

Ján Praško, Aleš Grambal, Miloš Šlepecký, Petr Možný, Jana Vyskočilová

Skupinová kognitivně- -behaviorální terapie



KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Praško, Ján, 1956-

Skupinová kognitivně-behaviorální terapie / Ján Praško, Aleš Grambal, Miloš Šlepecký,
Petr Možný, Jana Vyskočilová. -- Vydání 1.. -- Praha : Grada, 2019. -- 379 stran

Obsahuje bibliografii

ISBN 978-80-271-0496-3 (brožováno)

* 615.851.6 * [615.851:165.194]:364-785.62 * (048.8:082)

- skupinová psychoterapie
- kognitivně-behaviorální terapie
- kolektivní monografie

615.8 - Fyzioterapie. Psychoterapie. Alternativní lékařství [14]

Ján Praško, Aleš Grambal, Miloš Šlepecký, Petr Možný, Jana Vyskočilová

Skupinová kognitivně- -behaviorální terapie



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

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

**prof. MUDr. Ján Praško, CSc., MUDr. Bc. Aleš Grambal, Ph.D.,
doc. PhDr. Miloš Šlepecký, MUDr. Petr Možný, Mgr. et Mgr. Jana Vyskočilová**

SKUPINOVÁ KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 7280. publikaci

Odpovědný redaktor Aleš Kysela
Sazba a zlom Antonín Plicka

Počet stran 384

Vydání 1., 2019

Vytiskla Tiskárna v Ráji, s.r.o., Pardubice

© Grada Publishing, a.s., 2019
Cover Photo © Depositphotos/Stock

ISBN 978-80-271-2806-8 (ePub)
ISBN 978-80-271-2972-0 (pdf)
ISBN 978-80-271-0496-3 (print)

Obsah

Předmluva	9
1. Základní pohledy na skupinovou psychoterapii	13
1.1 Historie skupinové psychoterapie	14
1.2 Základní ideje skupinové psychoterapie	15
1.3 Teorie vazby a skupina	16
2. Praktické provádění skupinové psychoterapie	25
2.1 Základní přístupy skupinové psychoterapie	25
2.1.1 <i>Psychoanalytická orientace</i>	26
2.1.2 <i>Eklektické (psychodynamické a interpersonální) pojetí</i>	27
2.1.3 <i>Behaviorální skupina</i>	28
2.1.4 <i>Skupina v kognitivně-behaviorální terapii</i>	29
2.2 Požadavky na vedoucího skupiny	30
2.3 Terapeutický vztah ve skupině	32
2.4 Kurativní faktory skupinové psychoterapie	32
2.4.1 <i>Dodávání naděje</i>	33
2.4.2 <i>Univerzalita</i>	33
2.4.3 <i>Předávání informací</i>	34
2.4.4 <i>Altruismus</i>	35
2.4.5 <i>Korektivní rekapitulace primární rodiny</i>	35
2.4.6 <i>Rozvoj sociálních dovedností</i>	36
2.4.7 <i>Napodobovací chování</i>	37
2.4.8 <i>Interpersonální učení</i>	37
2.4.9 <i>Skupinová koheze</i>	38
2.4.10 <i>Katarze</i>	38
2.4.11 <i>Existenciální faktory</i>	39
2.5 Skupinový model	39
2.6 Struktura, proces a obsah	43
2.7 Vývoj skupiny	44
2.7.1 <i>Orientace</i>	45
2.7.2 <i>Socializace</i>	46
2.7.3 <i>Symbióza</i>	47
2.7.4 <i>Diferenciace</i>	48

2.7.5	<i>Individuace</i>	50
2.7.6	<i>Maturace</i>	50
3.	Skupinová kognitivně-behaviorální terapie	53
3.1	Základní uspořádání KBT skupiny	55
3.1.1	<i>Malá a velká skupina</i>	57
3.1.2	<i>Otevřená skupina</i>	58
3.1.3	<i>Uzavřená skupina</i>	58
3.1.4	<i>Skupina s jedním hlavním problémem</i>	58
3.1.5	<i>Skupina ambulantní</i>	59
3.1.6	<i>Skupina v rámci denního stacionáře</i>	59
3.1.7	<i>Skupina při hospitalizaci</i>	59
3.1.8	<i>Smíšená skupina</i>	60
3.1.9	<i>Zařazení pacienta do dvou programů současně</i>	60
3.2	Příprava na skupinu	61
3.2.1	<i>Sestavení skupiny</i>	62
3.2.2	<i>Výběr pacientů do skupiny</i>	63
3.2.3	<i>Individuální příprava členů skupiny na skupinovou práci</i>	69
3.2.4	<i>Terapeuti a jejich příprava</i>	69
3.3	Skupinový program	74
3.3.1	<i>Určení programu (5 minut)</i>	74
3.3.2	<i>Body probírané při každém sezení (30 minut)</i>	75
3.3.3	<i>Hlavní téma(ta) dne (60 minut)</i>	75
3.3.4	<i>Zadání domácích cvičení (15 minut)</i>	76
3.3.5	<i>Relaxace (5 minut)</i>	76
3.3.6	<i>Zpětná vazba (5 minut)</i>	76
3.3.7	<i>Struktura skupinového sezení</i>	76
3.3.8	<i>Výběr programu</i>	77
3.3.9	<i>Pravidla skupiny</i>	78
3.3.10	<i>Individuální potřeby</i>	79
3.3.11	<i>Domácí úkol</i>	79
3.3.12	<i>Výběr příkladu</i>	79
3.3.13	<i>Vnitřní struktura sezení</i>	80
3.3.14	<i>Problémy s blokováním skupinového procesu</i>	85
3.3.15	<i>Jednotlivé typy problémových pacientů</i>	88
3.3.16	<i>Účastník nevhodný pro členství ve skupině</i>	92
3.3.17	<i>Rezistence ke změně</i>	94
3.4	Yalomovy faktory a skupiny KBT	99

