

ZBORNÍK
IV. ČESKO-SLOVENSKÉHO SYMPÓZIA V PRÍSTUPE ZAMERANOM
NA ČLOVEKA S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU



Emócie v čase krízy

JANA ŠPÁNIKOVÁ (ED.)

UNIVERZITA KOMENSKÉHO V BRATISLAVE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

JANA ŠPÁNIKOVÁ (ED.)

ZBORNÍK

IV. ČESKO-SLOVENSKÉHO SYMPÓZIA V PRÍSTUPE ZAMERANOM NA ČLOVEKA
S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU

EMÓCIE V ČASE KRÍZY



© JANA ŠPÁNIKOVÁ / UNIVERZITA KOMENSKÉHO V BRATISLAVE, 2011

ISBN: 978-80-223-3069-5

IV. česko-slovenské
sympóziu PCA:
Emócie v čase krízy



JANA ŠPÁNIKOVÁ (ED.):

ZBORNÍK ZO IV. ČESKO-SLOVENSKÉHO SYMPÓZIA V PRÍSTUPE ZAMERANOM NA
ČLOVEKA S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU, 2011

EMÓCIE V ČASE KRÍZY

BRATISLAVA, 16. - 17.6. 2011

UNIVERZITA KOMENSKÉHO V BRATISLAVE 2011, 105 S.

RECENZENTKY ZBORNÍKA:

MGR. VIERA CVIKOVÁ, PHD. UNIVERZITA KOMENSKÉHO V BRATISLAVE, FILOZOFICKÁ
FAKULTA, KATEDRA PSYCHOLÓGIE

PHDR. HANA SMITKOVÁ, PHD. UNIVERZITA KOMENSKÉHO V BRATISLAVE, FILOZOFICKÁ
FAKULTA, KATEDRA PSYCHOLÓGIE

VYDANÉ: © UNIVERZITA KOMENSKÉHO V BRATISLAVE

VYDANIE PRVÉ

ISBN: 978-80-223-3069-5

JAZYKOVÁ ÚPRAVA: TEXT NEPREŠIEL REDAKČNOU ÚPRAVOU. ZA ODBORNÚ
A JAZYKOVÚ STRÁNKU PRÍSPEVKU ZODPOVEDÁ AUTOR/AUTORKA.



PCA INŠTITÚT ISTER
BRATISLAVA

*PCA (PERSON-CENTERED APPROACH) - PRÍSTUP ZAMERANÝ NA ČLOVEKA

OBSAH ZBORNÍKA

<u>ÚVODNÉ SLOVO</u> LYGIA BÁTOVSKÁ	05
<u>POJEM BEZPODMIENEČNÝ A NEHODNOTIACI V PCA</u> IVAN VALKOVIČ	07
<u>EMOTION-FOCUSED THERAPY</u> LESLIE S. GREENBERG ET AL	10
<u>HRANICE V PSYCHOTERAPII A PORADENSTVE: PRÍSTUP ZAMERANÝ NA ČLOVEKA</u>	
<u>V PRÁCI S DEŤMI A ADOLESCENTMI</u> JANA LEDNICKÁ, LUCIA LENICKÁ	25
<u>VZTAH AKO ZÁKLADNÝ ASPEKT BYTÍ S ČLOVĚKEM</u> DANIELA ŠIFFELOVÁ	35
<u>HOPE AS A BASIS FOR PSYCHOTHERAPY</u> SHEILA HAUGH	39
<u>PRÁCA S RODINNOU MAPOU</u> JANA ŠPÁNIKOVÁ	40
<u>KAUČING A SUPERVÍZIA V PCA A POROVNANIE S INÝMI PRÍSTUPMI</u>	
<u>A MULTIKULTURALITOU</u> JANA ŠPÁNIKOVÁ	43
<u>KINDNESS IN THE HELPING RELATIONSHIP</u> SHEILA HAUGH	49
<u>PODPORA PROCESU STÁVANIA SA RODIČMI</u>	
MÁRIA. KOPČÍKOVÁ, HANA. CELUŠÁKOVÁ	54
<u>MOTIVAČNÉ ROZHOVORY</u> MARTA ŠPALEKOVÁ, KATARÍNA KARASZOVÁ	57
<u>ZÁVER</u> IVAN VALKOVIČ	69
<u>PRÍLOHA:</u>	
A. ABSTRAKTY	
B. PREZENTÁCIA PREDNÁŠKY - LES GREENBERG, PHD.	
C. FOTOSPOMIENKY (AUTORI FOTOGRAFIÍ: ED, JANA ŠPÁNIKOVÁ A LUKÁŠ BEHUL)	

ÚVODNÉ SLOVO

Zborník, ktorý sa vám dostáva do rúk je výsledkom IV. medzinárodného sympózia „Emócie v čase krízy“, ktorý sa konal v júni 2011 v Bratislave. Mnohí si kládli otázku, prečo práve takéto názory? Sama som bola zvedavá, koľko emócií prinesie toto stretnutie, ako s nimi kolegovia narábajú a či sa nevytratili z ich práce v dobe kde vládne čas a peniaze. Časový faktor vládol aj počas sympózia, kde jedna prednáška striedala druhú a na výmenu názorov, postrehov, emócií bolo menej priestoru. Na druhej strane po odbornej stránke priniesol mnoho informácií a podnetov, emotívnych myšlienok, ktoré má možnosť každý zúčastnený ďalej spracovávať.

