkušeností, zhoršená schopnost rozpoznat vlastní problémy (vnímá je jako vnější stimuly), slabší schopnost vnímat je v souvislostech, omezená flexibilita, status quo přináší jistotu; blízké vztahy jsou většinou zdrojem úzkosti a nejistoty.

**Shrnutí a návrh řešení situace:** pokud by porodní asistentka měla příležitost pracovat na vlastním seberozvoji, pak by jí bezpečné prostředí terapeutického vztahu poskytlo možnost rozpoznat a přijmout vlastní méněcennou stránku své osobnosti. Tím by se snížila tendence takovou část své psychiky potlačovat a oslabilo by se nutkání promítat vytěsněné nepřijaté obsahy navenek, na vhodné objekty v nižším společenském postavení. Zvýšila by se tak její schopnost neodsuzujícího vnímání druhých, prohloubila by se empatie a rozsah akceptace by se rozšířil i na složité psychosociální jevy. Měla by pak šanci připustit, že pro rodičku bylo rozhodnutí dát své dítě k adopci možná nejtěžší v jejím životě a že v hloubi duše bude pro ni navždy spojeno s bolestí, ztrátou, možná i pochybnostmi o správnosti nezvratného činu. Namísto opovržení by měla možnost pociťovat soucit.

### 5.3 MODELOVÁ SITUACE 3

**Místo a situace:** prenatální poradna v porodnici; těhotná žena v rámci běžného vyšetření žádá po porodní asistentce informaci, kterého lékaře má oslovit s žádostí o provedení císařského řezu na přání.

**Pacientka:** E.L., 34 let, III./0, 37+2. t.t., fyziologické těhotenství, žena pracuje v manažerské pozici v bankovním sektoru, má sebejisté dominantní vystupování, působí energicky, rozhodně, iniciativně.

**Porodní asistentka:** nejprve cítí zmatení a údiv, říká pacientce, že ji svým dotazem zaskočila, pak si ověřuje, zda správně porozuměla otázce; pacientka odpovídá, že ano, že *„nemá nervy na to, aby se někde 24 h svíjela v bolestech, že chce mít porod rychle za sebou“*. Porodní asistentka reaguje slovy: *„Máte v sobě představu dlouhého a bolestného porodu a nevíte, jak to všechno zvládnete...?“*

#### **Situační analýza:**

- **bezpečné hranice:** porodní asistentka udržuje bezpečné hranice, její interakce není ani invazivní/kontrolující, ani defenzivní/obětující se; nepřebírá za klientku zodpovědnost, např. tím, že by se pohoršovala nad žádostí ženy nebo by hned poskytovala tip na vhodného lékaře
- **míra direktivity v komunikaci:** nejnižší - rezonance, porodní asistentka reaguje na emocionální rovinu sdělení
- **povaha motivace:** růstová, porodní asistentka disponuje jasným a vnímáním skutečnosti, reaguje živě a spontánně, orientuje se na prožívání druhého, na povahu vztahu, znaky sebeaktualizované osobnosti
- **empatie:** porodní asistentka projevuje snahu o citlivé porozumění, snaží se vcítit do pocitů pacientky
- **akceptace:** přijímá její sdělení bez kritiky nebo odsouzení, neodmítá ji, ale ani nevyjadřuje souhlas
- **kongruence:** nachází soulad mezi vlastními pocity, které v ní neobvyklá žádost vyvolala a odezvou vůči ženě – autenticky vyjadřuje, co cítí a zároveň zůstává vstřícně otevřená, vyjadřuje zájem, snahu o porozumění její situaci. Pocity mohou volněji proudit a porodní asistentka dokáže reflektovat bez výraznějšího zkreslení. Prožívání je pružné, fluidní a proměnlivé, okamžitě reagující na novou situaci. Nemá problémy se sebevyjádřením, kognitivní mapy konstruuje

na základě nové dané situace, při její interpretaci se neřídí jen minulostí. Je otevřená blízkým vztahům.

**Shrnutí a návrh řešení situace:** Porodní asistentka zaujímá postoj pomáhající profese, vnímá, že za poměrně radikálním návrhem ženy je velmi pravděpodobně strach z porodu a z bolesti. Reaguje spontánně, bez snahy zamaskovat překvapení, čímž vysílá signál opravdové nepředstírané reakce. Pokud by se porodní asistentka snažila svou autentickou odezvu zamaskovat nepohnutostí profesionální role, ztratila by příležitost navázat s ženou důvěryhodný vztah na lidské rovině a možnost emočního propojení či sdílení by se zablokovala. O takových momentech Rogers říká, že pokud pomáhající dává najevo něco jiného, než ve skutečnosti cítí, pak komunikace obsahuje protichůdná sdělení, která klienta matou a posilují v něm nedůvěru.

„Rozumějící“ porodní asistentka může ženě nabídnout možnost předporodní přípravy zaměřené na snižování úzkosti a napětí, kde je prostor pracovat také s psychologickými aspekty blížícího se porodu. V rámci takové přípravy by měla příležitost poskytnout ženě podrobné informace o rozdílech vaginálního porodu a porodu císařským řezem pro dítě i pro ni. V rámci psychoterapeuticky laděné předporodní péče by žena mohla získat prostor pro to vyjádřit své emoce spojené s představou porodu. Mohla by například pracovat formou techniky *focusing* (příloha B). Díky hlubšímu porozumění vlastním prožitkům by v sobě mohla objevit například skryté nároky - mít vždy za všech okolností věci pod kontrolou a držet si od druhých emoční odstup, nebyt jim za nic zavázána, nic od druhých nepotřebovat (tedy ani při porodu ne, raději si zaplatit za rychlé a neosobní řešení porodu sekci). Mohla by ale také dospět k překvapivému zjištění, že cítí-li skutečnou oporu a bezpečí, je ochotná riskovat a být součástí nevypočitatelného a nejistého procesu, jakým je spontánní porod. Díky pomáhajícímu vztahu by pak žena mohla najít své skryté rezervy, odvážit se chování, které v ní dřív vzbuzovalo paniku či hrůzu a projít tak skutečnou osobnostní proměnou.

## 5.4 MODELOVÁ SITUACE 4

**Místo a situace:** prenatální poradna v porodnici; těhotná žena lící při CTG vyšetření své horečnaté aktivity, množství práce, neutuchající zájmy, říká, že nemá čas odpočívat a ani se dosyta vyspat. Uvádí, že právě dokončuje náročný pracovní projekt, který vyžaduje maximální zapojení a vypětí sil. Cítí se ale dobře, těhotenství ji neomezuje, říká s úsměvem, že si odpočine až po porodu.

**Pacientka:** J.K., 37 let, II./I., 39+1 t.t., fyziologické těhotenství, žena pracuje jako produkční v reklamní agentuře, působí velmi akčně, je plná dynamické a radostné energie.

**Porodní asistentka:** naslouchá ženě pozorně, ale její slova v ní vyvolávají obavy, že pokud porod zastihne ženu ve stavu takto vybičované napjaté a hnané energie, kdy tělo nemá dostatek možností regenerovat síly, může to mít dopad na jeho hladký průběh. Snaží se vysvětlit, že musí víc odpočívat, relaxovat a zvolnit, aby nabrala síly před porodem, říká: „*Vidím, že jste si toho tedy naložila, já na vašem místě už bych se na všechno okolo vykašlala a začala myslet víc na sebe a na budování hnízda!*“

### **Situační analýza:**

- **bezpečné hranice:** porodní asistentka zaujímá postoj zkušeného odborníka, který ví, co je pro druhého v dané chvíli správné a tím projevuje tendenci k jeho řízení
- **míra direktivity v komunikaci:** komentář - méně direktivní intervence, je v ní snaha projevit zájem o druhého, upozornit na jiný úhel pohledu; nemá sice formu důrazného příkazu, ale ve snaze poukázat na problém v jiném světle je implicitně obsažena i určitá míra direktivity
- **povaha motivace:** smíšená – jednání částečně plyne ze snahy uspokojit základní potřeby (deficitní motivace), ale částečně také růstová se znaky sebeaktualizované osobnosti
- **empatie:** snaha o včítivé naladění na situaci ženy, plnějším projevení empatie brání vlastní nezpracované obavy, pevnější osobnostní struktura
- **akceptace:** výraznější akceptaci brání chybějící zkušenost porodní asistentky s jiným než s externím způsobem sebeřízení, kdy jsou podněty z vnějšího rámce považovány za převážně správné a vhodné (naproti tomu osobnost se zralejší osobnostní strukturou se orientuje převážně podle vlastního interního referenčního rámce, resp. hledá soulad vlastních potřeb s požadavky okolí)
- **kongruence:** porodní asistentka na jedné straně reaguje spontánně, neskrývá se za profesionální roli, ale nereflektuje své neuvědomované pocity úzkosti a nejistoty z možnosti spolehnout se v rozhodování více na vnitřní zdroje seberozvoje – na aktualizací tendenci, která přináší volnější, pružnější, přizpůsobivější osobnostní strukturu a poskytuje druhému více autonomie

a nezávislosti. Objevuje se částečné uvolňování pocitů, ve volnějším prožívání ale existují i bariéry. Některé rozpory a nesoulady mohou být uvědomovány, některým brání ve vědomé reflexi obranné mechanismy. Sebevyjadřování je závislé na atmosféře, v blízkých vztazích je spontánnější, v ostatních vztazích udržuje spíše formální odstup. Zkušenosti jsou částečně konstruovány na základě aktuální situace, ale v neznámých a nových situacích může jejich interpretace odpovídat minulým zkušenostem a postrádat tak „čerstvost“.