3.5 Skupinový proces	108
3.5.1 Co je skupinový proces?	109
3.5.2 Chápání skupinového procesu v rámci modelu KBT	111
3.5.3 Definování skupinového procesu v rámci KBT	112
3.5.4 Vnímání skupinového procesu v rámci struktury KBT	119
3.5.5 Využití skupinového procesu ve skupinové KBT	127
3.5.6 Problémy ve skupinovém procesu KBT	130
3.5.7 Role terapeuta ve skupinové KBT	133
3.6 Techniky a strategie ve skupinové KBT	134
3.6.1 Behaviorální strategie a techniky	135
3.6.2 Kognitivní strategie a techniky	167
3.6.3 Prožitkové strategie a techniky	202
3.7 Skupinová KBT u vybraných problémových okruhů	223
3.7.1 Skupinová KBT deprese	223
3.7.2 Skupinová KBT sociální fobie	232
3.7.3 Skupinová KBT u panické poruchy a agorafobie	243
3.7.4 Skupinová KBT obsedantně-kompulzivní poruchy	267
3.7.5 Skupinová KBT- transdiagnostický přístup	276
3.7.6 Skupinová KBT u psychóz	282
3.8 Problémy v KBT skupinách	291
4. Skupinová terapie ve třetí vlně KBT	293
4.1 Dialektická behaviorální terapie	293
4.1.1 Principy DBT	294
4.1.2 Součásti DBT	295
4.1.3 Strategie léčby	296
4.1.4 Dovednosti v DBT	298
4.2 Skupinová schématerapie	306
4.2.1 Účinnost a typy skupinové schématerapie	315
4.2.2 Skupinová schématerapie u hraniční poruchy osobnosti	317
4.2.3 Léčebná síla skupinové schématerapie	317
4.2.4 Počáteční fáze skupinová schématerapie	318
4.2.5 „Omezené rodičovství“ – budování „zdravé rodiny“	320
4.2.6 Změna psychických modů	322
4.2.7 „Odtazitý obráncé“	324
4.2.8 „Zraněné/opuštěné dítě“	325
4.2.9 „Ochotný kapitulující“	327
4.2.10 Imaginace při práci se skupinou	327

4.2.11 „Rozzlobené/impulzivní dítě“	331
4.2.12 „Šťastné/radostné/hravé/spontánní dítě“	334
4.2.13 Formování totožnosti	335
4.2.14 „Trestající“ nebo „požadující/náročný rodič“	336
4.2.15 „Hyperkompenzátor“	338
4.2.16 „Laskavý/podporující rodič“	340
4.2.17 „Zdravý dospělý“	341
4.2.18 Výzvy skupinové schématerapie	344
Závěr	345
Literatura	347

Předmluva

Skupinová kognitivně-behaviorální terapie (KBT) existuje od počátku vývoje behaviorálních léčebných metod a postupně integrovala řadu poznatků a principů skupinových terapií, které vyrůstaly na jiném základním teoretickém pozadí, jako je dynamická skupinová psychoterapie a interpersonální psychoterapie. Čerpala také z poznatků sociální psychologie, rodinné terapie včetně systemického přístupu a z nácviků manažerských dovedností. Pro snazší porozumění trendům v moderní skupinové KBT je proto úvodní část věnována vývoji samotné skupinové psychoterapie.

Tato publikace představuje výsledek mnohaletého získávání zkušeností a studia všech autorů, kteří se prakticky zabývají skupinovou KBT celá desetiletí. Snažili jsme se vlastní empirii porovnat s literaturou a zohlednit vědecké výsledky v této oblasti. Pokoušíme se překlenout mezeru mezi typickými individuálními KBT postupy sledujícími konkrétní strategie a reálně se objevujícími nepřesnostmi, které vznikají při uplatňování těchto strategií ve skupině. Proto ilustrujeme problémy během tohoto procesu prostřednictvím popisu interakce mezi členy ve skupině, zejména se pokoušíme zachytit procesy změny. Rovněž nám jde o postižení komplexnosti působení KBT ve skupině a ohraničení souboru dovedností, které musí terapeut používat, má-li být jeho práce efektivní. Jsme přesvědčeni, že skupinové procesy v KBT skupinách jsou stejně důležité a zásadní jako mechanismy učení a kognitivní změny. KBT skupina pracuje efektivně pouze tehdy, pokud terapeut chápe pravidla vzájemné interakce ve skupině a pokud maximálně podporuje proces učení, změnu a vývoj.

