

Gilbert, M., & Orlans, V. (2010). *Integrative therapy: 100 key points and techniques*. Routledge.

## **1. část: Odůvodnění integračního přístupu v psychoterapii**

### **1. Současný profesionální kontext**

Zastáváme názor, že úspěšné vedení psychoterapie překračuje jakékoli zjednodušující použití souboru kompetencí. Naším zájmem je formulování „**cross-modality**“ zaměření (ve smyslu napříč terapeutickými přístupy) založeného **na reflexivním přístupu** k terapeutické práci a podpoře formy psychoterapie, která bude vždy kontextově dána **osobou terapeuta, osobou klienta a širším sociálním rámcem**, ve kterém jsou problémy prezentovány. Zdůrazňujeme také procesní povahu této aktivity a snažíme se formulovat, jak probíhá v praxi.

V těchto měnících se politických a společenských dobách pozorujeme **posun směrem k integrovanějšímu postoji** v různých „školách“ psychoterapie. Zdá se, že se stále více uznává, že **lidské bytosti jsou složité s víceúrovňovými aspekty svých zkušeností a sociálních interakcí**. Je zde také uznání vztahových potřeb jednotlivce a omezení psychologie jedné osoby při pochopení psychologických obtíží, jakož i uznání různých způsobů, o kterých bychom mohli přemýšlet a řešit je, když se ocitneme v nesnázích (např. Greenberg a Mitchell, 1983; Yelland a Midence, 2007; Willock, 2007).

Klíčové osobnosti, jako je Seligman, zahájily uvažovanou **kritiku redukcionismu** a usilují **o širší a fenomenologicky založený přístup k psychoterapii** (Seligman, 1995). Podíváme-li se na historii psychoterapie, vidíme, že **zájem o integraci je po dlouhou dobu živý a zdravý, a to již od Freuda** a jeho současníků. Například **Ferenczi** v článku napsaném **v roce 1933** poukazuje na omezení školství v přehledu klinických přístupů v psychoanalýze k časnému relačnímu traumatu. Zdůrazňuje **potřebu revidovat techniku a převzít vedení od pacienta**. Odkazuje na „pacienty, kteří mě naučili, že jsme ochotni přísněji dodržovat určité teoretické konstrukce a ponechat na jedné straně nepovšimnutá fakta, která by upoutala naši spokojenost a autoritu“ (Ferenczi, 1994: 160). Zde můžeme vidět i další příklady: **Ellis a Beck**, kteří byli původními zakladateli hnutí **kognitivně behaviorální terapie**, měli **zázemí v psychoanalýze**, stejně jako **Perls**, který vyvinul **gestalt psychoterapii v rámci humanistické tradice** (Orlans a Van Scoyoc, 2009).

### **2. Filozofie, hodnoty a etika podporující integrující rámec pro praxi**

Integrativní psychoterapie má své **kořeny v řadě tradic, které se spojily v devatenáctém a dvacátém století**, ale které jsou založeny na mnohem dřívějších filozofických myšlenkách. V tomto hnutí vidíme **počátky humanistické výzvy k pozitivistické psychologii**, výzvy, která byla **podpořena filozofickým vývojem** prostřednictvím Kanta, Hegela a autorů devatenáctého století v rámci **fenomenologických a existencialistických tradic**.

Pro pozdější myšlení a praxi v oblasti psychoterapie měla zvláštní význam **představa spoluvytváření mezi pozorovatelem a pozorovaným**, myšlenka, která leží v samém středu fenomenologické pozice a která tvoří **základ našeho integračního postoje k tvoření všech vztahů**; a neoddělitelnou povahu figury a pole.

Integrativní psychoterapie, jako cesta odborné přípravy v rámci humanistické tradice, vychází ze základního východiska z filozofické pozice, že **nemůže existovat žádná pravda**. Brát tento výchozí bod vážně vyžaduje rozvoj schopnosti **pracovat na meta-úrovni**, prosadit zájem o **zachování nejednoznačností a různých výchozích bodů**, být ochoten a schopen formulovat **základní filozofické výchozí body různých terapeutických konceptualizací** a zavázat se najít **transparentní cestu**, která by vytvořila **ucelenou formu sama o sobě**.