**Shrnutí a návrh řešení situace:** pokud by měla porodní asistentka příležitost k dalšímu profesnímu růstu, mohla by v bezpečné atmosféře například individuální supervize sama prožít zkušenost s nedirektivním podporujícím vztahem, který poskytuje příležitost k posunu vpřed; mohla by rovněž dospět ke zkušenosti hluboké vnitřní jistoty, kdy se jedinec rozhoduje podle vlastních pocitů, kterým rozumí, které je schopen přijmout za vlastní a cenný zdroj orientace. Snížila by se tak její tendence řídit druhé z vnějšku, nechávala by ve vztazích více prostoru pro vnitřní sebeřízení, resp. by dokázala velmi jasně rozlišovat mezi situacemi, kdy je například ohroženo zdraví či život a kdy je třeba direktivně zasáhnout zvenčí a kdy je možné nechávat situaci volný průběh.

Více by si uvědomovala, že vnější rady mají jen velmi nízkou účinnost, poněvadž se nedotýkají zdroje – tedy pocitů, které ženu „pohánějí“ k hektické aktivitě. Mohla by pak pracovat v podobných případech terapeutickou technikou „*focusing*“ (viz příloha B), která poskytuje hlubší vhled do vlastní situace, porozumění hlubší rovině problému a dosažení změny v prožívání. Pokud by obě měly příležitost věnovat se otázce nadměrné aktivity v rámci předporodní přípravy terapeuticky, žena by tak například mohla objevit, že prožíváním vzrušené aktivity se brání poklesu energie k pocitům opuštění, izolace, smutku. Pokud by díky zážitku akceptace v terapii dokázala takové pocity v sobě přijmout, celý psychologický obraz jejího nitra by se mohl proměnit. Mohla by pak opustit svou akčnost bez zklamání či pocitu ztráty jistoty a nemusela by dospět k porodu vysílená a vyčerpaná.

## 5.5 MODELOVÁ SITUACE 5

**Místo a situace:** rodička na porodním sále je po 10 hodinách od přijetí na porodní sál na konci I. doby porodní, při posledním vaginálním vyšetření zbyval lem branky, průběh porodu fyziologický, CTG záznam fyziologický.

**Pacientka:** T. S., 23 let, I./0, 40+2 t.t., pracuje jako prodavačka, nejistá, plachá, méně komunikativní, uzavřenější, spíše pasivní a odevzdaná, návrhy na úlevové prostředky (sprchu, míč, atp.) nepřijímá příliš ochotně, v poslední fázi I. doby porodní často nařiká, že už nemůže a bolesti už déle nevydrží.

**Porodní asistentka:** porodní asistentka komunikuje s pacientkou poměrně rázným a bodrým způsobem, není otevřeně nepřátelská, ale její projevy zároveň nesou i prvky autoritativnosti a vnějškově demonstrované sebejistoty. Porodní asistentka pacientku vaginálně vyšetřuje a výsledek vyšetření komentuje slovy: *„Tak jste sice otevřená, matko, ale co to máte za kontrakce?!? V tuhle chvíli by měly být pořádně silné a běžet jedna za druhou! Takhle neporodíte!“* Napolojuje rodičku v porodnickém lůžku do pozice v polosedě, nohy upevní do opěrek, vysvětlí princip řízeného tlačení se zadržným dechem a přidechnutím během kontrakce. Důrazným a vzrušeným hlasem přikazuje, kdy má žena tlačit. Je nespokojená s jejím výkonem, říká: *„Mně je to jedno, jestli si vy sama prodloužíte porod, ale jde o vaše dítě – tomu můžete ublížit, když nebudete pořádně tlačit!“*

### Situační analýza:

- **bezpečné hranice:** porodní asistentka má zvýšenou potřebu ženu řídit, mít kontrolu nad situací
- **míra direktivity v komunikaci:** nejvíce direktivní – instrukce formou energických a nesmlouvavých příkazů
- **povaha motivace:** nedostatková, jednání je motivováno snahou kompenzovat pocity bezmoci a slabosti
- **empatie:** chybí schopnost jemného vnímání, invazivnost a podléhání situačnímu stresu brání naladění se na situaci a na pocity, které žena prožívá
- **akceptace:** velmi omezená schopnost vědomě zachytit prožívání druhého brání schopnosti akceptovat jeho vnitřní svět
- **kongruence:** výrazná inkongruence, porodní asistentka má v sobě dávno nešetřené trauma z vlastního porodu, který po 24 h skončil sekcí. Bolestný

zážitek je překryt obranami v podobě zdánlivě uvolněného a rozjařeného vystupování. V případech, kdy I. doba porodní vyžaduje delší čas k úplnému zániku branky, ztrácí trpělivost a jistotu a objevují se zneklidňující emoce (během I. doby porodní sděluje kolegyním na sesterně s neochvějnou jistotou, že tento porod „skončí sekci“). Pocity však není schopna reflektovat a přijmout jejich realitu. Prožívání je tak poznamenáno náhlými poryvy impulzivní aktivity jako kompenzace vnitřní nejistoty a ohrožení. Konstrukce a interpretace reality výrazně pod vlivem traumatického minulého zážitku. Ztížená schopnost sebereflexe, rigidní osobnostní struktura.

**Shrnutí a návrh řešení situace:** Porodní asistentka nedokáže citlivě posoudit dosah vlastních slov, její komentáře vyvolávají v rodičce zvýšený stres, paniku, děs a díky emočně vypjaté situaci se mohou hluboce otisknout do psychiky rodičky jako pocit vlastní neschopnosti. Z pohledu psychologie porodu je takové chování neefektivní a neetické, neboť vytváří prostředí protipól bezpečí a podpory – tedy stres a napětí.

Porodní asistentka by měla dostat zpětnou vazbu v procesu supervize ve zdravotnickém zařízení. Zároveň by měla v dostatečně bezpečném vztahu déledobě terapie zaměřené na sebepoznání a růst získat možnost postupně uvolňovat zasuté pocity a zpracovat osobní bolestné prožitky spojené s vlastním porodem, aby je nepřenašela na ženy, o které při porodu pečuje.



## 6 DISKUSE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Prvotní ideou průzkumu bylo ukázat, jak může porodní asistentka pracovat s těhotnými ženami v rámci předporodní přípravy formou skupinové psychoterapie a výsledky poskytnout jako kazuistiku skupinové práce. Ukázalo se však jako nerealistické získat během relativně krátké doby přípravné fáze průzkumu dostatečný počet zájemkyň o účast v podpůrné skupině, přestože byly k tomuto účelu vytvořeny webové a facebookové stránky, které byly propagovány. Bohužel se nepodařilo získat důvěru klinického pracoviště, na jehož půdě by se podpůrné skupiny mohly konat a kde by byla větší pravděpodobnost oslovit případné zájemkyně – těhotné ženy. Otázku praktické části této práce se pak podařilo vyřešit jinou formou kvalitativního průzkumu – pozorováním interakcí porodní asistentky s těhotnými ženami přímo při výkonu její práce v prenatalní poradně a na porodním sále. Tím se otevřely nejen nové rozmanitější zdroje získávání dat průzkumu, ale také se rozšířil rozsah možností, jak ukázat uplatnění psychoterapeutického přístupu v práci porodní asistentky, než by mohla poskytnout jedna kazuistika.