Hlavní část monografie je věnována teorii a praxi skupinové KBT, zejména pak „druhé vlně“ KBT, která ověřovala efektivitu KBT skupinových přístupů při práci s celou řadou psychických problémů i psychiatrických poruch. V této části spisu bude věnován značný prostor jak všeobecným postupům ve skupinové KBT, tak specifickým léčebným metodám u konkrétních problémů a také budou stručně popsány obsahy jednotlivých sezení již existujících skupinových programů. Jde většinou o krátké až středně dlouhé psychoterapie, trvající zpravidla 12–28 skupinových setkání.

Třetí část je věnována skupinové práci v rámci „třetí vlny“ KBT (Šlepecký, Praško, Kotianová a kol., 2018), zejména pak dialektické behaviorální terapii (DBT) a schématerapii (ST), které jsou používány u složitějších psychických problémů, zejména pak u poruch osobnosti. Jde o dlouhodobé terapie, zahrnující 50–150 setkání skupiny v průběhu jednoho až tří let.

Text obsahuje řadu příkladů ze skupin, včetně vedení rozhovorů ve skupině. Tyto ukázky nejsou přesnými návody, jak ve skupině pracovat, protože přesně předepsaný postup nepostihne konkrétní aktuální situaci, slouží zde jako ilustrace základních přístupů ve vybraných situacích.

Tradičně bývá KBT popisována a používána jako individuální forma terapie. Přesto dnes už klasický popis kognitivní terapie deprese některých autorů (Beck, Rush, Shaw et al., 1979) ukazuje použití kognitivní terapie ve skupině depresivních pacientů. Důvod pro práci se skupinou byl stejný tehdy i dnes – skupinová terapie šetří čas, protože pracuje s více pacienty najednou a práce terapeuta je využita ekonomičtěji (Hollon, Shaw, 1979; Scott, Stradling, 1990). Není to ovšem jediná výhoda. Pro řadu poruch je prostředí skupiny optimálním kontextem pro terapeutickou změnu a u mnoha z nich (např. u sociální fobie) může být skupinová terapie dokonce účinnější než individuální (Morrison, 2001). Zatímco v sedmdesátých letech 20. století byla důvodem pro zavádění skupinové KBT její účinnost, později to byla především úspora výdajů na zdravotní péči. Vzhledem k omezeným finančním prostředkům je v některých případech (např. na psychiatrických odděleních) téměř nemožné poskytovat KBT jinou formou než skupinovou, máme-li zájem pomoci většímu počtu pacientů.

Vedle zkušeností z klinické praxe byla účinnost skupinové KBT potvrzena i v pečlivě prováděných výzkumech, které se začaly objevovat již v sedmdesátých letech. Studie u deprese ukázaly, že skupinová KBT je účinnější než jiné terapeutické přístupy, i když méně účinná než individuální KBT (Beck, Rush, Shaw et al., 1979). Následující výzkumy a jedna metaanalýza potvrdily vysoký stupeň účinnosti srovnatelné u skupinové i individuální KBT u depresí (Robinson, Berman, Neimeyer, 1990; Burlingame, Fuhrman, Johnson, 2004).

Existuje skupina klinických problémů, které samy o sobě vyžadují skupinový přístup, a dokonce se zdá, že jsou lépe léčitelné ve skupině. Sociální fobie je typickým příkladem, protože silný strach z druhých osob, ze společenského hodnocení a obavy z toho, jak je jedinec druhými přijímán, lze snadno otestovat v prostředí skupiny (Heimberg, Salzman, Holt et al., 1993). Skupinová KBT pro pacienty se sociální fobií poskytuje mnoho příležitostí nacvičovat zvládání různých sociálních situací, vyzkoušet si jednotlivé role a poskytnout členům skupiny zpětnou vazbu o sociálních interakcích.

Informací o provádění skupinové KBT u mnoha problémů navzdory dostupnosti a efektivitě skupinové KBT není mnoho. Vzhledem k tomu, že skupinové KBT postupy vycházely původně ze strategií individuální terapie, je pochopitelné, že mají sklon zdůrazňovat principy teorie učení a strategie odvozené od individuální terapie. Jen malá pozornost byla věnována faktu, že tyto terapeutické postupy lze uplatnit

v rámci vzájemně na sebe působící a vyvíjející se skupiny. Skupinová forma terapie poskytuje jedinečné terapeutické možnosti. Pacientům se například lépe daří rozpoznat kognitivní omyly jiných členů skupiny nežli vlastní a tím skupina poskytuje mnohem více příkladů propojení myšlenek a pocitů než individuální psychoterapie (Hollon, Shaw, 1979; Heimberg, Salzman, Holt et al., 1993). Jen minimum skupinových KBT postupů bere v úvahu vlivy, jakými na sebe a také na terapeuta vzájemně působí členové skupiny. Tyto interakce přinášejí novou kvalitu a nejsou jen jednoduchým součtem individuálních reakcí. Nedílnou součástí skupinové terapie je i vzájemné „vztahové“ působení, které se v klasických KBT textech jen málokdy zmiňuje. Skupina sama o sobě může vytvořit prostředí, které podporuje nebo oslabuje účinnost běžně používaných KBT strategií. Ti, kteří se věnují skupinové KBT, si sami kladou následující praktické otázky, na něž v literatuře jen stěží najdou odpověď:

- Co udělám, když se zdá, že jeden člen skupiny nerozumí smyslu skupiny, ale ostatní ano?
- Co mám udělat, pokud jeden člen skupiny dává druhému členovi nekonstruktivní nebo zlomyslnou zpětnou vazbu?
- Co mohu udělat, pokud se zdá, že skupina jako celek dělá méně domácích úkolů, protože několik členů ty své nedělá nikdy?
- Jak mohu zapojit člena skupiny, který nikdy nenabízí žádný materiál?
- Jak mohu udržet linii skupiny, když její dva členové mají ještě jinou psychickou poruchu a stále hovoří o příznacích, které nikdo jiný nemá?
- Měli bychom nabídnout alternativní přístup takovému členovi skupiny, kterému se očividně nedaří dobře a který nedrží se zbytkem skupiny krok?

Tyto otázky zachycující problematiku, na kterou můžeme ve skupině narazit, jsou v textech o KBT jen málokdy zmiňovány. Dokonce ani v literatuře popisující skupinové KBT programy se mnohdy nemluví o tom, jak nejlépe využít skupinovou diskusi k vysvětlení hlavního cíle setkání nebo jak maximálně využít skupinový vliv při kontrole a ukládání domácích úkolů. Těžištěm této publikace je proto ve velké míře propojení KBT postupů se skupinovým procesem, na jehož pozadí probíhá učení s pomocí kognitivních, behaviorálních a experienciálních (zážitkových) strategií.

Naším cílem v této knize je tedy integrovat faktory skupinového procesu a KBT přístup. Stejně jako Safran a Segal (1990), kteří upozornili na to, že uvědomování interpersonálních faktorů v individuální KBT je třeba chápat jako směřování k integraci, i my jsme přesvědčeni, že využití faktorů skupinového procesu v rámci skupinové KBT představuje vytvoření účinnějšího a komplexnějšího modelu intervence.

Věříme, že tato integrace může poskytnout odpovědi na těch několik otázek, které jsme uvedli výše, a že soustředění na takovou integraci nám pomůže vytvořit východisko pro další klinický vývoj, výzkum a bohatší pochopení „efektivních složek“ skupinové KBT.

Přejeme všem čtenářům, aby pro ně byla kniha jak praktickou příručkou o tom, jakým způsobem je možné skupinovou KBT provádět, tak inspirací k vlastnímu přemýšlení o skupinové práci a k diskusi s námi. Velmi uvítáme otázky, připomínky i náměty čtenářů.

1. Základní pohledy na skupinovou psychoterapii

Většinu své historie lidé prožili v malých skupinách, ve kterých museli být schopni spolupracovat, spoléhat se na sebe navzájem, pomáhat si a sdílet informace, aby mohli přežít. Malá skupina je tudíž nejpřirozenějším prostředím, na které je člověk jako druh adaptován. Základní myšlenka skupinové psychoterapie vychází ze zkušenosti psychoterapeutů, že pacientova autonomie a zdroje jeho psychosociálního zrání jsou umocňovány interakcí s druhými lidmi a že vlastní prožitá a pochopená zkušenost je stabilnější a má větší dopad než zkušenosti, které jsou předávány jen zvenčí (Bion, 1961; Bloch, Crouch, 1985; Yalom, 1995; Bieling, McCabe, Antony, 2006). Skupina je prostředí, které umožňuje jejím příslušníkům prožívat svoji individualitu a její změnu prostřednictvím zážitků, reflexí a změn ostatních členů skupiny až přes změny skupiny samotné. Skupinová psychoterapie se věnuje jedinci ve skupině, jedinci v rámci skupiny a rovněž skupině jako celku. Jde tedy minimálně o tři různé druhy pohledu (Praško, 2003). Samotný skupinový proces je významnou intervencí (Bieling, McCabe, Antony, 2006). Burlingame, Fuhriman a Johnson (2004) připisují vysokou hodnotu interpersonálnímu a interakčnímu klimatu skupiny založenému na přesvědčení, že skupina je prostředkem změny a že primárním mechanismem změny je interakce mezi jejími členy.

Literatura o skupinách nabízí nejen důkladně promyšlenou podrobnou perspektivu fungování skupin, ale také vyvinutější soubor strategií na řešení problémů v případech, že skupina nefunguje optimálně (Bieling, McCabe, Antony, 2006). V některých případech může být poznávání skupinových procesů chápáno ateoreticky a být založené více na pozorování a induktivním procesu než na konkrétní teorii. Například Yalom se snaží vytežit z mnoha různých druhů skupin, počínaje velkými didaktickými skupinami až po malé skupiny s intenzivní terapií, společné účinné složky, které mají za následek změnu psychických procesů u členů skupiny (Yalom, 1995).