To, co zdůrazňujeme, je **trvalá potřeba klinického úsudku a interakce terapeut / klient při porozumění a zvládnutí prezentujících problémů**, které terapeut potřebuje pro práci z koherentně organizované, reflexivní, filozofické a teoretické pozice v rámci terapeutického vztahu. Toto stanovisko zahrnuje **závazek ke spolupráci s klientem na potřebách klienta, možnostech léčby a dohodě na výsledcích, jakož i důkladnou analýzu terapeutovy vlastní vědomé a nevědomé pozice**. Takový pohled na terapeutické úsilí vyžaduje **neustálou kritickou analýzu, pečlivé srovnání nově vznikajících myšlenek a teorií a překlad tohoto procesu do soudržného souboru klinických dovedností a souvisejícího procesu**. Taková meta-perspektiva zajišťuje **neustálé hodnocení nově vznikajících teorií a postupů**, stejně jako **průběžné kritické hodnocení výsledků výzkumu**, které hovoří o potenciální **vhodnosti a dokonalosti** poskytování služeb.

### **3. Kritika integrace**

#### **Klíčová témata:**

1. Na integraci lze pohlížet jako na **povrchní a sbírající / chodící po povrchu bez dosažení hloubky konceptualizace nebo hloubky léčení** v důsledku jeho povrchnosti.
2. Integrace se snaží být „**vším pro všechny**“ a pro nikoho není skutečně efektivní, protože nemá dostatečnou diagnostickou kapacitu.
3. Integrace je **grandiózní** ve svých tvrzeních, že může **pomoci komukoli s jakýmkoli problémem**; jinými slovy, že má **dosah na každého, kdo má potíže**.
4. Integrujícím **psychoterapeutům chybí hluboké znalosti o procesu psychoterapie, které vycházejí z ponoření do přístupu „čisté formy“**; riskují, že se **ztratí v příliš mnoha možnostech a nebudou mít jasnost vyplývající z jednoho zaměření**.

Je důležité, aby **vzdělávání bylo důkladné a pokrývalo koncepty do hloubky**, stejně jako poskytovalo pevné základy v aplikaci techniky a prostoru pro zvážení napětí a konfliktů mezi různými přístupy. Především je důležité, aby všichni terapeuti, i **integrativní terapeuti, věděli, jaké jsou limity jejich kompetencí v každé vývojové fázi, a aby nedělali tvrzení, která jsou nereálná a grandiózní**. Víme, že na školení, kde se integraci učí od samého začátku, musí studenti čelit výzvě, že **nebude existovat „pravdivá“ nebo „pevná“ odpověď na otázky nebo způsoby, jak intervenovat u klientů**. Jsou vyzváni, aby od začátku **konceptualizovali na meta-úrovni a hodnotili různé možnosti intervence**, protože **neexistuje žádný „daný“ způsob intervence a neexistuje žádný manuál**, na který by se mohli obrátit. Jedná se o náročný proces, který vyžaduje vývoj sofistikovaného reflexního fungování.

V literatuře o integraci jsou uvedeny dvě oblasti výzev, které chceme podpořit (Eubanks-Carter et al., 2005). Věříme, že je třeba věnovat větší pozornost **společným faktorům a principům postupu změn v praxi, teorii a výzkumu**. Vidíme také, že je třeba překlenout propast mezi praxí a výzkumem, aby byl výzkum praktičtější, lékařům užitečnější. Chtěli bychom však také zdůraznit **rozdávající se reflexivní já účastníka a účinky postupného rozvoje reflexního fungování terapeuta**, které přináší nastavení tréninku, účinky zapojení do terapeutické práce

s klienty s podporou kompetentních supervizorů a **vývoj citlivosti a vhledu**, který přinesly významné zkušenosti s osobní psychoterapií.

#### **4. Kompetence pro integrativní psychoterapii**

Psychoterapeut by měl mít dobré základy v klíčových koncepcích v psychoterapeutické oblasti. Důležité je také rozvíjení zkušeností získaných při kontaktu s klientem, úvahy, které z toho vyplývají, a vazby s osobními psychoterapeutickými zkušenostmi a úvahami v supervizi. Níže zdůrazňujeme řadu klíčových kompetencí, které by integrační psychoterapeut měl mít, a které by tvořily užitečný základ pro myšlení a praxi:

- schopnost provádět **odpovídající psychologické úsudky** založené na dobrých **mezilidských schopnostech a self-managementu**, **široké povědomí o duševním zdraví** a pochopení pojmu „povinnost k péči“ (*duty of care*)
- schopnost udržovat vhodné **hranice a limity důvěry**
- schopnost iniciovat, rozvíjet a udržovat účinné **terapeutické spojenectví**
- porozumění **psychopatologickým a diagnostickým systémům**
- jasná **konceptualizace léčebného plánu, cílů a příslušných procesů změn** v kontextu **vývoje života** a souvisejících teorií
- schopnost **uzavřít smlouvu** s klientem o terapeutických **cílech, činnostech a výsledcích**
- pochopení **dynamiky vztahů na více úrovních**
- demonstrace **znalostí teorií vývoje**
- schopnost soudržným způsobem **integrovat teorie a kompetence z více než jedné tradice do psychologických terapií** a **ocenit multidisciplinární perspektivy**
- schopnost **věnovat se explicitní a implicitní komunikaci** a schopnost s nimi pracovat
- porozumění způsobům, kterými lze **kreativitu a umění využít v terapeutickém procesu**, buď způsobem práce s tělem, nebo pomocí jazyka a metafory
- **citlivost na vyladění / nesprávné vyladění** a schopnost s nimi pracovat
- schopnost **pracovat s porozuměním sebe sama** v mnoha aspektech
- porozumění **společně vytvořené povaze terapeutického vztahu**
- **efektivní a kreativní využití sebe sama** jakožto terapeuta
- schopnost **reagovat na složité požadavky podle potřeby**
- schopnost **věnovat se podle potřeby psychosociálním, kulturním a kontextovým faktorům** a nediskriminačním způsobem pracovat s otázkami rozdílu a související dynamiky moci
- schopnost **pracovat na pochopení sebe sama u klienta a zvýšení povědomí klienta o možnostech změny**
- schopnost **uvažovat o vhodnosti intervencí v souladu s fází léčby, klinickým obsahem a zpětnou vazbou od klientů**
- zapojení do **hodnocení rizik** a věnování pozornosti **bezpečnosti** podle potřeby
- schopnost věnovat se **etickým a profesionálním problémům** - a schopnost s nimi pracovat
- využívání vhodných **profesionálních doplňků** pro neustálý rozvoj myšlení a praxe

- schopnost sledovat a hodnotit terapeutickou praxi s ohledem na **hodnocení kvality a zlepšení poskytování služeb**
- schopnost **uzavírat / ukončovat terapeutický proces.**

## **5. Rámec pro integrativní psychoterapii**

V centru našeho přístupu je klíčový důraz na kvalitu léčebného účinku **dobrého terapeutického vztahu**. Po mnoho let jsme vyvíjeli **rámec pro integraci založený na vztahové perspektivě**. Tento rámec se snaží pochopit **vztah sebe sama k sobě (intrapsychická a tělesná perspektiva), já s ostatními na explicitní i implicitní úrovni (mezilidský / intersubjektivní rámec), vztah sebe sama v rámci kontextu, historického až po současnost (psychosociální, kulturní a politická scéna) a já jako duchovní entita (transpersonální dimenze)**. Naše kontextuální konceptualizace zahrnuje i **nemožnost vyloučit kontext z jakékoli analýzy** (např. Bayer a Shotter, 1998).

Souhrnně integrativní psychoterapii zaměřuje pozornost na **empatické naladění, uznání spoluvytvářející povahy vztahu, porozumění implicitní vztahové výměně a význam kontextualizace lidských interakcí**.

Takový pohled na terapeutické úsilí vyžaduje neustálou kritickou analýzu, pečlivé srovnání nově vznikajících myšlenek a teorií a překlad tohoto procesu do soudržného souboru klinických dovedností.

Praxe integrativní psychoterapie zahrnuje uvážené a úmyslné použití **etického vztahu založeného na terapeutické alianci** ve službě cílům klienta. To platí, ať už je „klientem“ jednotlivec nebo organizace. Kládeme zvláštní důraz na **sebereflexivní praxi, sebepochopení, mezilidskou zkušenost a citlivost na naladění, nesprávné ladění a úpravu při udržování efektivní terapeutické aliance**. Společným vytvářením a udržováním jasně formulované a bezpečné pracovní aliance je odborníkům i klientům **umožněno soustředit se na komplexní intrapsychické, interpersonální a kontextové problémy**, v jejichž rámci jejich práce probíhá. Stojí za to také uvést, že **nepodporujeme eklektický přístup „trochu z toho a trochu z toho“** ke klinické práci a související formulaci. Naše filozofie se snaží zdůraznit **fenomenologicky založenou reflexivitu a integritu** jak v klinické práci, tak ve výzkumu.