V procesu třídění a analýzy dat se ukázalo, že je možné pomocí šesti kategorií vybraných ze tří různých psychoterapeutických přístupů zachytit poměrně podrobně kvalitu vztahů a povahu atmosféry, které porodní asistentky v pozorovaných situacích vědomě i bezděčně vytvářely. Sledované porodní asistentky se výrazně lišily ve schopnosti navozovat atmosféru bezpečí a podpory. Některé porodní asistentky si nebyly vědomy dosahu svého chování a charakteru svého vztahu k těhotným ženám a vyvolávaly v nich pocity úzkosti, ohrožení a nejistoty, ale objevily se i opačné případy, kdy porodní asistentky intuitivně našly způsob, jak citlivou reakcí poskytnout ženě podporu a posílit pocit bezpečí.

Ukázalo se, že je v péči o těhotnou ženu či rodičku z hlediska pomáhajících profesí významné rozlišovat dva základní aspekty: odborný a lidský. Ten první v sobě zahrnuje povinnost kontinuálního vzdělávání v oboru, udržování teoretických vědomostí na úrovni současného poznání, rozhodování na základě přístupu „evidence based medicine“. Ten druhý přináší zodpovědnost za psychologickou atmosféru péče.

Podobné téma uvádí Tošner (Hájek a kol., 2014) do mravního kontextu, když říká, že k neetickému chování zdravotníků patří ... *nevzdělanost, spěch, povrchnost, povýšenost, autoritářství, jednání ve vlastní prospěch ... [...] ... bez ohledu na zájem pacienta.* (Hájek a kol., 2014, s. 511). Za etické jednání naopak pokládá srdečnost, pozornost, neodsuzování činů a názorů nemocných. *Absence pochopení (lásky) k závislému subjektu – k nemocnému člověku může mít negativní vliv na zdravotní stav a psychiku nemocného člověka* (Hájek a kol., s. 511). Zdůrazňuje, že zdravotnický systém, který neorganizuje péči tak, aby předcházel všem stavům ohrožujícím zdraví, je neetický.

Z klinické zkušenosti, že porod je děj svým průběhem výrazně závislý na psychické kondici rodičky, plynou vysoké nároky na schopnost porodní asistentky navozovat atmosféru bezpečí a důvěry jako jednoho z nejdůležitějších psychologických aspektů, jak předcházet stavům ohrožující zdraví. Jestliže Tošner (Hájek a kol., 2014) pokládá za základní etický aspekt organizace porodnické péče nutnost předcházet stavům ohrožujícím zdraví, pak to pro porodní asistentku znamená být si plně vědoma toho, jak značný psychologický dosah má její chování k ženě. Drží totiž v rukou mocný nástroj: kvalitu vztahu, kterou svou péčí o ženu vytváří, neboť tak může generovat atmosféru bezpečí, ale také ohrožení.

V tomto smyslu je porodní asistentka ve stejné pozici jako psychoterapeut: kvalita její péče je závislá na kvalitě vztahu, který s těhotnou ženou naváže. Tím se řadí mezi profese, pro které jsou podstatné osobnostní předpoklady toho, kdo péči poskytuje. V průběhu výzkumu se tak vynořila další výzkumná otázka: **zda je možné tyto osobnostní kvality nějakým způsobem zachytit v konkrétních aspektech.**

Analýza průzkumu ukázala, že šest vybraných aspektů popsanych Kopřivou, Maslowem a Rogersem je možné použít nejen k popisu k zachycení psychologické atmosféry, ale také jako diagnostická kritéria, která slouží ke zjišťování míry, v jaké je osobnost porodní asistentky schopná ženě poskytovat ovzduší bezpečí, důvěry a podpory. Těchto šest základních kategorií by bylo možné dále rozvinout, a získat tak ještě diferencovanější způsob poznávání osobnosti porodní asistentky z hlediska vhodných vlastností pro výkon její profese. Bylo by tedy možné sloučit Maslowovy znaky sebeaktualizované osobnosti (tak jak jsou uvedeny na stranách 13 a 45) do společné „osobnostní osnovy“ a pomocí ní zachycovat, jak je konkrétní osobnost

připravená naplňovat nároky pomáhajících profesí (potažmo zábrany, které tomu v dané chvíli překáží a přinášet tak témata k jejímu dalšímu osobnostnímu růstu). Stejně tak by bylo možné použít nejen tři Rogersovy podmínky osobnostní změny: schopnost empatického porozumění, akceptace a kongruence, ale i jeho popis procesu terapie s jeho jednotlivými charakteristikami: uvolňování pocitů, způsob prožívání, míru inkongruence, změny ve vyjadřování sebe, sama v atmosféře, přijetí uvolňování kognitivních map zkušeností, změnu ve vztahu k problémům, změny ve vztazích s druhými, čímž by se podrobně zachytil aktuální stav osobnosti a její připravenost poskytnout těhotné ženě atmosféru bezpečí a podpory.

Například psychologie písma dokáže zachytit celkovou vyváženost osobnosti, její způsob adaptace, míru deficitu či naplnění jejích základních psychologických potřeb, tudíž i popsat její situaci z hlediska procesu seberealizace, sociálních vztahů, emoční inteligence. Lze také diagnostikovat jednotlivé Maslowovy i Rogersovy aspekty, resp. v jaké míře se osobnost blíží těmto osobnostním předpokladům, jak výrazně jsou ve struktuře její osobnosti v daném okamžiku zastoupeny.

Základní aspekty uvedených psychoterapeutických přístupů tedy mohou sloužit jako diagnostická kritéria všude tam, kde je potřebné efektivně vybírat zdravotnický personál nejen podle ryze odborných znalostí a dovedností, ale také podle osobnostních kvalit. Lze si tak představit prestižní zdravotnická zařízení, která budou nabízet nejenom špičkové odborníky, ale také profesionály s lidským přístupem. Tím by byl naplňován etický požadavek na předcházení stavům ohrožujícím zdraví, zejména takovým, které zesilují úzkost, nejistotu a narušují pocit kompetence a sebeúcty ženy.

**Na první průzkumnou otázku, zda je možné využít psychoterapeutický přístup v práci porodní asistentky tak, aby vytvořila pro ženu atmosféru bezpečí a podpory, odpověděl průzkum kladně.**

**Stejně tak na další průzkumnou otázku, zda je možné zachytit osobnostní kvality potřebné k poskytování pocitu bezpečí a důvěry v konkrétních aspektech, odpověděl průzkum kladně.**

Závěrem je tedy možno shrnout, že psychoterapeutické poznatky lze v porodní asistenci využívat několikerým způsobem:

1/ **v předporodní péči:** jak vyplývá zejména z teoretické části práce, porodní asistentka může díky růstově pojaté psychoterapii facilitovat proces osobnostního vývoje ženy; ten přirozeným způsobem snižuje její úzkost z porodu, protože rozvíjí její kapacity, schopnosti, lidský potenciál; také umožňuje uvolňovat napětí překrývající minulé bolestné zkušenosti a hojit traumatické zážitky, pomáhá přerůstat pocity nedostatečnosti, podporuje znovunavázání kontaktu s tělem, který bývá díky odosobněnému způsobu existence v podmínkách městských aglomerací často ztracený. Souvislosti mezi stupněm sebepoznání a sebpřijetí rodičky a porodními komplikacemi vedou k závěru, že psychoterapie, jako jeden z možných způsobů sebepoznání, zvyšuje připravenost žen zvládnout porod jako přirozenou součást jejich vitálního života optimálním způsobem

2/ **v průběhu porodu:** porodní asistentka může využívat aspekty psychoterapeutického přístupu tak, aby cíleně vytvářela psychologicky vhodnou atmosféru u porodu; vědomě tak v rodičce podporuje pocit důvěry, bezpečí a sociální podpory a to umožní nerušený průběh přirozených fyziologických procesů, které porod řídí

3/ **při výběru vhodných osobností pro povolání porodní asistentky:** jak vyplývá zejména z praktické části práce, je možné využít šest kategorií abstrahovaných z uvedených psychoterapeutických přístupů k porozumění osobnosti porodní asistentky, a potažmo zmapovat velmi konkrétním způsobem její schopnost vytvářet pro těhotné ženy a rodičky ovzduší bezpečí a důvěry.

V této souvislosti by bylo vhodné uvažovat i o tom, aby porodní asistentky, které pracují na porodních sálech, měly příležitost absolvovat, jako součást celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, specifický psychoterapeutický výcvik zaměřený na sebepoznání a osobnostní růst. Taková forma profesní podpory by jim měla poskytnout možnost zažít skutečnou vnitřní proměnu, otevřít proces osobnostního posunu a také získat praktické psychoterapeutické a komunikační dovednosti potřebné pro poskytování podpory a pocitu bezpečí ženám při porodu.