Skupinová psychoterapie patří k nejrozšířenějším léčebným postupům s velkou indikační šíří: neurózy (Kratochvíl, 1978, 1983; Yalom, 1995; Praško, Kyrálová, Minaříková a kol., 1998; Bieling, McCabe, Antony, 2006), poruchy osobnosti (Linehan, Armstrong, Suarez, 1991), afektivní poruchy (Praško, Kyrálová, Minaříková a kol., 1998), schizofrenie (Štrossová, 1984), osoby s těžším somatickým postižením (Syříšťová a kol., 1989; Yalom, 1995). Ve více než 3500 studiích z posledních čtyřiceti let byla prokázána vysoká účinnost skupinové psychoterapie u různých psychických

a psychosomatických poruch (Fuhriman, Burlingame, 1994; Bieling, McCabe, Antony, 2006). Navíc se ukázalo, že skupinová psychoterapie vykazuje podobné výsledky jako terapie individuální, přitom však výrazně šetří čas terapeuta i členů skupiny.

Tato monografie je zaměřena převážně na skupinovou psychoterapii v rámci druhé a třetí vlny KBT, která prokázala vysokou účinnost u celé řady problémů a psychických poruch ve stovkách kontrolovaných studií. Pro jejich pochopení je však potřebná exkurze do historie skupinové psychoterapie v jejích různých podobách (dynamické, interpersonální, behaviorální, rodinné), protože KBT používá také řadu teoretických i praktických přístupů, které vznikaly a rozvíjely se v těchto modalitách (Bieling, McCabe, Antony, 2006).

1.1 Historie skupinové psychoterapie

Podkladem praxe skupinové psychoterapie je nejméně tolik teorií, kolik je jich podkladem pro individuální psychoterapie. Jsou skupiny, které zdůrazňují podporu a nácvik sociálních dovedností, skupiny, které pracují dynamicky s intrapsychickým konfliktem svých členů, skupiny zaměřené na interpersonální vztahy, skupiny zaměřené na dynamiku vztahů mezi členy skupiny a podobně. Středem pozornosti může být jedinec ve skupině, interakce mezi jejími členy, skupina jako celek nebo skupina, která využívá současně všechny tyto pohledy (Bieling, McCabe, Antony, 2006). Vzájemné sdílení členů při skupinové terapii vede k důvěře, otevřenosti, sympatiím a spoluúčasti.

Prvním předznamenáním skupinové psychoterapie byly skupiny **Josepha Pratta** na přelomu 19. a 20. století (Pines, Schlapobersky, 2000). Tento bostonský lékař prováděl edukaci o hygieně a léčbě ve skupinách pacientů léčených pro tuberkulózu a zjistil, že vzájemné sdílení poznatků, jak bojovat s nemocí, je mnohem účinnější než jen prostá přednáška. Ve dvacátých letech 20. století pak **Trigant Burrow**, americký průkopník psychoanalýzy, začal klást důraz na dynamiku malých skupin a začal pracovat se skupinovou analýzou. Jeho práce však byla odmítnuta jak Freudem, tak nově založenou Americkou psychoanalytickou společností. Burrow zjistil, že konflikty a napětí ve skupině nejsou jen výsledkem jednání jednotlivců samotných, ale mají původ ve skupině jako celku (Abse, 1979).

Skupinová psychoterapie coby hnutí vznikla tak trochu jako z nouze ctnost za druhé světové války v Anglii. Šlo zčásti o důsledek nedostatku kvalifikovaných psychoterapeutů a velkého množství pacientů. Hnutí však mohlo navázat na práce **Siegunda Heinricha Foulkese**, který už před válkou začal se skupinovou terapií

neurotických pacientů v Exeteru a pokračoval za války v léčbě válečných neuróz v Northfieldu. Záhy se ukázalo, že tento přístup má řadu předností oproti individuálnímu přístupu, protože skupina je pro člověka přirozeným společenstvím. Po válce Foulkes pracoval v Maudsley Hospital, kde se skupinou spolupracovníků rozvinul první teoretické ideje, které vyvodil z praxe. Založil Společnost pro skupinovou analýzu (Group Analytic Society) a ta začala vydávat časopis *Skupinová analýza* (*Group Analysis*), který vychází dosud.

Ve Spojených státech už ve třicátých letech **Alexander Wolf** a **Emanuel Schwartz** aplikovali psychoanalytické pohledy ve skupinové psychoterapii. V jejich přístupu se lidé podrobovali individuální psychoterapii ve skupině a terapeuti poukazovali nejen na individuální přenos, ale i na jeho podobnosti u dalších členů skupiny. **Samuel Richard Slavson** navázal na jejich zkušenosti při práci s rodiči nemocných dětí a zaměřil se na dynamickou projekci ve skupině (Slavson, 1952). Založil Americkou asociaci skupinové psychoterapie.