## **2. část: Přehled literatury o integraci**

### **6. Historie integrace**

Rozvoj **tří hlavních myšlenkových směrů v psychologii**, nejprve v relativní izolaci a v **opozici** vůči sobě navzájem, a poté s postupným budováním mostů přes tyto tradice, označuje **počátky integračního hnutí**. Hledání integrace vychází částečně z vnímaných nedostatků ve třech hlavních školách nebo tradic v psychoterapii:

- **Psychoanalýza** byla kritizována za to, co někteří vnímají jako **nadměrnou délku léčby** a za to, že se **nezaměřuje na konkrétní změny chování**.
- **Behaviorální terapie** byla obviněna z **dosažení vyřešení příznaků**, aniž by se zabývala **hlubšími základními strukturálními osobnostními problémy**. To může často vyústit v to, co bylo nazváno „**substituce symptomů**“, protože osoba nahrazuje jeden symptom druhým, takže základní konflikt zůstává nedotčený.

- **Humanistické terapie** s důrazem na **růstový potenciál, optimální fungování a seberealizaci** byly obviněny z toho, že jsou přehnaně **optimistické** a **bagatelizují** existenční realitu lidské existence a **potenciál zla v lidských bytostech**.

Frenchův dokument (French 1933) označil důležitý historický okamžik pro integracionisty při vyzvihnutí myšlenky, že se možná **díváme na podobné procesy z různých úhlů pohledu**. V roce **1936** se pak **Rozenweig** zaměřil na **tři společné faktory napříč směry**, které **usnadňují změnu** bez ohledu na terapeutický směr: **osobnost terapeuta** při uskutečňování změny; **interpretace**, které klientům nabízejí alternativní pohled na situaci; a tato **změna**, která i když nastane v jedné oblasti, může mít vedlejší účinky v jiné – různé směry se mohou zaměřit na různé oblasti a stále umožňovat změnu.

**Dollard a Miller** (1950) a kniha **Osobnost a psychoterapie**, ve které se tito autoři pokoušejí vybudovat **most mezi psychoanalýzou a behaviorismem**, představují další **milník v integračním hnutí**. V zásadě lze jejich úsilí o integraci považovat za pokus **smířit kontrastní způsoby pohledu na určité psychologické procesy, jako je regrese, úzkost a represe**, a dosáhnout tak komplementárního **modelu základních procesů**.

Po těchto počátečních snahách následovaly v 60. a 70. letech další snahy o zkoumání společných rysů napříč terapiemi, jako například **Frank a Frank** (1961), kteří uvedli **společné léčivé faktory v terapii** jako **očekávání klienta a naději**, že mu bude poskytnuta pomoc, a tendence v psychoterapii **napravovat mylné představy**, které lidé mají o sobě a o ostatních. Postupně se přívrženci různých škol psychoterapie otevřeli dalším přístupům, jejichž příkladem je **Wachtelův** (1977) názor, že **psychoanalýza a behaviorální terapie se mohou v zájmu klienta navzájem doplňovat**.

**Roth a Fonagy** (2005) ve svém kritickém přehledu výzkumu výsledků psychoterapie prohlašují: „Nakonec bude **nutné integrovat teoretické orientace, protože se jedná o přibližné modely stejného fenoménu: myslí v tísní**“ (s. 14).

Současný výzkum vývoje dítěte a neurobiologie poskytuje silné důkazy poukazující na ústřední postavení **základních vztahových faktorů**, které jsou **základem procesu změn v psychoterapii a každodenním životě**. **Schore** (2003b) navrhuje „**model regulace interaktivního ovlivňování pravé hemisféry mozku jako základního procesu psychologického vývoje i psychoterapeutické léčby**“ (Schore, 2003b: 279). Tento model podporuje **integrační přístup**, protože nemusí nutně záviset na konkrétní orientaci na psychoterapii.

## 7. Definice integrace

- **První definice** odkazuje na **holistický pohled** na osobu, pohled, který **vidí osobu jako integrovaný celek: afektivně, kognitivně, behaviorálně, fyzicky a duchovně** (Lapworth et al., 2001). Takový holistický pohled se také může zaměřit na **rozvíjející se já jako centrální integrační princip s vypracováním různých dimenzí sebe sama** (Stern, 2003; Evans a Gilbert, 2005). Integrace v tomto smyslu si klade za cíl **pomoci člověku vypořádat se s bloky vědomí**, ať už je to výsledek represí, disociace, nevědomé neformální zkušenosti nebo jiných vědomějších forem distancování se, aby se **člověk mohl stát „celkovým“ a převzít moc jeho života**.
- **Druhá definice** se týká **integrace na úrovni teorie, konceptů a technik a zahrnuje integraci z různých směrů v oboru**. Tato integrace je základním procesem ve vývoji integračního psychoterapeuta.