Rovněž porodní asistentky, které nabízejí kurzy předporodní přípravy, by mohly díky psychoterapeutickým dovednostem získat značnou výhodu: v rámci předporodní péče zaměřené na proces sebepoznání a růstovou psychoterapii by byl velký potenciál pro to, aby s těhotnou ženou vytvářely vztah skutečné důvěry a blízkosti a již navázaný

vztah využily při doprovázení k porodu k eliminaci stresu, který rodičky v neznámém prostředí porodního sálu často zažívají.

Výsledky celorepublikového výzkumu spokojenosti žen s perinatální péčí v letech 2005–2012 ukazují, že ...v českém porodnictví přetrvávají navzdory jeho vysoké úrovni a mnohým pozitivním změnám uskutečněným v posledních desetiletích některé závažné nedostatky. Týkají se především nedostatečného zapojování rodiček do rozhodování, omezeného poskytování informací a nerespektování přání žen ohledně způsobu vedení jejich porodu. Mezi nejslabší stránky z psychologického hlediska patří i nedostatečná psychická podpora žen v průběhu porodu i v postpartálním období a neosobní, nadřazený a rutinní přístup některých zdravotníků ... (Takács aj., 2012, s. 105). Domníváme se, že tato práce ukazuje způsob, jak tyto problémy řešit. Psychoterapie je praktickou cestou, jak mohou porodní asistentky rozvíjet své sebeuvědomění a obecněji řečeno *emoční inteligenci*. Goleman ji chápe jako schopnost rozumět sám sobě i druhým a navrhuje též, jak ji vnést do zdravotnické péče (Goleman, 1997). Přístup zaměřený na člověka stejně tak prohlubuje postoje empatie a akceptace, díky nimž pak mohou osobnostně zralé ženy vytvářet žádoucí klima u porodu. K tomu všemu potřebují profesní oporu, čas a prostor na proces změny, který může poskytnout psychoterapeutický výcvik či alespoň cyklus specializovaných seminářů zaměřených na sebezpoznání a supervizi.

Výsledky odborné rešerše dokládají, že je téma využití psychoterapie v předporodní péči a při porodu v českém prostředí ojedinělé a dosud žádný rozsáhlejší odborný text se mu do hloubky nevěnoval. Nejrůznější formy přípravy k porodu obsahují, kromě obvyklých informací o průběhu porodu z medicínského pohledu, jen nácvik určitých technik (dechových, relaxačních) – příkladem je *Metodika psychofyzické přípravy na porod* (Bašková, 2015).

K tématu této práce má nejbližše publikace porodní asistentky Mgr. Kateřiny Ratislavové, PhD. *Aplikovaná psychologie porodnictví* (2008). Její učební text pro porodní asistentky podává přehledným a srozumitelným způsobem psychologické poznatky využitelné v těhotenství a při porodu. Obsahuje několik kapitol, které se dotýkají obecnějších psychoterapeutických poznatků, například *Bolest při porodu*, v rámci které zmiňuje i „psychoterapeutický vztah“ - jako jeden z psychosociálních faktorů ovlivňujících bolest při porodu. Jeho kvality představuje jako: compliance

(ochotu rozumět a pomáhat), informovanost, empatii, haptický kontakt, akceptaci, věnování maximální pozornosti a času, důvěru. V kapitole *Psychologický přístup k rodící ženě* popisuje žádoucí chování porodní asistentky k rodící ženě z hlediska psychologie porodu: vysoká míra empatie, respektu a tolerance k přáním a projevům rodičky. Zdůrazňuje, že empatická a kontinuální podpora rodičky přináší mnoho výhod: kratší trvání porodu, menší potřebu medikace, nižší výskyt porodních komplikací, lepší interakci s novorozencem a lepší kojení. Přínosem publikace je uspořádání značného množství rozmanitých užitečných poznatků, které slouží porodním asistentkám jako orientace v tak rozsáhlém oboru, jakým je psychologie.

Otázkou ovšem zůstává problém, že ani sebedrobnější odborný text nedokáže proměnit osobnostní strukturu člověka. Změna je možná jen v psychologicky bezpečné atmosféře empatie, akceptace a kongruence nápomocného vztahu – ať už s psychoterapeutem či s jinou blízkou osobou. Teoretické informace v učebnicích, skriptech, odborných článcích jsou spíše podnětem k přemýšlení, avšak pouhé zapojení intelektuálních schopností k procesu osobnostního posunu nestačí. Může být jen prvním krokem, za nímž následují další: celostní prožitky ve skutečném vztahu, díky kterým může dojít k propojení tělesných pocitů, emocí, vjemů, představivosti, kognitivních poznatků v procesu sebeaktualizace a stávání se sebou samým.

## ZÁVĚR

Cílem této práce bylo představit některé psychoterapeutické přístupy a ukázat možnosti propojení s oblastí práce porodní asistentky, konkrétně v předporodní přípravě těhotných. V první kapitole jsme stručně načrtli obraz soudobé psychoterapie jako oboru natolik rozsáhlého a rozmanitého, že je velmi obtížné jej pojímat pouze obecně: máme-li hledat jeho praktické využití v jiném oboru než je esenciální „lечение duše“, je vždy třeba vybírat konkrétní vhodný směr, uvažovat o společných momentech, o vzájemné slučitelnosti. Jedině tak má šanci vzniknout zdroj nových poznatků a praktický nástroj k jejich využití.

Z těchto důvodů byly k dalšímu podrobnějšímu výkladu do druhé kapitoly vybrány přístupy čerpající z tradic humanistické psychologie. Ta má v dějinách oboru své místo jako nová „třetí síla“, která se vymezila jak patologickému a pesimistickému obrazu člověka v psychoanalýze, tak odosobněnému pojmání člověka „bez duše“ v behaviorální psychologii. Vývoj psychologie ukazuje, že behaviorální směr nejvíce uvízl v pasti pseudovědecké exaktnosti - scientismu, pokusu redukovat komplexnost lidského prožívání na měřitelné a popsitelné vnější projevy - chování. Humanistická psychologie se naproti tomu zajímá o subjektivní vnitřní svět člověka, který je klíčem k porozumění jeho chování – ať už zdravého a tvořivého anebo narušeného a destruktivního. Ukázali jsme, že právě důraz na nejhlubší lidské hodnoty, které činí jedince v plném slova smyslu humánní bytostí, je územím společným jak pro psychoterapii, tak pro medicínu, potažmo porodní asistenci. Hybná síla obou oborů je stejná: touha – pomáhat člověku v jeho nejtěžších chvílích: psychoterapeut bok po boku se svým klientem čelí jeho utrpení a bolesti, porodní asistentka sdílí namáhavý a vyčerpávající ženský úděl, podporuje a opatruje ženu přivádějící na svět své dítě.

V praktické části práce se ukázalo, že původní záměr – tedy zprostředkovat využití psychoterapie pouze v předporodní přípravě, je omezující. Zaměření pozornosti na průzkumný problém – tedy otázku osobnosti porodní asistentky, rozšířilo možnosti využití i na konkrétní způsob, jak vytvářet ve vztahu s rodící ženou atmosféru bezpečí a podpory jako hlavní psychologický nástroj předcházení stavům ohrožující zdraví. Tímto prostředkem je pro porodní asistentku sebereflexe, tedy schopnost vnímat povahu

vztahu, který si vytváří k ženám, o něž pečuje. Jako orientační momenty a záchytná místa ji mohou sloužit v této práci použité základní aspekty třech vybraných psychotherapeutických přístupů. Porodní asistentka se tak může zaměřit hranice vztahu, na míru direktivity v komunikaci, na porozumění vnitřní motivaci ženy a také na vlastní postoje – empatii, akceptaci a kongruenci.

Stejně kategorie ale také mohou být využity i k mapování osobnosti porodní asistentky a potažmo i při výběru porodních asistentek z hlediska osobnostních předpokladů pro výkon pomáhající profese. Jestliže přijímáme tvrzení, že jediné takový systém organizace zdravotní péče, který předchází stavům ohrožující zdraví je etický, pak se nutně musíme zajímat i osobnost zdravotníků, zejména těch, kteří přichází do styku s pacienty v náročných situacích.