Moderním protagonistou skupinové psychoterapie v USA je **Irving Yalom**. Jeho kniha *Teorie a praxe skupinové psychoterapie* (1970, 1985, 1995; české vydání 1999, 2007) se stala jednou z nejvýznamnějších monografií v této oblasti. Srovnatelně významným autorem je v České republice **Stanislav Kratochvíl**, jehož *Skupinová psychoterapie* vyšla v mnoha vydáních a byla přeložena do několika jazyků (Kratochvíl, 1978, 1983, 1997). Není náhodou, že oba muži jsou dobrými přáteli.

1.2 Základní ideje skupinové psychoterapie

Základní myšlenka skupinové psychoterapie vychází z předpokladu, že léčené psychické poruchy vznikly v malých přirozených skupinách, jako je rodina, školní třída nebo pracovní kolektiv, které mohou formovat nebo deformovat psychiku a chování jedince. V terapeutické skupině je možné tyto poruchy diagnostikovat a léčit. Ve skupině se manifestují přenosové vztahy jak směrem k terapeutovi (terapeutům), tak k jednotlivým členům skupiny. Utvářejí se podle podobných vzorců jako vztahy v rodině, ve škole, v dětském kolektivu, v partě či v pracovním týmu. Člen skupiny se učí rozumět způsobům, jak si tvoří své vztahy na základě konfrontací se členy skupiny a na základě interpretace skupiny. Náhled znamená pochopení, čím jsou jeho vztahy určovány, odkud pocházejí jeho vztahové vzorce a jak se projevují v chování s druhými, případně jak je druzí prožívají. Úkolem člena skupiny je nejen pochopit původ svých vztahů a najít jejich lepší podobu, ale také změnit své chování k druhým, které z těchto vztahů vyplývá. Pokud je změna postojů a chování nově integrována

do psychiky, změna chování ke členům skupiny je pak následována změnou chování k lidem v přirozeném prostředí.

Erika přišla do otevřené smíšené skupiny s problematikou impulzivitu a výrazné hádavosti. Tyto potíže byly již tak rozvinuté, že jí to bránilo v dostudování. Byla ve čtvrtém ročníku střední školy a denně se hádala se spolužačkami. Nerozuměla tomu. Po příchodu na oddělení se účastnila prvního skupinového sezení, na kterém o sobě měla říct několik slov. Jediné, co ze sebe dokázala dostat, když se na ni všichni spolupacienti dívali, byla věta: „*Co na mě všichni zíráte, čekáte, co na sebe prásknu?!*“ Ve skupině tehdy bylo více účastníků již delší dobu. Jedna z pacientek řekla: „*Taky jsem měla nepříjemný pocit, že jsem tady jako nahá v trní, když jsem sem poprvé přišla. Rozumím ti, jak se cítíš. Bála jsem se, že mě ostatní odsoudí a budou mě kritizovat.*“ Erika si uvědomila, jak moc měla strach, že ji druzí nepřijmou, když na sebe řekne věci, za které se stydí, i to, že preventivně druhé kritizuje. Přiznala, že spolupacientka má pravdu, že ji mrzí, že kvůli úzkosti je nepříjemná. Další dvě spolupacientky řekly, že to mají taky tak, že velké napětí nebo úzkost je vedou ke kritizování druhých, zejména blízkých, ale také spolupracovníků. A že si to také uvědomují až teď. Erika přes ně přišla na to, že totéž dělá sestra a matka, na které útočí, když je napjatá ze školy. Když byla na víkend doma, řekla matce, že se omlouvá, že na ni občas vyjede, že je to z napětí ze školy, kdy jí pak všechno vadí. Máma řekla, že to chápe, protože sama vyjíždí po všech, když je napjatá. A přitom má všechny tak moc ráda. Předpokládala, že si toho už Erika určitě všimla. Obě si pak spolu příjemně popovídaly.

1.3 Teorie vazby a skupina

Nukleární rodina formuje podstatným způsobem osobnost jedince a jeho chování. Ve „zdravé“ rodině k sobě jedinci cítí odpovědnost a mají tendenci si vzájemně pomáhat. V rodině potkáváme první osoby, se kterými se můžeme ztotožnit či souhlasit nebo také vůči nimž se můžeme vymezit, získáváme zkušenosti s vlastními emocemi a s tím, zda je druzí unesou. Zkušenost získaná v rodině se může revokovat v různých životních situacích. To může být jedinci ku prospěchu, nebo naopak vést k maladaptivnímu reagování.