Pôvodným zámerom sympózia nebolo vydanie zborníka, ale umožnenie piazivcom PCA stretnúť sa a vzájomne sa informovať a vymeniť si skúsenosti. Tak ako to bolo na začiatku na 1. československom stretnutí v Pardubicích v r. 2001. Nápad vznikol spontánne v radoch absolventov výcvikových skupín v Čechách a na Slovensku. Realizáciu vzali do rúk vtedy Naďa Grosamová a Honza Holeyšovský. Stretnutie sa nieslo v duchu spoločného encountru a workshopové skupiny sa sústreďovali okolo spontánne navrhnutých tematických oblastí. Ľudia si mohli v týchto skupinách navzájom vymieňať poznatky, názory, pocity k témam, ktoré ich zaujímali. Nebol hlavný prednášajúci, ani vedúci workshopov. Boli to skôr samoregulačné skupiny, ktoré pripomínali Cross Cultural Communication (tí čo ho absolvovali, vedia o čom hovorím). Ďalšie menšie stretnutie bolo v Prahe a potom Žďár nad Sázavou v r.2009, kedy už bol program pevne stanovený s prednáškami a aj rôznorodými – nie vždy len PCA zameranými workshopmi. Atmosféra bola výborná a pevný program sa stretol s dobrým ohlasom. Organizačný výbor IV. sympózia sa nechal inšpirovať takouto štruktúrou a vydanie Zborníka považujem za čerešničku na torte. Nemalú zásluhu na ňom má Hanka Smitková a Jana Špániková, ktorým sa podarilo zozbierať a zostaviť materiály do tejto podoby. Tiež veľká vďaka patrí prednášajúcim, ktorí umožnili ich publikovanie.

A ČO V ŇOM NÁJDETE.

Úvodnú prednášku profesora Lesa Greenberga, PhD: *Terapia zameraná na emócie* - Emotion Focused Therapy, ktorou otvoril IV. československé sympóziu PCA. Podľa neho tvoria emócie základ nielen prežívania človeka, ale celej osobnosti a majú vrodenný adaptívny potenciál. Vo svojom vstupe rozobral pochody a procesy, ktoré na základoch emocionálnych schém vybudujú všetky ďalšie psychické funkcie až po *selfkoncept*. Profesor Greenberg je spoluautorom mnohých vedeckých publikácií o prístupe zameranom na emócie a zároveň aj jedným z autorov psychoterapie zameranej na emócie (EFT)

So záujmom sa stretli aj ďalšie príspevky či ponúknuté workshopy sympózia. Pripomeniem len niektoré: *Proces zmeny v terapii zameranej na emócie - porovnanie s klasickou terapiou zameranou na človeka* (Ladislav Timuľák z Trinity College v Dubline- Írsko), *O láskavosti, viere a nádeji* v terapeutickom a predovšetkým v ľudskom vzťahu hovorila Sheila Haugh (psychoterapeutka - facilitátorka PCA z Veľkej Británie) a ním vniesla teplo a nehu do srdca prítomných.

Som rada, že sa prihlásili aj mnohí mladí kolegovia a nebáli sa odprezentovať svoje názory a skúsenosti, medzi nich patrí aj príspevok *Vzťah jako základní aspekt bytí člověkem* (Daniela Šiffelová z Katedry psychológie FiF UK Praha), *Filiální terapie – aktivní účast rodiča v terapii diet'at'a* (Zuzana Tatárová zo súkromnej anglickej škôlky v Pezinku), *Hranice v psychoterapii a poradenstve: Prístup zameraný na človeka v práci s deťmi a adolescentmi* (autorky Jana Lednická, Lucia Lenická z Centra pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie v Bratislave), *Podpora procesu stávania sa rodičmi* (autorky Mária Kopčíková a Hana Celušáková z Centra pre rodinu - *Kvapka*, Bratislava) a mnoho, mnoho ďalších, nie menej kvalitných, prezentácií či workshopov obohatilo účastníkov sympózia v tých horúcich letných dňoch.

IV. medzinárodné česko-slovenské sympóziu - *Emócie v čase krízy* sa stretlo s veľmi pozitívnou odozvou, viac sa o tom dozvieme v príspevku Ivana Valkoviča, účastníci prejavili záujem na jeho kontinúálnom pokračovaní a tak budúce stretnutie „rogeriánov“ sa uskutoční o dva roky v Českej republike.

V BRATISLAVE 13.10.2011

LYGIA BÁTOVSKÁ

PREDNÁŠKY A WORKSHOPY

POJEM BEZPODMIENEČNÝ A NEHODNOTIACI V PCA

PHDR. IVAN VALKOVIČ

ÚSTREDIE PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY

BRATISLAVA

UPR

„...dnes sa už inak dívam aj na spojenie bezpodmienečné pozitívne prijímanie. Pôvodne sme toto označenie jednej z nutných a postačujúcich podmienok osobnostnej zmeny poskladali z toho, čo sa už o Rogersovom prístupe v slovenskom a českom jazyku napísalo, pretože sme sa s iniciátorom prvého stredoeurópskeho výcviku Vladom Hlavenkom dohodli, že zachováme kontinuitu pojmov. Nuž, ale koľko nedorozumení vzniklo kvôli slovku bezpodmienečne! Mnohí si ho vysvetľovali tak, že to musia. Za každú cenu musia klienta akceptovať, aj keby sa im pritom nožík vo vrecku otváral. O to, samozrejme, vôbec nejde. Je to vlastne naopak: ak dokážem klienta akceptovať takého, aký je, tak potom má šancu zmeniť sa (pri naplnení ďalších podmienok, t.j. že sa viem do neho naozaj vcítiť a dať mu to zrozumiteľne najavo, napokon aj to, že to trvá dostatočne dlhý čas). V priebehu ďalšieho učenia a vývinu na to učiaci sa prídu, ale možno by sme im to uľahčili priamejším a dúfam, že aj zrozumiteľnejším spojením nepodmienený pozitívny pohľad. Táto terminologická inovácia sa mi tiež zdá byť bližšie k zámeru pôvodného anglického spojenia, ktoré má podobu unconditional positive regard.“ (Valkovič, 1997, s. 12)

Preklad tohto pojmu, ktorý sa v zahraničí bežne označuje skratkou UPR a navrhol ho Standal (1954) vo svojej dizertačnej práci, neznie bezpodmienečne pozitívne prijatie, čo je logický nezmysel. Pojem bezpodmienečne pozitívne prijatie v slovenčine vznikol ako spojenie akceptácie, čo bol pôvodný názov tejto postojoyej podmienky, alebo stavu (lebo condition nie je len podmienka, ale aj stav, ba dokonca aj choroba!) a nepodmienečne pozitívneho pohľadu, pretože regard, je všeličo možné, má aspoň 6 významov (Hais, Hodek, 1984), ale sem sa asi najviac hodí „vzťah“ alebo „pohľad“).