Povzbuzením pro všechny, které oblast propojení porodní asistence a psychoterapie zajímá je i to, že Česká asociace pro psychoterapii (v souladu s evropskými zvyklostmi) akceptuje jako dostatečné pregraduální vzdělání i bakalářský studijní program porodní asistence. Obvyklá praxe je totiž taková, že pro uznání pregraduálního vzdělání pro práci psychoterapeuta, je třeba splnit požadavek absolutoria vybraných humanitních oborů magisterského stupně. Pokud má tedy porodní asistentka bakalářský titul a ukončený akreditovaný psychotherapeutický výcvik, může se zapojit do programu dalšího vzdělávání a supervize v rámci ČAP a tato praxe je jí uznána jako plnohodnotná kvalifikace pro výkon psychoterapie. Supervize a další vzdělávání je v psychoterapii nezbytnou součástí praxe a tak vnímáme jako velmi pozitivní, že nejsou porodní asistentky z procesu dalšího odborného růstu a priori vyloučeny, neboť jsou to právě ony, které se v zásadním životním okamžiku dostávají do hlubokého kontaktu s ženskou duší. Mají významný vliv na to, jaký porodní zážitek si žena odnese, zda zraňující a srážející nebo naplňující a povznášející.

Jako součást původně zamýšleného průzkumu vznikl program předporodní péče o těhotné zaměřený na snižování úzkosti, sebepoznání a psychologii porodu, který je ukotven v teoretických poznatcích první a druhé kapitoly. Jeho obsahovou náplň uvádíme jako přílohu této práce, podrobnější informace jsou uvedeny na webových stránkách [www.vodnipani.cz](http://www.vodnipani.cz).

Jestliže tvůrce psychotherapeutického směru Přístup zaměřený na člověka C. Rogers mluvil o cíli terapie jako o „dobrém životě“, můžeme podobně popsat cíl této



specifické přípravy jako „dobrý porod“ a popřát všem budoucím rodičkám, aby i jejich porod byl dobrým porodem, který iniciuje jejich ženskou sílu a dále je povede k ženské moudrosti.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5361-4.

GENDLIN, T., E., 2003. *Focusing*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-793-0.

GOLEMAN, D., 1997. *Emoční inteligence*. Praha: Columbus. ISBN 80-85928-48-5.

HÁJEK, Z. a kol., 2014. *Porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80247-4529-9.

HEFFERNANOVÁ J., 1998. Vodní paní. In: *Grafologie: sborník věnovaný poznávání osobnosti a životnímu způsobu*. Praha: Česká grafologická komora, str. 22-27. ISSN 1211-7536.

HLINOVSKÁ, J., I. JAHODOVÁ, a E. MARKOVÁ, 2014. *Základy teorie porodní asistence*. Praha: Vysoká škola zdravotnická.

KODYŠOVÁ, E., 2013. *Vliv sociálně psychologických faktorů porodního zážitku na ranou rodičovskou self-efficacy prvorodiček*. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta. Dizertační práce. FF UK.

KRATOCHVÍL, S., 1998. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-414-1.

MASLOW A., H., 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0618-7.

MIOVSKÝ, M., 2009. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

NAKONEČNÝ M., J. HOSKOVEC a M. SEDLÁKOVÁ, 2002. M. *Psychologie XX. století*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-0300-4.

NAKONEČNÝ, M., 1995a. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0525-0.

NAKONEČNÝ, M., 1995b. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář. ISBN 80-85255-74-X.

NORTHRUP, C., 2008. *Zdravá žena: od prvního početí po stáří*. Praha: Columbus. ISBN 978-80-7249-250-3.

PERT, C. B., 2016. *Molekuly emocí*. Praha: ANAG. ISBN 978-80-7554-049-2.

RATISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní ateliér Area. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROGERS, C. R., 1961. *On Becoming a Person*. Boston, New York: Houghton Mifflin. ISBN 0-395-75531-X.

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

ROGERS, C. R., 2000. *Klientom centrováná terapia*. Modra: Persona. ISBN 80-967980-3-0.

ROGERS, C., 2015. *Být sám sebou*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0796-2.

ŠIFFELOVÁ, D., 2010. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2938-1.

VYBÍRAL, Z., J. ROUBAL a kol., 2010. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-682-7.

TAKÁCS, L. a kol., 2012. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví: zpráva z výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-7308-431-8.

ZEIG, J. K., 2005. *Umění psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-972-0.

## **PŘÍLOHY**

Příloha A <b>Program předporodní péče o těhotné</b> .....	II.
Příloha B <b>Psychoterapeutická technika FOCUSING</b> .....	IX.
Příloha C <b>Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce</b> .....	XV.

## Příloha A

# PROGRAM PŘEDPORODNÍ PÉČE O TĚHOTNÉ

## ÚVOD

Inspirací pro název péče pro budoucí maminky, které se chtějí připravovat k porodu nejen po stránce fyzické, ale zajímá je také psychologická rovina těhotenství a porodu, mi byla pohádka Boženy Němcové *Vodní paní* a její psychologický výklad (Heffernanová, 1998). Voda vždy byla symbolem života. Těhotenství je spojením ženského principu a vody nejen symbolicky, ale i v doslovné fyzické rovině – děťátko se vyvíjí v amniové tekutině. Vodní živel je tedy něco, co nás od počátku naší existence obklopuje jako nejpřirozenější médium a teprve porodem se adaptujeme na zemskou tíži a okolní vzduch.

Voda také symbolizuje to, co je v naší duši pohyblivé, dynamické, měnlivé, nestálé – svět naší přirozené instinktivní duše, tužeb, pocitů, emocí, fantazií. Postava nadpřirozené bytosti Vodní paní v sobě zahrnuje vše, co voda pro člověka znamená ve spojení s ženskou stránkou. Je to hlubina naší ženské duše a bez plného kontaktu s ní můžeme být vydány na pospas jejím impulsům, náporům, rozmarům a démonům jako loďka na rozbourané hladině oceánu nebo být odříznuty od zdroje životní síly a nehybně přežívat v bezvětrí psychické stagnace a strádání. Zvláštností lidské existence je i to, že ztotožňujeme-li se jen se svou vnější stránkou, tak se vše může dít téměř nepovšimnuto, a přesto nás hluboce ovlivňovat.

V pohádce postava Vodní paní (a potažmo voda v nejrůznějších podobách) doprovází hrdiny rozmanitými životními peripetemi a je zprostředkovatelkou nejrůznějších změn. Podobně v psychoterapii jde také o doprovázení na cestě sebeobjevování a růstu. Dobrý terapeut vytváří s klientem spolehlivý a bezpečný vztah na cestě, kdy často čelíme (podobně jako v mýtech a pohádkách) nebezpečným situacím, zlým postavám a nepřízni osudu. Stejně jako voda umožňuje terapeut kontakt s hlubinou, s naším nitrem – tak aby nebyla nebezpečná, ale životodárná. V době, kdy ženy obvykle počínají své děti, jsou buď na počátku anebo v první části své samostatné

životní cesty. O to více potřebují stabilní podporu žen, které již mají své životní zkušenosti a pro které je kontakt s vlastní „Vodní paní“ přirozeností.

Každá maminka sama je ale symbolicky také Vodní paní – dárkyní života a nositelkou vodního světa. A také má šanci být v procesu sebeobjevování sama sobě průvodkyní po vlastní duši a v budoucnu o to lépe rozumět potřebám svého dítěte.

## **PŘEDPORODNÍ PÉČE JAKO CESTA SEBEOBJEVOVÁNÍ**

Těhotenství bývá také nazýváno „jiným stavem“ a zpravidla se tím myslí fyziologické a emoční změny, které „v očekávání“ vnímáme. Mám za to, že i tyto změny nás předurčují k tomu, abychom byly více otevřené i k dalším, podstatnějším změnám... Pozorujeme-li přírodní děje, často v nich nalézáme hlubší smysl, než jaký se na první pohled zdálo. A tak i nejrůznější emoční výkyvy, změny v prožívání v průběhu těhotenství nejsou samoučelné, ale mohou doprovázet naše nastavení k zásadnější proměně – ke schopnosti přivést na svět novou bytost a stát se dobrou maminkou. Abychom takovým vnitřním procesům porozuměly, potřebujeme podporu, inspiraci, pochopení, zdroj síly. Dřív takové zážitky zprostředkovávaly zkušené ženy rodiny, kmene, společenství. Dnešní život často neumožňuje takové sepětí s moudrostí rodu či komunity. Žijeme odděleny jedna od druhé v moderních velkoměstech, obklopeny pohodlím nejmodernější domácnosti, komunikujeme spolu na dálku pomocí hi-tech přístrojů. Často ale postrádáme věrohodný zdroj reálné zkušenosti, kterou bychom uměly přijmout za svou a řídit se jí. Svět internetu, plný rad a doporučení, nám často ukazuje život, jaký by si ho přáli jeho uživatelé mít, ne takový, jaký skutečně je. Setkání s realitou pak přináší zklamané naděje a hořkost nenaplněných očekávání.