Po porodu je chování novorozence i matky regulováno do značné míry biologicky čili instinktivně. Časný kontakt včetně kojení stimuluje mateřské instinktivní chování (Vymětal, 2003). Mechanismy časného kontaktu nejsou dosud zcela jasné, je však jisté, že případné odloučení matky od dítěte po porodu zasahuje do rozvoje synchronizace jejich afektivity a reaktivity. Z psychologického hlediska je pro dítě i matku

významné především kojení, oční a taktilní kontakt, teplo, pohyb. Péče o novorozence má probíhat v souladu s jeho biologickým rytmem, kdy se matka přizpůsobuje hladu a potřebě spánku a bdění dítěte. Mezi matkou a dítětem vzniká primární vazba, která je následně patrná v chování dítěte v kojeneckém a batolecím věku. Tento typický synchronní vztah může být narušen jednak ze strany dítěte (postnatální komplikace, smyslové deficity), ale také ze strany matky (osobnostní nezralost, negativní vztahy v rodině, psychické onemocnění, úzkostnost, stres způsobený péčí o dítě apod.).

Vrozený pud dítěte k vyhledávání blízkosti určitých lidí a pocit větší jistoty v jejich blízkosti se nazývá „připoutání“ (*attachment*). Tento pud byl prokázán u různých živočišných druhů. Mládě opice se drží při pohybu matky jejího krku, štěňata lezou jedno přes druhé ve snaze dosáhnout teplého břicha matky, káčata a kuřata chodí za svou matkou, vydávají zvuky, na které ona odpovídá, a sbíhají se k ní, když se vylekají. Tyto rané reakce na matku, které jsou vrozené, nikoli naučené, mají čisté adaptivní hodnotu: brání jedinci vzdálit se od zdroje péče a ztratit se. Zpočátku panoval názor, že připoutání k matce se vyvinulo proto, že jakožto zdroj potravy uspokojuje jednu ze základních potřeb potomka. Avšak v některých případech tato teorie nevyhovovala. Například káčata a kuřata se od narození živí sama, a přesto svou matku následují a tráví s ní velkou část svého času. Povzbuzující jistota, kterou získávají z matčiny přítomnosti, se nedá odvodit pouze z její úlohy při obstarávání potravy. Řada dobře známých pokusů s opicemi ukazuje, že tím, co připoutává mládě k matce, je něco víc než pouze potřeba výživy (Harlow, Harlow, 1969). Matka poskytuje dítěti bezpečí nezbytné ke zkoumání jeho okolí a utváří základy pro interpersonální vztahy v pozdějších letech. Nejvíce prací o připoutání u dětí pochází od psychologa **Johna Bowlbyho** z padesátých a šedesátých let. Podle teorie připoutání dítě není mnohdy schopno, pokud si v prvních dvou letech života nevytvoří vztah bezpečného připoutání k jedné nebo více osobám, vytvářet si blízké osobní vztahy v dospělosti. Matka poskytuje dítěti jistotu nezbytnou ke zkoumání okolí a utváří základy pro interpersonální vztahy v pozdějších letech. Bowlbyho spolupracovnice **Mary Ainsworthová** vytvořila strukturovaný postup pro hodnocení míry jistoty připoutání dětí ve věku od 12 do 18 měsíců. Postup nazvala „neznámá situace“. Sleduje se při něm reakce dítěte na odchod pečující osoby (obvykle matky) a na její následný příchod. Podle jejich reakce rozdělila děti do čtyř hlavních skupin.

Stupeň jistoty připoutání 12–18měsíčních dětí:

- **Bezpečně připoutané děti.** Tyto děti na odchod matky reagovaly rozrušením a nelibostí a při jejím návratu s ní navázaly kontakt. Některé zareagovaly na její návrat a přitom si hrály dál. Jiné usilovaly o tělesný kontakt s matkou. Další byly

matkou zcela zaujaty a projevovaly úzkost, když odešla. Takto reagovalo přibližně 60–65 % dětí.

- **Nejistě připoutané – vyhýbavé děti.** Po návratu matky se vyhýbaly interakci s ní. Buď si matky téměř vůbec nevšímalý, nebo se střídavě pokoušely o interakci s matkou a o vyhnutí vzájemné interakci. Vyhýbavé děti někdy matce věnovaly jen malou pozornost, když byla v místnosti, a často nevypadaly úzkostně, když odešla. Pokud byly úzkostné, nechaly se snadno utiшит jak matkou, tak cizí ženou. Toto chování vykazovalo přibližně 20 % dětí.
- **Nejistě připoutané – ambivalentní děti.** Po návratu matky jí vzdorovaly. Vyhledávaly s ní tělesný kontakt a zároveň se mu bránily. Mohly například plakat, ale když je matka vzala do náruče, tak se vztekle kroutily, aby je položila na zem. Některé se chovaly velmi pasivně, plakaly, když matka odešla, ale když se vrátila, tak se k ní nesnažily přiblížit, a když se matka přiblížila k nim, tak ji odmítaly. Toto chování se týkalo přibližně 10 % dětí.
- **Dezorganizované děti.** Děti z této kategorie se často chovaly rozporuplně. Mohly se například k matce přibližovat a při tom dávaly pozor, aby se na ni nedívaly, přibližovaly se k ní a potom jí unikaly nebo náhle vykřikly poté, co je položila na zem. Některé se zdály zmatené, otupělé nebo depresivní. Kategorii naplnilo 10–15 % dětí, a to častěji těch, jež byly zanedbané nebo pocházely z rodin, ve kterých se některý z rodičů léčil na psychiatrii.