PREKLAD SLOVA REGARD PODĽA VEĽKÉHO SLOVNÍKA:

1. pohľad, najmä dlhý alebo presný
2. pozornosť
3. ohľad, zreteľ, hľadisko, dôvod, motív
5. pomer, vzťah človeka k človeku, úcta, ocenenie, hodnotenie
6. prehliadka lesov (br., hist.)
7. vzhľad, zovňajšok

A čo je zaujímavé: spojenie to hold a person in high regard znamená mať koho vo veľkej úcte!)

Nehovoriac o tom, že prídavné meno unconditional je to slovíčko, ktorým sa označujú pavlovovské reflexy, ako podmienené a nepodmienené! Teda nie bezpodmienečný, ale nepodmienený. Zdá sa to byť malý rozdiel, ale je dôležitý.

Niekomu sa môže zdať nevkusné pripomínať Pavlovo pokusy so psami v súvislosti s humanistickou psychoterapiou. Na tom predsa staval celkom iný prúd terapie a ten sa zaujímal hlavne o podmieňovanie. Ak však pripustíme, že Standal prevzal toto prídavné meno od Pavlova, mohol mať na mysli to, že pozitívny pohľad alebo vzťah človeka k človeku je vrodenný podobne ako nepodmienené reflexy. (Ktoré napokon existujú

aj u ľudí.) Je to prekvapujúca myšlienka. Na výcvikoch PCA to skôr vyzerá tak, že všetky Rogersove nutné a postačujúce „podmienky“ na strane terapeuta sa práce učíme. Musíme si ich osvojiť. Je možné, že v dospelosti už áno. Ale či sa dieťa po narodení nepozerá ne ľudí okolo seba s úsmevom a radosným očakávaním, pokiaľ má všetko, čo k životu potrebuje? Či sa neusmieva na tvár matky i ostatných ľudí, keď sa k nemu priblížia? Či sa nerozplače na pôrodnici, keď začuje plakať iné bábätko? Či sa neprejavuje priamo a bezprostredne, pravda podľa jeho vyjadrovacích možností, keď niečo potrebuje? Teda o jeho kongruencii nepochybujeme, ba dokonca ju pri vysvetľovaní tohto pojmu niekedy dávame dospelým za príklad. Aj jeho schopnosť súcítiť, teda empaticky sa naladiť na iné ľudské tvory, je aspoň pri tom skupinovom plači na pôrodnici, celkom zrejmé. Prečo by nemohol byť aj nepodmienený pozitívny vzťah (alebo pohľad) prítomný v človeku už od narodenia? Veď s akceptáciou, aby som použil aj pôvodný termín, je to tak, že ľahšie prijímame nového, neznámeho človeka a postupne je to čoraz ťažšie, lebo sa dozvedáme o ňom všeličo, čo nie je vždy v súlade s našimi názormi a hodnotami. Čo ak sa teda schopnosť pozitívneho prístupu k ľuďom všeobecne v nás na ceste k dospelosti iba stratila? Vytratila sa alebo ju jednoducho prepísali sklamaná, či podmienky ocenenia, ktoré na nás kládli rodičia, učitelia a ďalšie významné osoby v našom živote. Ak je to tak, nemusíme sa ju učiť – stačí sa k nej vrátiť.

HODNOTENIE

Pri nepodmienenom pozitívnom vzťahu človeka k človeku teda nejde o to, aby sme bezpodmienečne niečo videli tak alebo tak, ale o to, aby sme nekládli podmienky. Aby sme nekládli podmienky – a čomu? Pozitívnemu pohľadu na iného človeka. Ale ak sa na niekoho dívame pozitívne, tak ho hodnotíme! A tu sme pri ďalšom bode, takom dôležitom v PCA, ale nielen v PCA. Napríklad aj v Biblii sa hovorí: nesúďte, aby ste neboli súdení (Mt 7;1)!

Hodnotenie – po anglicky judgement, však nie je evaluation, teda ohodnotenie, ani assessment, teda odhad. Je to judgement, teda posúdenie alebo možno až odsúdenie. nemožno nehodnotiť, čiže v PCA ide o nepodmienečne pozitívny pohľad na osobu, čo je hodnotiaci prístup. O čo nejde, je posudzovať v zmysle skôr odsudzovať to judge súdiť, veď, čo vám sudca môže najlepšie povedať na súde: že ste nevinný. Je to nejaká pochvala? To je len konštatovanie neprítomnosti viny, teda hriechu, prešľapu, trestného činu... žiadna pochvala. Ale Rogers (1997, s. 32) o človeku, presnejšie o pohľade na človeka hovorí, že je ako západ slnka: „Ľudia sú takí istí nádherní ako západ slnka, ak ich nechám byť. Príčina toho, že sa nám západ slnka tak páči, spočíva možno v tom, že ho nevieme ovládať. Keď sa pozerám na západ slnka, ako som sa naň pozeral minule, nehovorím si: uber trochu oranžovej v pravom hornom rohu a pridaj trochu purpurovej dolu, alebo použi trochu viac ružovej na oblaky. Nerobím to. Nesnažím sa ovládať západ slnka. S úžasom pozorujem, ako sa vyvíja. Najlepšie sa cítim, keď dokážem vnímať a vážiť si člena môjho tímu, svojho syna, svoju dcéru, svoje vnúčatá takýmto spôsobom. Myslím si, že je to trochu orientálny spôsob. Pre mňa je to však ten najuspokojivejší postoj.“ Nieкто možno nemá rád gýčovitě obrazy západu slnka, ale väčšinou sa nimi ľudia nadchýňajú. Je toto nehodnotiaci pohľad na človeka? Veru nie je. Je hodnotiaci, lenže v pozitívnom zmysle slova.