- **Třetí definice je integrace osobní a profesionální.** V průběhu studia a vývoje svých integračních technik čelí integrační terapeut osobním a profesionálním výzvám, které je třeba vyřešit, **aby se člověk cítil pohodlně s tím, kým je na světě.** V zásadě je jedním ze způsobů, jak o tomto procesu uvažovat, **neustálá výzva pro rozvíjejícího se psychoterapeuta integrovat nebo udržovat v povědomí polaritu „falešného já“ a „pravého já“** (Winnicott, 1950, Winnicott et al., 1989a), aby v osobě, která čelí klientovi, **nedošlo k „rozkladu sebe sama“.** Tato integrace vyžaduje, aby si osoba byla **vědoma svého vlastního stínu** (Jung, 1968).
- **Čtvrtá definice se týká integrace výzkumu a praxe.** Podporujeme u odborníků **„výzkumné myšlení“**, když si rozvíjejí svůj vlastní osobní styl. Jedná se o **obousměrný proces:** terapeut studuje současný výzkum a integruje tyto poznatky do svého rámce pro integraci a spojuje tyto nálezy se svou klinickou praxí; zároveň „pozoruje“ svou vlastní praxi, zejména pokud jde o ty faktory, které usnadňují proces změny, a tato pozorování přivádí zpět do svého modelu praxe a do svých vlastních výzkumných snah. **Tento zájem o vývoj a zdokonalování reflexní praxe je ústředním bodem naší filozofie.**

## **8. Teoretická integrace: meta-teoretické modely**

Teoretická integrace zahrnuje **kombinaci dvou nebo více modelů** psychoterapie **do nového a efektivnějšího modelu.** Cílem tzv. **meta-teoretických modelů** je poskytnout **teorii teorií, zastřešující model, který zahrnuje mnoho přístupů k psychoterapii.** Zde jsou některé z nich:

- **Wilberův model** (1996), který sleduje proces **psychospirituálního vývoje v průběhu životního cyklu;**
- **Clarksonův** (1990) **model pěti vztahů**, který spojuje tři hlavní tradice psychoterapie a poskytuje obsáhlý relační rámec;
- **sedmistupňový model navržený Clarksonem a Lapworthem** (1992), který zkoumá **sedm úrovní zkušeností** zaměřených na informování klinických možností v psychoterapii;
- **vývojový relační model Evanse a Gilberta** (2005), který zahrnuje přehled **různých dimenzí sebe sama v procesu.**

To, co odlišuje tyto meta-modely od eklektických přístupů, je jejich **aspirace na teoretickou soudržnost a rámec, který je dostatečně flexibilní, aby vyhovoval potřebám různých klientů a kontextů.**

## **9. Podpora integrace na základě výzkumů**

Více než 75 let probíhá výzkum účinnosti psychoterapie. První zjištění naznačovala, že psychoterapie je účinná a že **„společné faktory“ jsou v procesu změny důležitější než techniky nebo strategie** specifické pro jakoukoli orientaci. Již v roce **1936 Rosenzweig** hovořil o **„implicitních společných faktorech“** zahrnujících různé metody psychoterapie, které uvedl jako **osobnost terapeuta, poskytující klientům alternativní způsob pohledu na věc.**

V roce **1975 Luborsky a kol.** provedli **metaanalytickou studii** více než stovky výzkumných projektů, které byly provedeny v letech **1949 až 1974**, přičemž všechny měly za cíl ukázat, že jeden konkrétní přístup je při léčbě konkrétních stavů lepší než jiný. Po pečlivé analýze zjistili,

že **neexistuje žádný významný rozdíl mezi účinnostmi různých terapií pro konkrétní podmínky**. Došli k závěru, že „lze dosáhnout **verdiktu ptáka Dodo - každý vyhrál a všichni musí mít ceny**“ (Luborsky et al., 1975: 1003). **Smith a Glass (1977) potvrdili verdikt ptáka Dodo** v další metaanalytické studii, což naznačuje, že **všechny typy terapie, při kompetentním použití, lze považovat za stejně efektivní**.

I když se výzkumné metody ve studiích provedených v letech **1975 až 2000** staly mnohem propracovanějšími, o nichž si mnozí mysleli, že by poukazovaly na rozdílnou účinnost, zjištění stále **podporovala hypotézu společných faktorů**, která je základem velké integrace. Wampold (2001) poskytuje podporu pro **kontextuální model psychoterapie**, který je citlivý na množství faktorů, které ovlivňují proces na různých úrovních složitosti. **Stiles a kol. (2008) provedli srovnávací studii kognitivně behaviorálních, na člověka zaměřených a psychodynamických terapií** v primární péči ve Velké Británii, která prokázala **rovnocennost této léčby v rutinní praxi**.