„Jisté připoutání souvisí s vnímavostí pečovatelky vůči potřebám dítěte“ (Clarke-Steward, 1973). Je to zřejmé již ve třech měsících života dítěte. Matky bezpečně připoutaných dětí například reagují obvykle okamžitě, když je dítě přivolává, a láskyplně je berou do náruče. Rovněž jejich reakce více odpovídají potřebám dítěte (Isabella, Belsky, 1991). Například při započetí a ukončení krmení dítěte se řídí jeho signály, věnují pozornost tomu, co dítěti chutná, a rychlost krmení regulují podle toho, jak rychle dítě jí. Naproti tomu matky „nejistě připoutaných“ dětí reagují spíše na základě svých vlastních potřeb nebo nálad než na základě signálů dítěte. Jestliže například dítě pláče, aby na sebe upoutalo pozornost, reagují na ně pouze tehdy, když se chtějí s dítětem pomazlit, ale jindy neberou pláč na vědomí. Matky nejistě připoutaných dětí s vyhýbavým chováním v neznámé situaci drží své děti stejně jako matky dětí s bezpečným připoutáním, ale zdá se, že z blízkého tělesného kontaktu nemají takovou radost a občas se k nim chovají odmítavě. Často odmítají kontakt, když je dítě nešťastné a potřebuje utěšit. Rovněž mají tendenci k rigidnímu a nutkavému chování, často o dítě pečují spíše „podle knihy“, než aby se řídily potřebami dítěte. Zdá se, že takové chování má za následek konflikt mezi potřebou přiblížit se matce a potřebou vyhnout se kontaktu s ní. Matky nejistě připoutaných dětí, které

se v „neznámé situaci“ chovají ambivalentně, jsou ve své péči nesoustavné. Někdy na své dítě reagují citlivě, jindy jsou nepřístupné, nebo dokonce vtíravé a narušují činnost dítěte. Podobně jako u matek s vyhýbavými dětmi problém nespočívá v tom, že se jim věnují příliš málo nebo nadměrně, ale charakter a načasování jejich interakcí není soustavně přizpůsobován potřebám dítěte. Výsledkem je, že takové děti jsou ve svých pokusech vyhledávat kontakt frustrovány. To vytváří směs hledání kontaktu a vzteku, jež lze pozorovat v „neznámé situaci“. Takové děti se ve srovnání s bezpečně připoutanými dětmi stávají mnohem úzkostnějšími při krátkodobém každodenním odloučení.

Teorie raného připoutání a výzkum v této oblasti mohou mít významné psychotherapeutické důsledky. Psychotherapeutický vztah jako bezpečná platforma, terapeut jako bezpečná, empatická a posilující osoba či skupina jako bezpečná základna podobná primární skupině pomáhají ke zpracování dysfunkčních vnitřních předpokladů a postojů v kontextu se zkušenostmi z minulosti, které jsou spojeny s negativními emocemi. Podněcování rozvoje náhledu (sebereflekujícího vědomí), stejně jako zážitky koheze ve skupině – to vše může korigovat dysfunkční vztahovou vazbu z dětství (viz tabulka 1.1).

Teorie vazby se postupně objevuje ve výzkumu i praxi skupinové psychoterapie. Pomáhá lépe porozumět kohezi ve skupině, vztahům mezi členy i vztahům k terapeutům, nadějším a zklamáním ve skupinovém procesu i tomu, co se děje během skupinových interakcí (Marmarosh, 2014). Členové skupiny z velké části reagují tak, že přenášejí původní nedůvěru nebo důvěru získané v primární rodině a prvních kolektivech, do kterých byli začleněni, do fungování terapeutické skupiny. Jejich očekávání se aktualizuje v kruhu skupiny (Marmarosh, Markin, Spiegel, 2013). Zejména jedinci, kteří v primární rodině zažili nedostatek bezpečí, přijetí či ocenění, mají automaticky podobná očekávání od vedoucích i členů skupiny, přitom zároveň doufají, že jejich potřeby ve skupině budou naplněny, a prožívají zklamání, pokud se tak nestane. Jejich nejistota z původních skupin však vede ke vzorcům chování, které jim brání, aby se ve skupině projevovali jednoduše podle svých potřeb, takže skupina nejasným signálům o jejich potřebách, které jsou často skryty za kritiku, vyhýbání nebo hyperkompenzaci, nemusí dostatečně porozumět (Tasca, 2014). Vedení zkušeným psychotherapeutem umožňuje tyto bariéry ve skupině překonat a pomáhá členům skupiny k tomu, aby se dosytily jejich nenaplněné potřeby z původní rodiny a z předchozích zážitků ve skupinách lidí, ale také učí jednotlivé členy strategie, jak si tyto potřeby ve skupině doplnit a umět je dosycovat i druhým. Pochopení role časného připoutání, a to jak u členů skupiny, tak u jejich vedoucích, pomůže skupinovým terapeutům posílit bezpečí ve skupině a tím usnadnit růst jejích členů.