MATERINSKÝ PRÍSTUP

Ak teda prístupujeme k človeku s nepodmienečne pozitívnym pohľadom, prístupujeme k nemu asi ako matka k dieťaťu: bez ohľadu na to, čo urobí, berieme ho z pozitívnej stránky. Dovolím si teda tvrdiť, že PCA sa podobá materinskej láske, nie láske otcovskej, ktorá nie je nepodmienená: lež posudzuje a trestá za priestupky. Toto prirovnanie uvádzam s určitou básnickou licenciou a bez nároku na vedeckosť. Je to skôr opreté o možno nereálne a všeobecné predstavy o prístupe matiek a otcov k svojim deťom. Feministický prístup bude pravdepodobne vznášať námietky, pretože sú otcovia, ktorí prístupujú k svojim deťom nepodmienečne pozitívne a nájdu sa matky, ktoré karhajú a trestajú svoje deti viac než ich otec. Ba, nájdu sa aj matky, ktoré dokážu svoje dieťa utopiť! Ostaňme však pri obraze matky, ktorá nezavrhně svojho syna, ani keď spácha vraždu a stále ho miluje rovnakou láskou. Taký obraz mám pred očami, keď hovorím o PCA.

ZDROJE:

1. Hais, K., Hodek, B.: Velký anglicko-český slovník, Academia, Praha, 1984
2. Rogers, C. R.: Spôsob bytia, IRO, Modra, 1997
3. Standal, S.: The need for positive regard; A contribution to Client-Centered Theory. Unpublished PhD. Thesis, University of Chicago, 1954 (Ako byť sám sebou, s. 229)
4. Valkovič, I.: Predslov ku knihe Carla R. Rogersa: Spôsob bytia, IRO, Modra, 1997

EMOTION-FOCUSED THERAPY: AN OVERVIEW

LESLIE S. GREENBERG, ROBERT ELLIOTT & ALBERTA POS

L. S. GREENBERG ET AL.: EMOTION-FOCUSED THERAPY: AN OVERVIEW (PAGE 19-39)

LES GREENBERG, PHD; YORK UNIVERSITY, TORONTO

EUROPEAN PSYCHOTHERAPY/VOL. 7 NO. 1. 2007

ABSTRACT

Emotion-focused therapy (EFT) (ELLIOTT, WATSON, GOLDMAN, & GREENBERG, 2004; GREENBERG, 2002; GREENBERG & JOHNSON, 1988; GREENBERG & WATSON, 2006) is an empirically supported experiential treatment (ELLIOTT, GREENBERG & LIETAER, 2004) that integrates elements of Person Centered (ROGERS, 1961) and Gestalt practice (PERLS, HEFFERLINE, & GOODMAN, 1951) with modern emotion theory and a dialectical-constructivist meta-theory. The approach was originally termed Process experiential therapy (PE) (GREENBERG, RICE & ELLIOTT, 1993) reflecting its roots in, and embodying principles of, a humanistic/ experiential approach. Emotionally-Focused Therapy (EFT) was used earlier as the name of the couple therapy approach (GREENBERG & JOHNSON, 1988). Overtime developments in the understanding of the role of emotion in human functioning and in therapy led us to see emotion as centrally important in the experience of self, in both adaptive and maladaptive functioning, and in therapeutic change and the change in name reflected this development. Since the late 1990's, the term Emotion-Focused Therapy has come to be applied to both the individual and couple therapy (GREENBERG & PAIVIO, 1997; GREENBERG, 2002; ELLIOTT ET AL., 2004; GREENBERG & WATSON, 2006, GREENBERG & GOLDMAN, 2008).

SPECIAL TOPIC: EMOTION-FOCUSED THERAPY

EFT proposes that emotions themselves have an innately adaptive potential that if activated can help clients change problematic emotional states or unwanted self-experiences. This view of emotion is based on the belief, now gaining ample empirical support, that emotion, at its core, is an innate and adaptive system that has evolved to help us survive and thrive. Emotions are connected to our most essential needs. They rapidly alert us to situations important to our well-being. They also prepare and guide us in these important situations to take action towards meeting our needs. Emotion thus set a basic mode of processing in action (LEDOUX 1996, GREENBERG 2002). Clients are helped in therapy to better identify, experience, explore, make sense of, transform and flexibly manage their emotions. As a result, clients become more skillful in accessing the important information and meanings about themselves and their world that emotions contain, as well as become more skillful in using that information to live vitally and adaptively.

In EFT emotion schemes are seen as the primary source of experience, rapidly and implicitly functioning to automatically produce felt experience and action tendencies. Emotions schemes are based on in-wired emotional responses but couple these with learning into more complex internal organizations which include cognition. In an emotion schematic view of processing people continuously interpret, transform, and derive meaning out of incoming sensory input (from inside the body or from the environment). These sensations are interpreted and attached to other sensations and a larger scheme of meaning is formed. The human mind creates responses, which are aimed at internal satisfaction, as well as harmony with the demands and expectations of the environment. The resulting neural activity becomes a schematic structure that, when activated, creates a cascade of sensorimotor and representational processes that are the core of the flow of the experience. Feeling an emotion involves experiencing body changes in relation to and integrated with the evoking object or situation, as well as past emotional learning. In contrast to a cognitive schema, the emotion scheme includes a large component