V současné době je tato **výzva velmi aktivně řešena ve výzkumu ve dvou souvisejících oblastech: vývoj dítěte a neurobiologie vztahu a připoutanosti**, které oba zahrnují silné principy relevantní pro proces psychoterapie. **Allan Schore**, který tyto poznatky plně uvedl, **nepovažuje terapeutickou alianci za „intervenci nebo techniku“, ale spíše za prostředek k růst-podporujícímu prostředí**, které umožňuje vývoj nových regulačních mechanismů (Schore, 2003b)“.

### **10. Společné faktory jako základ pro integraci**

Od 30. let 20. století, kdy **Rosenzweig zaznamenal význam „implicitních“ společných faktorů v psychoterapii**, vzrůstá zájem o společné faktory, které činí efektivní terapeutická změna. **Hubble a kol. (1999)** v této spojitosti hovoří o **vztah zprostředkávajících proměnných**, jako je „**péče, empatie, vřelost, přijetí, vzájemné potvrzení a podpora riskování a zvládnutí**“ (s. 9). Současný výzkum vývoje dítěte a neurobiologie podporuje toto zaměření na vztahové proměnné.

Kritici přístupu k integraci společných faktorů se obávají, že **ztratíme koncepční bohatství spojené s různými přístupy a rozmanitost techniky v nich zakomponované**. Podobně vidí **společný jazyk, který vede k podobnému útlumu bohatství a propracovanosti**.

**Norcross (2002)** doporučuje **přesunout zaměření výzkumných studií na faktory, které nezdůrazňují konkrétní soubor technik nebo konkrétní problémy s prezentací klientů**. Bojuje za **zaměření na osobu terapeuta, terapeutický vztah a charakteristiky pacienta**, přičemž zdůrazňuje potřebu ve výzkumných studiích klást větší důraz na integraci toho, co je známo o terapeutickém vztahu, procesu změny a také jako specifické techniky. Zdůrazňuje také potřebu většího důrazu na kolaborativní a interaktivní povahu terapeutického procesu.

## **3. část: Klíčová role vztahu již od dětství**

### **22. Mezigenerační vzorce citové vazby**

Bowlby si byl vědom skutečnosti, že způsob, jakým se dítě vyrovnává se světem, v mnoha ohledech souvisí s rodičovským, zejména matčíným způsobem, jak se vypořádat s ranými zkušenostmi. Výzkum spojený s metodou rozhovorů s dospělými (Adult Attachment Interview) ukazuje jasný **vztah mezi stylem citové vazby matky a jejího kojence** - nejistě

připoutané matky mívají nejistě připoutané děti (Main a Goldwyn, 1984). **Pokud je kojeneček závislý na matce, která není schopna reagovat citlivě naladěným způsobem, a pokud k tomu dochází nepřetržitě ve významnou dobu během raného vývoje, pak existuje vážné riziko, že kojeneček v budoucnu nedokáže nabídnout vhodně citlivou reakci svému vlastnímu dítěti** (Strathearn, 2007). Realita je taková, že tyto matky samy ve svém dětství často utrpěly vážné deprivace (Famularo et al., 1992), což jim způsobilo zhoršenou schopnost zvládat stres (Post et al., 1994). **V terapeutickém prostředí se předpokládá, že tam, kde takové vzorce existují, je důležité pracovat s matkou i s dítětem.**

### **23. Studie pozorování kojenců: práce Sterna a dalších**

Sternův zvláštní zájem spočíval v **rozvíjení dialogu mezi kojenci**, jednak v rámci experimentálního přístupu, jednak když byl klinicky vytvořen. Tento **rozdíl mezi „pozorovaným dítětem“ a „klinickým dítětem“** je pro Sternovu práci zásadní. První se týká **přímých pozorování v přirozeném a experimentálním prostředí**; druhá má co do činění s **rekonstrukcemi založenými na vzpomínkách, rekonstrukcích a interpretacích přenosu** a různých situací historie života. Zatímco Bowlbyovo hlavní zaměření bylo na dvojici matky a dítěte, Sternovo zaměření je mnohem více na **samotné dítě**, zejména při škádlení a formulování subjektivní zkušenosti kojence.