V našem nitru je však ukrytý pramen intuitivní moudrosti, schopnosti velmi přesně cítit smysl událostí, dovednosti propojit jednotlivosti do souvislostí. Jsme-li v kontaktu se svým středem, umíme se dobře rozhodovat i ve složitých situacích, dokážeme svými činy naplňovat vlastní představy a potřeby, přijímat nové zkušenosti, rozvíjet se a růst. Naše pravé já nám dává sílu překonávat nejrůznější potíže, konflikty a strasti. Stávání se sama sebou přirozeně vede k tomu, že postupně opouštíme rovinu, kde se problémy jeví jako neřešitelné, naše postoje jako neslučitelné s postoji druhých a naše okolí ohrožující či omezující.

Málokdy se stává, že čekáme miminko v době, kdy je náš vnitřní potenciál takto plně rozvinutý. Zkušené porodnice a porodní asistentky si velmi často všimají, že způsob, jakým rodíme, souvisí s tím, jak prožíváme a známe samy sebe. Odborné studie již také naznačují souvislost mezi stupněm sebepoznání a sebedpřijetí a porodními komplikacemi. Neznamená to ale, že zažíváme-li v těhotenství nepříjemné emoce nebo náročné situace, čeká nás obtížný porod. Na vině není ani stres jako takový, je-li vyvažován schopností relaxovat. Pro celkovou psychickou kondici je podstatnější způsob, jak stres hluboko uvnitř prožíváme a jak s ním nakládáme. Vnitřní tenzi daleko častěji způsobuje tendence nelibé pocity vytěšňovat, nechávat je nepovšimnuté, oddělovat se od nich. Ztrácíme tak zároveň důležité části sebe samých. V okamžiku, kdy pak od nás porod vyžaduje uvolnit napětí, otevřít se, nechat proces plynout přirozeně, se vynoří i naše nepoznané emoce a mohou přirozený průběh porodu narušit.

Na porod se lze připravovat různými způsoby. Moje zkušenost je taková, že jen díky sebepoznání a potažmo sebedpřijetí mohu najít kontakt s hlubokou duší, se svými niternými potřebami a také se zdrojem. Otevřu-li v sobě bezpečný prostor pro vše, co přichází, mohou i emoce bolesti, úzkosti, neklidu či nejistoty odeznít a nezplavují moji mysl na dlouho. Stejně bezpečný prostor nabízím i Vám všem, kdo se chcete vydat na cestu sebeobjevování. Prací v těhotenských skupinách nebo i v individuální terapii můžete jemným a nenásilným způsobem objevit zdroj své vnitřní síly, svobody, kreativity a nalézt soulad s vlastní přirozeností, která dává porodu rytmus, energii, hluboký smysl a jedinečný význam, díky kterým ženy od pradávna dokázaly překonávat bolest a strach.

## **PSYCHOLOGIE PORODU**

Potřebujeme vlastně nějakou speciální předporodní přípravu? Velmi často se setkávám s extrémními postoji a slyším na jedné straně bagatelizaci a trivializaci: „Všechny porodily, porodíš také, také jaképak zvláštní štráchy s porodem!“ a na straně druhé je dnes porod většinovou společností vnímán jako krizová situace, vyžadující nejmodernější medicínské zázemí.

Mám za to, že pokud bychom žili ve zdravé společnosti, v kultuře, která podporuje přirozenost a harmonický rozvoj osobnosti, bylo by samozřejmou součástí vrůstání do mateřské role to, že jsou ženy mezi sebou ve skutečných blízkých

kontaktech a mohou bezprostředně sdílet své zkušenosti, učit se od starších zkušenějších a předávat si svou moudrost. A žádné speciální předporodní kurzy bychom pak skutečně nepotřebovaly.

Žijeme však ve společnosti, která upřednostňuje dravou rivalitu před lidskostí a soucitem, ve společnosti, která je rozdělena do nejrůznějších socio-ekonomických vrstev. Naše rodiny jsou atomizovány – ženám jen zřídka nabízí podporu v mateřství širší rodinné zázemí. Ve značné míře podléháme sugestivnímu vlivu sociálního okolí – rodiny, přátel, médií, jenž líčí porod jako nebezpečnou událost, krutou zkušenost s hrozcími tragickými následky, kterého je na místě se obávat. Najít v takové situaci v sobě jistotu, čelit strachu a úzkosti není jednoduché, aniž si to často uvědomujeme, k porodu přicházíme v obavách a stresu.

Optimální průběh porodu ale vyžaduje schopnost být v kontaktu s pocity vlastního těla, naladit se na ně, vnímat je bez hodnocení, omezování či předsudků, umožnit jim tedy volný průběh a dovolit přirozeným hormonálním procesům, aby mohly porod řídit. Klíčovou dovedností budoucí maminky je tak opak toho, co v nás společnost a kultura od mala vyvolává. Namísto stresu a napětí potřebujeme schopnost psychofyzického uvolnění.

Vliv psychiky na přirozené fyziologické pochody řídící porod je tak významný, že zkušené porodní asistentky přitakávají tvrzení autorky knihy *Birthing Normally* Gayle Petersonové, která tvrdí, že ženy rodí tak, jak žijí. Často neuvědomované emoční vzorce jsou v nás natolik otištěny, že se v tak náročné životní situaci, jakou porod je, nemohou neuplatnit. Výzkumy publikované v knize americké gynekoložky Christiane Northrupové *Zdravá žena, od prvního početí po stáří* ukázaly, že např. strach, úzkost, nedostatek podpory ze strany partnera, nedostatek sebevědomí matky, negativní představy spjaté s porodem a nedostatek opory ze strany přátel a rodiny mají často za následek komplikace, vyžadující intervenci porodníka – počínaje indukci porodu, posílení stahů infuzí oxytocinu až po císařský řez. A naopak: autor výzkumu dr. Mehl používal jako prevenci předčasných porodů hypnoterapii a ukázalo se, že došlo ke snížení obav a úzkostí a potažmo klesl i počet komplikovaných případů.



## PODPŮRNÉ TĚHOTENSKÉ SKUPINY

Jsou určeny všem budoucím maminkám bez ohledu na délku těhotenství. Jejich smyslem je vytvořit v bezpečí skupiny prostor pro setkávání, sdílení, povídání o všem, co považujeme za užitečné pro sebezpoznání. Mluvit můžeme o našich radostech a nadějích, ale také o starostech, trápení, strachu a úzkosti z toho, co přijde.

Každá skupina bude trochu jiná, vždy bude záležet na představě a očekávání maminek, ale zároveň bude mít každé setkání podobnou strukturu, opakující se pevné části programu:

- **skupinové setkání:** povídání, sdílení, formování volitelného programu dle vlastního zájmu (50 - 60 min.)
- **lehké cvičení:** energetická cvičení čchi-kung, protahovací Mako-ho cvičení na protažení meridiánů nebo taneční terapie – výrazový tanec (20 – 30 min.)
- **nácvik relaxace, imaginace a hypnoterapie** – rozmanité techniky uvolnění svalového a mentálního napětí (20 – 30 min.)
- **volitelný program:** vytvoří si skupina podle vlastních potřeb (45 - 60 min.)
- **závěrečná skupina:** uzavření, zpětná vazba, reflexe programu a sebereflexe, potřeby, změny na příště (20 min.)

**Volitelný program** si mohou ženy volit z následujících témat:

- Grafologie/psychologie písma jako expedice do nitra
- Psychologie jako cesta sebeobjevování:
  - Na člověka zaměřený přístup Carla Rogerse
  - Psychologie bytí Abrahama Maslowa
  - Hlubinně-analytická psychologie C.G. Junga
  - Základní formy strachu dle Riemanna
  - Bioenergetika
  - Práce se sny
  - Arteterapie
  - Emoční inteligence

- Primární terapie A. Janova – prenatální psychologie, psychologie porodu
- Hypnoterapie
- Komunikace - cesta k druhým
  - Komunikační typy V. Satirové
  - Komunikace dle von Thuna
  - Řešení konfliktů dohodou, Jak přistupuji ke konfliktům
- Těhotenství, porodu a šestinedělí pohledem Porodu bez násilí – F. Leboyera a M. Odenta

## INDIVIDUÁLNÍ PŘEDPORODNÍ PÉČE A PSYCHOTERAPIE

Je určena všem maminkám, kterým skupinová práce nevyhovuje, ocení spíše soukromí párového vztahu terapeutka – klientka a zároveň touží po sebepoznání. Náplň individuálního sezení si maminka opět může volit – podobně jako je to ve skupinové přípravě.