of nonverbal and affective experience. Emotion schemes form the foundation of the self. Emotion schemes themselves are not available to awareness. However, they can be understood through the experiences they produce. Experience is available to awareness, and can be attended to, explored, and made sense of by a process of attention and reflection. The way we find ourselves to be in a situation, ie: the feeling of what happens, such as feeling put down, feeling confident or feeling shy, emerges from the dynamic synthesis of implicit emotion schemes that produce these changing self-organizations as a felt referent. Our experience of these states is then constructed into what we consciously feel by referring to the bodily-felt feeling of what happens, symbolizing it in awareness, reflecting on it and forming narratives that explain it thereby creating the self we become in that moment (GREENBERG & WATSON 2006). We thus are in a continual process of simultaneously discovering and creating who we are who we are. The involvement of focal attention is required for the processing of automatic emotional information into explicit experience and into what will be remembered. The use of focused attention to attend to current bodily felt feelings, to images of the past, and to a painful experience previously avoided thus is a central method in EFT. In addition, narrative is foundational to the inception of change experiences. Successful self-change involves the articulation, elaboration, and transformation of the client's life story. While EFT takes emotion as the fundamental datum of human experience it recognizes the importance of meaning making, and narrative change and ultimately views emotion and cognition as inextricably intertwined. Emotion schemes are seen as the major internal structure that organizes experience. Briefly, emotion schemes are implicit, idiosyncratic internal networks of human experience that serve as the basis for self-organization, including consciousness, action, and identity (GREENBERG & PAIVIO, 1997; GREENBERG ET AL., 1993). In particular, complete emotion schemes contain a variety of elements, including situational, bodily, affective, conceptual and action elements. Dysfunction results when emotion schemes have become maladaptive through traumatic learning and/or when one or more of the elements of the scheme are not symbolized in awareness (ELLIOTT ET AL., 2004; LEIJSEN, 1998). The therapist helps clients understand and transform their emotion schematic experience through careful empathic listening, and evocative or expressive interventions; therapists also help clients reflect on and reevaluate emotion schematic memories and expose these structures to more adaptive emotional responses (GREENBERG & PAIVIO, 1997). Another important characteristic of EFT is its process diagnostic approach to both moment by moment emotion and to different in-session emotional states. With regard to assessment of moment by moment emotions, EFT suggests that these can be organized into four distinct classes of emotional response – Primary adaptive emotion, Primary maladaptive emotion, Secondary reactive and instrumental emotion. (GREENBERG & SAFRAN, 1987). These are discussed in detail in the next paper by HERMANN & GREENBERG (this volume). Given that all emotional experience is not the same, it follows that different kinds of emotional reactions benefit from different therapist interventions (GREENBERG & SAFRAN, 1989; GREENBERG & PAIVIO, 1997).

PRINCIPLES OF EMOTIONAL CHANGE

In EFT the central mechanism of the change in the psychotherapy is emotional processing and the emergent meaning-making processes. From the EFT perspective change occurs by making sense of one's emotions through awareness, expression, regulation, reflection, and transformation of emotion in the context of an empathically attuned relationship that facilitates these processes. The principles of emotional change are described below

Awareness of emotion is the most fundamental principle. Once we know what we feel we reconnect to the needs that are being signaled by emotion, and are motivated to meet our needs. Increased emotional awareness is therapeutic in a variety of ways. Becoming aware of and symbolizing core emotional experience in words provides access both to the adaptive information and action tendency in the emotion. It is important to note that emotional awareness is not thinking about feeling, it involves feeling the feeling in awareness. Only once emotion is felt does its articulation in language become an important component of its awareness. Clients' ability to articulate what they are experiencing in their inner world is thus a central focus of this treatment. The therapist works with clients to help the client approach, tolerate and regulate as well as accept their emotions. Acceptance of emotional experience as opposed to its avoidance is the first step in awareness work. Having accepted the emotion rather than avoided it the therapist then helps the client in the utilization of emotion. Here clients learn how to utilize the emotion that they have become aware of and accepted to improve coping. Clients are helped to make sense of what their emotion is telling them and to identify the goal/need /concern which it is organizing them to attain. Emotion is thus used both to inform and to move. Therapists model approaching and valuing of emotion by attuning to clients' emotionally poignant experience. By making empathically evocative responses to clients' stories, clients' attention is pointed towards the emotional poignancy in their life. Therapists use language carefully in this process, avoiding theoretical talk or external narrative, instead making empathic conjectures that employ the language of clients' internal worlds, describing particular not general

experiences, in sensory not conceptual terms. Over time clients learn to attend inwardly and their awareness of the emotional significance in their experience grows. If emotional experience is blocked, attending inward may also require gaining more awareness of the bodily felt experience connected to emotion. The safe, accepting working relationship, free from worry about therapists' judgment, supports this move inward.

EXPRESSION

Emotional expression has recently been shown to be a unique aspect of emotional processing that predicts adjustment to such things as breast cancer (STANTON, DANOFF-BURG, CAMERON, BISHOP, COLLINS, KIRK, SWOROWSKI, & TWILLMAN, ET AL., 2000) and interpersonal emotional injuries, including trauma (GREENBERG & MALCOLM 2002, PAIVIO & NIEUWENHUIS, 2001, PAIVIO, HALL, HOLOWATY, JELLIS, & TRAN, 2001, FOA & JAYCOX, 1999). Expressing emotion in therapy does not involve the venting of emotion but rather overcoming avoidance to strongly experience and express previously constricted emotions (FOA & KOZAK 1986, GREENBERG & SAFRAN, 1987). Expressive coping may help one attend to and clarify central concerns and serve to promote pursuit of goals. There is a strong human tendency to avoid painful emotions. Normal cognitive processes often distort emotion and transform adaptive unpleasant emotions such as sadness and anger into dysfunctional behavior designed to avoid feeling. First clients must approach emotion by attending to emotional experience. This often involves changing the cognitions governing their avoidance. Then clients must allow and tolerate being in live contact with their emotions. These two steps are consistent with notions of exposure. There is a long line of evidence on the effectiveness of exposure to previously avoided feelings (FOA & JAYCOX, 1998). From the experiential perspective, however, approach, arousal and tolerance of emotional experience is necessary but not sufficient. Optimum emotional processing involves the integration of cognition and affect (GREENBERG, 2002; GREENBERG & PASCUAL-LEONE, 1995; GREENBERG & SAFRAN, 1987). Once contact with emotional experience is achieved, clients must also cognitively orient to that experience as information, and explore, reflect on, and make sense of it. The effect of emotional arousal in therapy however, also depends on the quality of the working alliance. IWAKABE, ROGAN, AND STALIKAS (2000) documented that high arousal predicted good session outcome only when there was a strong alliance. There can be no universal rule about the effectiveness of arousing emotion or evoking emotional expression. The role of arousal and the degree to which it could be useful in therapy depends on what emotion is expressed, about what issue, how it is expressed, by whom, to whom, when and under what conditions, and in what way the emotional expression is followed by other experiences of affect and meaning (WHELTON, 2004). Arousal is necessary but not sufficient for therapeutic progress. Recently GREENBERG, AUZRA AND HERMANN (2007) found that it was the degree of productivity of processing of aroused emotions, rather than arousal alone, that distinguished good from poor outcome cases.