Klíčovou novinkou ve Sternově práci je jeho zájem spíše o **normativní** než o patomorfní **přístup**. Dítě je vidět **v celé své škále chování ve všech jeho formách**, spíše než v tom, co se může pokazit později. V tomto rozsahu je jeho přístup spíše **prospektivní** než retrospektivní. Na základě rozsáhlého výzkumu u kojenců **navrhl Stern model vývoje**, který zdůrazňoval několik různých **smyslů sebe sama**, jak se objevovaly během několika prvních let života. V prvním vydání *The Interpersonal World of the Infant* Stern (1985b) navrhl čtyři smysly sebe sama: vznikající já z 0 na 2 měsíce; základní já od přibližně 2 do 9 měsíců; subjektivní já od přibližně 9 do 15 měsíců; a slovní já trvající přibližně 15 měsíců. Každý z těchto smyslů sebe koreloval s tím, co Stern označuje jako „domény příbuznosti“, protože uznává, že vývoj je vždy kontextuální. Ve druhém vydání své knihy, vydané původně v roce 1998, Stern přidává další pocit sebe sama, který nazývá **narativní já, já, které považuje za klíč k pozdějším klinickým problémům**.

Tzv. „**afektivního naladění**“ (*affect attunement*) je další koncept, který byl v popředí Sternova výzkumu u kojenců a jejich primárních pečovatелů (Stern, 1985a). Afektivní naladění se jeví jako obzvláště důležité v období vývoje subjektivního já, od přibližně 9. do 15. měsíce. Jedná se o **novou kategorii chování, kdy kojenci zjistí, že mají mysl a že ostatní lidé mají jinou mysl**. **Mezisubjektivita** je nyní možná, přičemž dítě může jak zaměstnávat duševní stav, tak napodobovat duševní stavy ostatních, stejně jako na tyto rozdíly reagovat chováním. **Výzkum naladění a nesprávného naladění kojenců a jejich primárních pečovatелů má klíčové paralely v psychoterapii, kde je řízení těchto stavů důležitým faktorem úspěchu terapeutického procesu.**

### **24. Winnicott a „dost dobrá matka“**

Winnicott kladl klíčový důraz na **spojení mezi dítětem a prostředím**. Poskytl spíše soubor důležitých **myšlenek** než „teorii“, ale tím upozornil na **klíčové koncepty**, které mají pro integrační psychoterapii zvláštní význam. Stejně jako Stern i Winnicott zdůrazňoval **normálnost**, přičemž „pacient“ se prezentoval jako **člověk s jedinečným způsobem budování světa**, způsobem, který měl být chápán spíše než patologizován (Newman, 1995). Zdůraznil



také důležitost „usnadňujícího prostředí“, hry a kreativity, rozdíl mezi pravým já a falešným já a složitost přechodných jevů. Myšlenka „**dost dobré matky**“ byla pojmem, který se stal součástí širokého společenského povědomí vydáním publikace *Dítě, rodina a vnější svět* (1964), která poskytovala novým matkám úlevu, že nemusí být nadlidské. Jeho názor byl takový, že **děti, které zůstaly samy po dlouhou dobu, se pravděpodobně identifikovaly spíše s myslí než s tělem, což byla primitivní forma rozštěpení**. Rovněž byla potřeba **představit vnější svět dítěti způsobem, který mu umožnil získat důvěru ve svět**. Pokud by toho nebylo dosaženo, vedlo by to podle Winnicotta k zážitku „**primitivní agónie**“ a „**hluboké osamělosti**“. Winnicottovi bylo jasné, že **pod hrozbou psychotických úzkostí nepotřebujeme analýzu našich problémů, nýbrž druh citlivé, zapojené a nesentimentální péče, kterou „dost dobrá matka“ přirozeně poskytuje svému malému dítěti** (Winnicott, 1965/1990). V terapeutické práci chce pacient potkat terapeuta, který je skutečnou osobou: „Pokud se v naší práci všichni staneme osobami, pak se práce stává mnohem zajímavější a obohacující“ (Winnicott, 1965/2006: 155).