V rámci individuální práce je tedy možné pracovat rozmanitými způsoby a to zejména:

- **psychoterapie** zaměřená na klienta C. Rogerse; je určená nejen pro nastávající maminky, ale i pro ženy, které prožily traumatický porod a hledají cestu, jak bolestné zážitky nechat v sobě zahojit
- **terapie písmem** – v rámci terapeutických sezení pracujeme s písmem klientky tak, aby přineslo nejen informace (tedy grafologický rozbor – psychologický portrét pisatelky), ale i hlubší kontakt s vlastním prožíváním (symbolicko – imaginativní přístup k písmu); terapeutická diagnostika napomáhá k sebeporozumění, k mapování oblastí stresu (napětí či naopak útlumu energie)
- **arteterapie** – sebevyjádření výtvarnými prostředky, prožitková práce s malbou – pomáhá v navazování kontaktu s neznámými krajinami naší duše

- **práce se sny** – s vlastními sny je možné pracovat také individuálně; v terapii otevíráme prostor, v němž se původně nesmyslný, zúzkostňující, znechucující či ohrožující obraz promění ve smysluplný prožitek
- **nácvik relaxace a řízená imaginace** – jsme-li jako nastávající maminky v trvalém napětí, pak se tento převažující pocit přenáší i na dítě, umění hlubokého uvolnění je tedy základ předporodní přípravy
- **shiatsu pro těhotné** – ošetření formou jemné tlakové masáže založené na principech tradiční orientální medicíny, shiatsu pracuje nejen se svaly, ale smyslem je vyvážit tok životní energie v meridiánech pro zlepšení celkové energetické bilance organismu, shiatsu je rovněž hluboká forma relaxace, ale práce zahrnuje také mírné protahování svalů a šlach, rovněž mobilizaci kloubů, které napomáhají větší pružnosti a mobilitě u porodu, ošetření trvá 90 min.

## Příloha B

# FOCUSING

Eugen Gendlin (1926–2017), žák a později kolega C. Rogerse, se ve výzkumech zajímal o otázku, co je podstatou terapie a proč se někteří klienti, navzdory dlouhodobé terapii, necítí lépe. Hledal odpovědi na otázky, co se mezi klientem a terapeutem děje v případech, kdy se terapie daří a proč se to neděje častěji. Byl účastníkem výzkumného týmu, který analyzoval tisíce magnetofonových záznamů sezení a objevil několik překvapivých zjištění. Klient, jenž vykazuje díky terapii skutečné změny (měřitelné psychologickými testy, ale také patrné v jeho životě), se v terapeutických nahrávkách projevuje specifickým způsobem. Hovoří a potažmo prožívá odlišným způsobem než klienti, kteří z terapie nemají takový prospěch. V nitru klienta vykazujícího v terapii pokrok se odehrává proces, jenž Gendlin pojmenoval *focusing* (focus = ohnisko pozornosti, také zaostřovat). Vnímá jej jako dovednost, kterou se může naučit každý a svou knihu *Focusing – tělesné prožívání jako terapeutický zdroj* psal v tomto smyslu tak, aby sloužila jako didaktický nástroj: jednoduše a bez složitých odborných termínů.

Dalším velmi nečekaným poznatkem vyplývajícím z výzkumů bylo to, že klienti, kteří díky terapii prošli zásadní změnou, se dali najít podle prvních dvou sezení. Pro predikci úspěšnosti terapie tedy stačilo analyzovat první dvě sezení. *Pokud ... (klienti) neumí hned od začátku přistupovat ke svému nitru zcela určitým způsobem, nedosáhnou větších změn bez ohledu na to, co budou dělat jejich terapeuti, ani jak vážně či jak dlouho se o to pokoušejí* (Gendlin, 2003, s. 17).

Klienti, kteří měli tuto dovednost v určité míře už v okamžiku, kdy do terapie vstupovali, se v ní pak v jejím dalším průběhu zdokonalovali. Ti druzí, kteří v terapii neuspěli, ji neměli vůbec a psychoterapie jako taková je nenaučila ji využívat, poněvadž většina terapeutů si tohoto *zásadního vnitřního přístupu* nebyla vědoma. Na základě zjištění z výzkumů Gendlin sestavil specifické pokyny, které vedou klienta způsobem analogickým tomu, co se odehrávalo v nitru úspěšných klientů. Se svým týmem je zkoušel s velkým počtem osob, výsledky analyzoval a podle nich pokyny upravoval a zkoušel znovu; ověřil, že postup se lze efektivně naučit.

Vyvinul tak techniku, jejímž svépomocným použitím se klient může stát nezávislým na pomoci terapeuta. A pokud už klient v terapii je, získává díky ní přesný nástroj, jak poznat, zda se v ní mění. Skutečnou změnu totiž provází zřetelný fyzický pocit – *tělesný posun. ... proces skutečné změny je příjemný. Efektivní práce na vlastním problému není sebetrýzněním. Proces změny, který jsme objevili, je pro tělo přirozený a cítíme jej jako úlevu a oživen.* (Gendlin, 2003, s. 19). Objev skutečnosti, že je ve fyzickém těle zakotven druh tzv. tělesného uvědomování, byl pro Gendlina klíčem ke změnám v životě klientů, který jim může pomoci dosahovat nejrůznějších osobních cílů.

Gendlin velmi oceňoval fakt, že se po kratším či delším zácviku tuto techniku může naučit každý, má-li trpělivost k vnitřnímu naslouchání a hledání. Také to, že je nezávislá na vztahu terapeut – pacient, a může se tak šířit velmi volně mezi lidmi, v nejrůznějších prostředích: komunitních centrech, církevních organizacích, školách a pod., že je to konkrétní návod, jak si lidé mohou vzájemně pomáhat. *Výbavu, kterou ... (k vnitřnímu procesu) potřebujete, má v sobě každá lidská bytost, ale většina lidí tento přístup nepoužívá* (Gendlin, 2003 s. 20).

Aby Gendlin dokázal do té doby neznámý proces vysvětlit, musel najít novou vhodnou terminologii. Jedním z ústředních pojmů je tzv. „*pociťovaný smysl*“ (felt sense): druh tělesného uvědomění, ke kterému většinou člověk nemá hned přístup, musí se v něm postupně zformovat. Jakmile se tak stane, bývá nejprve nejasný, mlhavý a je třeba se naučit, jak jej „zaostřit“, dostat do ohniska své pozornosti a nechat jej vynořit. Také je třeba se naučit, jak si jej uvědomit, teprve poté je možné je změnit. *Pociťovaný smysl je tělesným pociťováním určitého problému nebo určité situace* (Gendlin, 2003, s. 21).

Nejde tedy jen o emoci, kterou by bylo možné rozpoznat. Pociťovaný smysl je nejprve neurčitý, nedefinovatelný, temný, jeho smysl je třeba teprve odhalit – pomocí tělesně zakotveného prožívání. Díky fokusování se klient může dostat do kontaktu s rozmanitými emocemi, které z procesu vzejdou, ale pociťovaný smysl nejsou jen emoce. Gendlin jej popisuje jako *celkový smysl emoční situace člověka*, také jako „*celkový pocit z mnoha věcí, které jsou zdrojem jeho emocí*“ (Gendlin, 2003, s. 102).

Nejedná se ale ani o intelektuální abstraktní duševní činnost (myšlenky, slova), ale o složitý celostní proces, jenž pramení a je úzce svázán s tělem, které jako by

„odpovídalo“ na naše problémy a má v sobě potenciál změny. Teprve díky focusingu je možné pocity proměnit – pohnout s nimi, přesunout je a rozpustit. Při efektivním fokusování pak nastává *pocitovaný posun* (felt shift) - tělesně pocíťovaná změna v prožívání - pocit, jako by se v nitru něco měnilo a zároveň úlevně uvolnilo. Tělesně prožívaná změna je důležitou součástí změny psychické, např. toho, že klient problém nebo situaci vidí jinak. *Jakmile s ... (pocíťovaným smyslem) navážete kontakt, změní se. Když se váš pocíťovaný smysl situace změní, změníte se i vy, a proto se změní i váš život* (Gendlin, 2003, s. 41).

Pocíťovaný smysl vyvstává z hlubinné úrovně prožívání, nevstupuje do vědomí pomocí slov, a tudíž je obtížné popsat jej výhradně slovy. Při jeho zachycování klient často hledá vhodná přirovnání („je to něco jako...“), analogie, obrazy, prožité zážitky. Emoce, často složitě vrstvené a propletené jsou součástí pocíťovaného smyslu, ale nikoliv jedinou. Jednotlivé emoce, které je možné opatřit „nálepkou“ a popsat slovy jako např. „zlost“, „strach“, „láska“ jsou příliš ostře a jasně prožívané. Naproti tomu pocíťovaný smysl je na počátku, kdy s ním klient naváže kontakt, nejasný, rozmazaný a nepřístupný jednoznačnému slovnímu popisu, často se „ztrácí“, trvá určitý čas, než se „probarví“ či „vykrystalizuje“ (Gendlin, 2003).