REGULATION

The third principle of emotional processing involves the regulation of emotion. Facilitating the ability to tolerate and regulate having emotional experience thus is another important change process. It is clear that emotional arousal and expression is not always helpful or appropriate in therapy or in life and that, for some clients, training in the capacity for emotional regulation must precede or accompany it. Any benefits believed to accrue from the intense expression of emotion are generally predicated on the client's overregulation (over-control) or suppression of emotion but it is apparent that for some individuals, psychological disorders and situations emotions are under- or dysregulated (LINEHAN, 1993, GROSS, 1999). Important issues in any treatment then are what emotions are to be regulated and how are they to be regulated. Under regulated emotions that require down regulation generally are either such secondary emotions, such as despair and hopelessness, or primary maladaptive emotions such as the shame of being worthless, the anxiety of basic insecurity and panic. Clients with under-regulated affect have been shown to benefit both from validation and the learning of emotion regulation and distress tolerance skills (LINEHAN, 1993). The provision of a safe, validating, supportive and empathic environment helps soothe automatically generated under-regulated distress (BOHART & GREENBERG, 1997) and helps strengthen the self. Emotion regulation skills involve such things as identifying and labeling emotions, allowing and tolerating emotions, establishing a working distance, increasing positive emotions, reducing vulnerability to negative emotions, self-soothing, breathing, and distraction. Regulation of under-regulated emotion thus involves getting some distance from overwhelming despair and hopelessness and/or developing self-soothing capacities to calm and comfort core anxieties and humiliation. Rather than dwelling in these activities, positive experience and support are helpful. Maladaptive emotions of core shame and feelings of shaky vulnerability also benefit from regulation in order to create a working distance from these rather

than become overwhelmed by them. Forms of meditative practice and self-acceptance often are most helpful in achieving a working distance from overwhelming core emotions. The ability to regulate breathing, and to observe one's emotions and let them come and go are important processes to help regulate emotional distress. Mindfulness treatments have been shown to be effective in treating generalized anxiety disorders and panic (KABAT-ZIN, MASSION, KRISTELLER, PETERSON, FLETCHER, PBERT, LENDERKING & SANTO-RELLI, 1992), chronic pain (KABAT-ZINN, LIPWORTH, BURNEY & SELLERS,

1986), and prevention of relapse in depression (TEASDALE, SEGAL, WILLIAMS, RIDGEWAY, SOULSBY & LAU, 2000). Mindful awareness of emotions coupled with awareness of breathing is helpful in regulating symptoms of depression and anxiety and enhances coping. Another important aspect of regulation is developing clients' abilities to tolerate emotion and to self-soothe. Emotion can be down-regulated by developing tolerance and by soothing at a variety of different levels of processing. Physiological soothing involves activation of the parasympathetic nervous system to regulate heart rate, breathing and other sympathetic functions that speed up under stress. At the more deliberate behavioral and cognitive levels, promoting clients' abilities to receive and be compassionate to their emerging painful emotional experience is the first step towards tolerating emotion and self-soothing. It appears that simply acknowledging, allowing and tolerating emotion also is an important aspect of helping regulate it. This soothing of emotion can be provided by individuals themselves, reflexively, by an internal agency, or from another person. As we have seen self-soothing involves among other things diaphragmatic breathing, relaxation, development of self-compassion and self-talk. Soothing also comes interpersonally in the form of empathic attunement to one's affect and through acceptance and validation by another person. Being able to soothe the self develops initially by internalization of the soothing functions of the protective other (SROUFE, 1996; STERN, 1985). In EFT therapists thus help clients contain and regulate emotional experience by providing a soothing environment. Over time this is internalized and helps clients develop implicit self-soothing, the ability to regulate feelings automatically without deliberate effort.

REFLECTION

In addition, to recognizing emotions and symbolizing them in words, promoting further reflection on emotional experience helps people make sense of their experience and promotes its assimilation into their ongoing self-narratives. What we make of our emotional experience makes us who we are. Reflection helps to create new meaning and develop new narratives to explain experience (GREENBERG & PASCUAL-LEONE, 1997; GREENBERG & ANGUS, 2004; GOLDMAN, GREENBERG, & POS, 2005; PENNEBAKER, 1995). PENNEBAKER (1995) has shown the positive effects of writing about emotional experience on autonomic nervous system activity, immune functioning, and physical and emotional health and concludes that through language, individuals are able to organize, structure and ultimately assimilate both their emotional experiences and the events that may have provoked the emotions. This clearly involves conscious conceptual processes. Exploration of emotional experience and reflection on what is discovered thus is another important process in change. Reflection helps make sense of aroused experience. In this process, feelings, needs, self-experience, thoughts and aims of different parts of the self are identified. How parts of the self are connected can be experienced and understood. How a condemning self-critical voice leads to feelings of shame and depression is understood, and helps people recognize their agency in the creation of their problematic experience. The meanings of situations that have evoked emotion are made sense of. The result of this reflection is deep experiential self-knowledge.