## **25. Vliv dysregulace a patologie dospělých: Schoreova práce**

Schore významně **přispěl k integrační perspektivě jak lidského vývoje, tak psychoterapeutických reakcí na závažné důsledky dysregulační zkušenosti v raném životě** (Schore, 2003a, 2003c). Na základě rozsáhlého výzkumu **Schore zdůraznil, do jaké míry předčasné vývojové vztahové zkušenosti, které zahrnují zneužívání, trauma, týrání nebo zanedbávání, předurčují k vážným problémům v pozdějším životě**. Schore zdůrazňuje účinky **extrémního vzrušení autonomního nervového systému (ANS) se zvláštním zaměřením na sympatický nervový systém (SNS)**. Dříve jsme přezkoumali účinky překročení meze tolerance ve vztahu k nadměrné nebo nedostatečné stimulaci ANS. Schore nastiňuje rozdíl mezi „**útěkovou**“ a „**bojovou**“ odpovědí z hlediska dysregulace. **Jedná se o „bojovou“ reakci, která, pokud nebude důsledně regulovaná, může vést k pozdějším potížím při kontrole agresivity, která je náchylná k poruchám asociálního nebo hraničního druhu**. Je zřejmé, že problémy jdou dále než reakce ANS, jsou **založeny na životním a sociálním prostředí**. Svou roli zde hrají i **mezigenerační vzory**. Zatímco Schore upozorňuje na **důležitost včasného zásahu, který může zastavit tento vývoj, je také důležitá práce s dospělými**. Bateman a Fonagy (2006) například nastiňují výzvy i možnosti práce s dospělými s anamnézou těžkých neuspořádaných vazeb a dysregulačních zkušeností vedoucích k diagnóze hraniční poruchy osobnosti. Navrhují **přístup založený na mentalizaci, jehož cílem je vyvinout a zlepšit reflexní fungování pacienta v současném vztahu s terapeutem**.

## **26. Rané vztahové trauma a jeho účinky**

**Trauma lze definovat jako situaci, která se vyznačuje extrémním strachem, bezmocností, ztrátou kontroly a hrozbou zničení**. Za těchto podmínek je **systém přežití člověka aktivován** a podporován řetězcem neurofyzilogických procesů - boj / útek / zmrazení jsou základní možnosti. Trauma se může vztahovat k jedinečné nebo katastrofické události kdykoli v životě. Trauma může být také spojeno s probíhajícími událostmi, které jsou invazivní a spojené s časnými zkušenostmi a obtížemi s citovou vazbou. Nedávný výzkum afektivní neurovědy prokázal, že **historie vztahové vazby člověka ovlivňuje jeho schopnost vyrovnat se s pozdějším traumatem** (Schore, 1994; Siegel, 1999). Výzkum ukázal, že **bezpečná citová vazba funguje jako nárazník proti stresu a zvýšení kortizolu** (Schore, 1994).

Obzvláště důležitý je způsob, jakým **raný traumatický attachment negativně ovlivňuje vývoj pravé hemisféry**. Pravá hemisféra je středem dysregulace vzrušení, která charakterizuje posttraumatickou stresovou poruchu. **Včasné interakce s primárním pečovatelem, který nereaguje nebo je nevytvořený, vyvolávají u dítěte traumatické stavy**. Účinky těchto zkušeností jsou uloženy v systému implicitní / procedurální paměti. **Citová vazba přímo formuje systém zvládnání stresu pravé hemisféry dítěte**. „Pokud se potřebujete cítit ve spojení, abyste se uzdravili, ale příliš se bojíte důvěřovat, protože jste ve vztazích strachuplní a dysregulovaní, jste zaseknutí. Tento **cyklus „Hlava 22“** (podle knihy) udržuje lidi v neustálém cyklu **osamělost > přístup > teror > vyhýbání se > osamělost**“ (Cozolino, 2006: 230). **Naše schopnost připoutat se a úspěšně se orientovat ve světě závisí na naší schopnosti regulovat naše impulzy a emoce**. Budování neuronových sítí sociální komunikace utváří sítě, které řídí regulaci, což znamená, že kojenec k podpoře tohoto procesu vyžaduje emocionálně stimulující komunikaci s primárním pečovatelem.

## **27. Self a interaktivní regulace během života**

Na základě relevantní výzkumné a vývojové literatury jsme zdůraznili klíčovou roli, kterou hraje raná zkušenost ve vývoji člověka a jeho vztazích a sociálním prostředí. I když se závažné rané deficity ve vztazích a související regulační kapacity mohou stát extrémně zakořeněnými a obtížně se měnit, musíme si také připomenout potenciální **plasticitu mozku**, trvalý význam připoutanosti po celý život a schopnost vytvářet alternativní cesty v mozku. Ty korelují s **behaviorálními a environmentálními událostmi**, které slouží k poskytnutí **různých zkušeností a nových možností**. **Samoregulační procesy vyvinuté v dětství nejsou zcela pevně propojeny**.