Gendlin říká, že není možné plně slovy popsat, co je pocíťovaný smysl a pocíťovaný posun, a tak ilustruje proces focusingu na podrobných a výstižně komentovaných kazuistikách několika klientů. Uvádí i překážky, které mohou účinnému focusování bránit: bagatelizace problému, analyzování, odhodlání nepoddat se situaci, domlouvání, utápění se v pocitech. Všechny tyto způsoby, kterými se klienti snaží vypořádat se svými problémy, pokládá za neúčinné, poněvadž nepřinášejí kýženou změnu – situace se v nich nemění.

Samotný proces focusingu dělí na šest základních kroků. Ty se s postupující praxí propojují do plynulého sledu specifického zacházení s pocity. Z didaktických důvodů je však užitečné je popisovat odděleně.

### **1. Vyčištění vnitřního prostoru**

Úvodní fáze vyžaduje od klienta schopnost obrátit pozornost do sebe a ztišit se. Jde v ní o zklidnění, uvolnění od vypětí, shonu a neklidu běžného dne. Pozornost je možné soustředit např. na břicho, hrud', obecně na jakoukoliv část těla, která se „ozve“ nějakým pocitem. Klient si může klást otázky: *Jak se*

*cítím?, Proč se právě teď necítím výborně?, Co mě právě dnes trápí?, Jaký je můj život?, Co je teď pro mě nejdůležitější?* S odpovědí není nutné nijak spěchat, naopak: odpověď by se měla vynořovat postupně a pomalu. Pokud se objeví, klient ji zaregistruje, ale zároveň si nechává otevřenou možnost pro jiné odezvy těla, kterých bývá většinou více.

## **2. Uvědomění pocíťovaného smyslu**

Ze všech reakcí, jež vypluly na povrch, klient vybere jeden osobní problém. Může se ptát sám sebe: *Která situace je ze všech nejhorší, nejbolavější, nejúpornější, ...?* Nesnaží se nijak proniknout dovnitř, nic s ní „nedělá“, drží si od ní částečně odstup, nepopisuje ji slovy, zajímá ho jen, co situace „dělá“ s jeho tělem. Ptá se: *Jak celou tu věc pocíťuji?*, procíťuje ji jako celek, jako pocit z toho všeho - tedy „hledá prožíváním“ smysl všeho, co představuje. Je to fáze odmlčení se, zastavení obvyklého vnitřního monologu, kázání sama sobě, analýz, záplavy sebelítosti. Teprve pod těmito běžnými pokusy o zpracování problému, je možné nalézt holistický, nejasný smysl celé věci - pocíťovaný smysl.

## **3. Nalezení „rukověti“ – mentálního popisu pocíťovaného smyslu**

Klient hledá, co by mohl zatím nejasný pocíťovaný smysl znamenat. Snaží se nechat vynořit nějaké slovo, větu, obraz. Stále zůstává u pocitu a tak pozná, jaké slovo, věta či obraz se k němu hodí. Hledá přívlastek, charakteristiku, vlastnost, krátkou skupinu slov, lapidární heslo, představu, kterými by zachytil jádro problému a zvláštní kvalitu, jež z něj vychází. Hledá tedy mentální „rukověť“, pomocí které by mohl pocíťovaný smysl zachytit a podržet ve vědomí. V této fázi je důležité nevnucovat pocíťovanému smyslu žádnou charakteristiku, ale zkusmo hledat, jaké slovo či obraz přinesou pocíťovaný posun – tedy fyzickou reakci jemné úlevy, že rukověť je správná, že pocíťovaný smysl a jeho popis do sebe zapadly. Ta bývá doprovázena pocitem „rozvzpomínání“ na něco, co v hloubi duše a těla klient ví.

## **4. Rezonování**

Klient se střídavě vrací k pocíťovanému smyslu a jeho „rukověti“, ověřuje si tak, nakolik spolu ladí, hodí se k sobě. Může zaznamenat nepatrný signál těla, který potvrdí, že je „rukověť“ výstižná. Může se také stát, že klient zjistí, že slova či obrazy nevystihují pocíťovaný smysl dostatečně výstižně. Pak nechá vyvstat novou „rukověť“. Podobně se může proměnit i pocíťovaný

význam, všechny změny jsou možné. V této fázi je důležité nechat všem procesům volný prostor, nechat pocit i slova, ať si dělají, co chtějí. Podstatné je, že mezi nimi nastala dokonalá shoda potvrzená tělesným uvolněním.

## 5. Dotazování

Pokud se během předcházejících dvou fází dostavil hluboký pocit úlevy a velký posun, přechází klient k šestému kroku. Častěji se ale dostaví malý posun a pak se klient přesouvá k otázkám: *Čím to je, že je ten problém takový?, Jaký to dává smysl, že to tak cítím?, případně Co je na tom nejhorší? nebo Co ten pocíťovaný smysl potřebuje?* Hledá tedy odpověď na otázku významu, jaký pro něj celá situace má. Pokud se objeví rychlá odpověď, která nepřináší pocíťovaný posun, je třeba ji odložit jako intelektuální nikoliv celostní odpověď. Klient pak znovu obrací pozornost k tělesným pocitům, hledá nový pocíťovaný smysl a ptá se znovu, dokud se neobjeví vnitřní posun.

## 6. Přijetí

Klient se učí vlídně a ochotně přijímat vše, co se během procesu objeví. U svého zjištění zůstává, poněvadž mohou následovat další a další posuny. Pokud se fyzický posun neobjevil, není třeba se zneklidňovat, poněvadž posun přichází spontánně sám od sebe, není to otázka vědomého řízení; pokračovat lze kdykoli později. *Focusing není práce. Je to přátelská chvíle strávená uvnitř vašeho těla* (Gendlin, 2003, s. 67).

Efektivní focusing tedy přináší hluboký prožitek změny, který může být následován dalšími posuny v prožívání a tedy i dalšími změnami. Jeho výsledkem může být i obraz, ve kterém je obsažen pocit dalšího životního směřování. Jakkoliv se tato prvotní představa zdá být nerealizovatelná či destruuující dosavadní životní styl, je důležité uchovat ji jako pocit určení správného směru. Další focusing může přinést jiné změny, další zpřesnění, rozmanité významy, jež dávají prožívání hlubší smysl, klient začíná sám sobě více rozumět, svým potřebám a prožitkům. Vede klienta k tomu, aby dokázal plně prožívat své pocity a emoce a zároveň se jimi nenechával zaplavit, pohltit, přemoci, aby si tedy od nich dokázal udržet i určitý odstup. *Nejste uvnitř, ale vedle toho. Ten prostor, kde můžete být trochu stranou, se vytvoří během několika chvil, kdy se vaše tělo uvolní. ... [...] ... Nadechnete se. Cítíte, že mezi tím pocitem a vámi je prostor. Vy jste tady a on je zase tam. Máte to, ale nejste to vy sám* (Gendlin, 2003, s. 68).



Dalšími částmi Gendlinovy knihy je i kapitola s instrukcemi pro průvodce focusingu, tedy ty, kteří druhým při fokusování pomáhají. Píše také o focusingu ve skupinách, o dopadech na mezilidské vztahy, o zapojení do širšího filosofického rámce. V závěru uvádí přehled výzkumů, které se focusingu týkaly. Zkoumá se ve vztahu k praktickým záležitostem jako je např. obchod či řešení pracovních problémů, také v oblasti tvořivosti a snů, ale i jak se dotýká meditace a spirituální oblasti. Vztahuje se nejen k osobním problémům zdravých lidí, ale i hraničních osobností, schizofreniků i retardovaných jedinců. Focusing pomáhá učitelům, ale i dětem s problémy v učení. Zjistilo se, že focusing je jedním z faktorů, které predikují dlouhověkost. Zkoumá se jeho vliv na léčení; mozkové vlny při dosažení tělesného posunu vykazují specifický vzorec odlišný od běžné EEG aktivity (Gendlin, 2003).

Focusing uvádíme jako příklad efektivní metody, kterou mohou využívat i orodní asistentky. Je totiž relativně časově nenáročná: na rozdíl od běžných psychoterapeutických výcviků vyžadujících většinou 5 let studia, přináší motivovaným zájemcům o sebeporozumění první výsledky již po několika denním zácviku.

## **Příloha C**

# **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Využití psychoterapie v předporodní přípravě těhotných v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

Podpis

V Praze dne 3. 4. 2018