TRANSFORMATION

The final and probably most important way of dealing with emotion in therapy involves the transformation of emotion by emotion. This applies most specifically to transforming primary maladaptive emotions such as fear and shame (GREENBERG, 2002). This principle of emotional change suggests that a maladaptive emotional state can be transformed best by undoing it by activating another more adaptive emotional state. SPINOZA (1967) was the first to note that emotion is needed to change emotion. He proposed that "An emotion cannot be restrained nor removed unless by an opposed and stronger emotion" (Ethics IV, p.195). Reason clearly is seldom sufficient to change automatic emergency based emotional responses. DARWIN (1897) on jumping back from the strike of a glassed-in snake, noted that having approached it with the determination not to start back, that his will and reason were powerless against the imagination of a danger which he had never even experienced. Rather than reason with emotion one can transform one emotion with another. In time the co-activation of the more adaptive emotion along with or in response to the maladaptive emotion helps transform the maladaptive emotion. While thinking usually changes thoughts, only feeling can change emotions. In EFT an

important goal thus is to arrive at maladaptive emotion, not for its good information and motivation, but in order to make it accessible to transformation. It is important to note that the process of changing emotion with emotion goes beyond ideas of catharsis or completion and letting go, exposure, extinction or habituation, in that the maladaptive feeling is not purged, nor does it simply attenuate by the person feeling it. Rather another feeling is used to transform or undo it. Although exposure to emotion at times may be helpful to overcome affect phobia, in many situations in therapy, change also occurs because one emotion is transformed by another emotion rather than simply attenuating. In these instances emotional change occurs by the activation of an incompatible, more adaptive, experience that undoes or transforms the old response. This involves more than simply feeling or facing the feeling leading it to diminish. Rather emotional change occurs by the activation of an incompatible, more adaptive experience that replaces or transforms the old response. FREDERICKSON (2001) for example has shown that a positive emotion may loosen the hold that a negative emotion has on a person's mind by broadening a person's momentary thought action repertoire. The experience of joy and contentment were found to produce faster cardiovascular recovery from negative emotions than a neutral experience. FREDERICKSON, MANCUSO, BRANIGAN & TUGADE (2000) found that resilient individuals cope by recruiting positive emotions to undo negative emotional experiences. Thus in the first instance bad feelings appear to be able to be transformed by happy feelings, not in a deliberate manner, by trying to look on the bright side, or by replacement, but by the evocation of meaningfully embodied alternate experience that undoes the physiology and experience of negative feeling. In grief, laughter has been found to be a predictor of time to recovery. Thus being able to remember the happy times, to experience joy helps as an antidote to sadness (BONANNO & KELTNER, 1997). Warmth and affection similarly often is an antidote to anxiety. In depression a protest-filled, submissive, sense of worthlessness can be transformed therapeutically by guiding people to the desire that drives their protest – a desire to be free of their cages and to access their feelings of joy and excitement for life. ISEN (1999) hypothesized that at least some of the positive effect of happy feelings depends on the effects of the neurotransmitter's involved in the emotion of joy on specific parts of the brain that influence purposive thinking. Mild positive affect has been found to facilitate problem solving. These studies together indicate that positive emotion can be used to change negative emotion. DAVIDSON (2000) also suggests that the right hemispheric withdrawal related negative affect system can be transformed by activation of the approach system in the left prefrontal cortex. This principle applies not only to positive emotions changing negative ones but to changing maladaptive emotions by activating dialectically opposing adaptive emotions (GREENBERG 2002). Thus, in therapy, maladaptive fear, once aroused, can be transformed into security by the activation of more boundary-establishing emotions of adaptive anger or disgust, or by evoking the softer feelings of compassion or forgiveness. Similarly maladaptive anger can be undone by adaptive sadness. Maladaptive shame can be transformed by accessing both anger at violation and self-comforting feelings and by accessing pride and self-worth. Thus the tendency to shrink into the ground in shame can be transformed by the thrusting forward tendency in newly accessed anger at violation. Withdrawal emotions from one side of the brain are replaced with approach emotions from another part of the brain or vice-versa (DAVIDSON, 2000). Once the alternate emotion has been accessed it transforms or undoes the original state and a new state is forged. In EFT transformation thus comes from the client accessing a new emotional state in the session that undoes the old maladaptive emotion. How does the therapist access new emotions? The therapist attends to subdominant emotions that are currently being expressed 'on the periphery' of a client's awareness, and helps the client attend to and experience the more adaptive primary emotions and needs that provide inner resilience. Other methods of accessing new emotion involve using enactment and imagery to evoke new emotions, remembering a time an emotion was felt, changing how the client views things, or even expressing an emotion for the client (GREENBERG 2002). Once accessed, these new emotional resources begin to undo the psycho-affective motor program previously determining the person's mode of processing. This enables the person to challenge the validity of perceptions of self/other connected to maladaptive emotion, weakening its hold on them. The difficulty in changing emotional experience, and restructuring emotional responses, is that emotional change cannot occur through a rational process of understanding or explanation, but rather, by generating a new emotional response. EFT works on the basic principle that people must first arrive at a place before they can leave it. Maladaptive emotion schemes must be activated in the therapy session in order to change them by accessing other more adaptive emotions.

TREATMENT PRINCIPLES

The treatment principles that guide the therapist's relational stance and actions (Greenberg et al., 1993; Elliott et al., 2004) are divided into task and relationship principles. EFT involves a therapeutic style that combines both following and guiding the client's experiential process, and emphasizes the importance of both relationship and intervention skills. Emotion-Focused Therapy is built on a genuinely valuing, empathic re-

relationship and on the therapist being fully present, highly respectful, and sensitively responsive to the client's experience. The relationship principles given below involve facilitation of shared engagement in a safe, task-focused therapeutic relationship, a relationship that is secure and focused enough to encourage the client to express and explore his or her key personal difficulties and emotional pain.

1. Empathic attunement: enter and track the client's immediate and evolving experiencing.
2. Therapeutic bond: communicate empathy, caring, and presence to the client.
3. Task collaboration: facilitate involvement in goals and tasks of therapy.

The three relationship principles above provide a model of the optimal client-therapist relationship in EFT therapy. These are matched by the three task principles below that guide the pursuit of therapeutic tasks presented by clients. These principles are based on the general assumption that human beings are agentic, purposeful organisms with an innate need for exploration and mastery of their environments. These principles are enacted in the therapist's attempts to help the client resolve internal, emotion-related problems through work on personal goals and within-session tasks.

4. Experiential processing: help the client work in different ways at different times.
5. Task Completion/Focus: focus on, and facilitate client completion of key therapeutic tasks.
6. Self-Development: foster client responsibility and empowerment.

INTERVENTION

Different types of empathy have been delineated ranging from purely understanding responses through, validating and evocative responses to exploratory and conjectural responses (GREENBERG & ELLIOTT, 1997). Empathic exploration however is the fundamental mode of intervention in EFT. By sensitively attending, moment by moment, to what is most poignant in clients' spoken and non-spoken (non-verbal) narrative, a therapist's verbal empathic exploration can capture clients' experience more richly than can clients' own descriptions (RICE, 1974). This helps the client symbolize previously implicit experience consciously in awareness. When a therapist's response ends with a focus on what seems most implicitly alive in a client's statement, the client's attention is focused on this aspect of his or her experience. The client is encouraged to focus on and differentiate the leading edges of his or her experience. This is exemplified in the segment below where a depressed client is exploring her experience at the end of a romantic relationship:

Client: *I keep wondering if he will call,*

Therapist: *The image I have is of you sitting there waiting for the phone to ring and even*

though there is only silence and emptiness it is just so hard to get up and walk

away (evocative empathy) ... somehow hoping he will call. (exploratory)

Client: *I keep hoping he will come back (weeping softly)*

Therapist: So somehow hoping keeps the door open? (Exploratory)

Client: Yes I guess I have been reluctant to move on ... It makes me feel so sad but I am

beginning to realize there is no point in hanging around.

MARKERS AND TASKS

As the treatment unfolds themes emerge and a focus is developed on underlying determinants of presenting problems. The process of developing a focus is helped by therapists continuously being attuned to markers of client process that point to the underlying determinants of different types of difficulties. This is a defining feature of the EFT approach, that intervention is marker guided. Research has demonstrated that in sessions clients enter into specific problematic emotional processing states that are identifiable by clients' in-session statements and behaviors that mark underlying affective problems and that these afford opportunities for particular types of

effective intervention (GREENBERG ET AL., 1993; RICE & GREENBERG, 1984; GREENBERG, ELLIOTT & LIETAER, 1994). EFT therapists are trained to identify markers of different types of problematic emotional processing problems and to intervene in specific ways that best suit these problems.

The following main markers and their accompanying interventions have been identified:

1. Problematic reactions expressed through puzzlement about emotional or behavioral responses to particular situations. For example a client saying "on the way to therapy I saw a little puppy dog with long droopy ears and I suddenly felt so sad and I don't know why". Problematic reactions are opportunities for a process of systematic evocative unfolding. This form of intervention involves vivid evocation of experience to promote re-experiencing the situation and the reaction to establish the connections between the situation, thoughts, and emotional reactions, to finally arrive at the implicit meaning of the situation that makes sense of the reaction
2. An unclear felt sense in which the person is on the surface of, or feeling confused and unable to get a clear sense of his/her experience, "I just have this feeling but I don't know what it is" An unclear felt sense calls for focusing (GENDLIN, 1996) in which the therapist guides clients to approach the embodied aspects of their experience with attention and with curiosity and willingness, to experience them and to put words to their bodily felt sense.;
3. Conflict splits in which one aspect of the self is critical or coercive towards another aspect, for example a woman quickly becomes both hopeless and defeated but also angry in the face of failure in the eyes of her sisters, "I feel inferior to them, Its like "I've failed and, I'm not as good as you". Self critical splits like this offer an opportunity for two-chair work. In this two parts of the self are put into live contact with each other. Thoughts, feelings and needs within each part of the self are explored and communicated in a real dialogue to achieve a softening of the critical voice and an integration between sides.
4. Self-interruptive splits arise when one part of the self interrupts or constricts emotional experience and expression, "I can feel the tears coming up but I just tighten and suck them back in, no way am I going to cry". In the intervention the interrupting part of the self is made explicit. Clients become aware of how they interrupt and are guided to enact the ways they do it, be it by physical act (choking or shutting down the voice), metaphorically (caging), etc., or verbally ("shut up, don't feel, be quiet, you can't survive this"), so that they can experience themselves as an agent in the process of shutting down and then can react to and challenge the interruptive part of the self.
5. An unfinished business marker involves the statement of a lingering unresolved feeling toward a significant other such as the following said in a highly involved manner, "my father, he was just never there for me. I have never forgiven him, deep down inside I don't think I'm grieving for what I probably didn't have and know I never will have". Unfinished business toward a significant other calls for an empty-chair intervention. Using an empty-chair dialogue, clients activate their internal view of a significant other and experience and explore their emotional reactions to the other and make sense of them. Shifts in views of both the other and self occur and
6. Vulnerability in which the self feels fragile, deeply ashamed, or insecure about some aspect of his/her experience, "I just feel like I've got nothing left. I'm finished. It's too much to ask of myself to carry on". Vulnerability calls for empathic validation. When a person feels deeply ashamed or insecure about some aspect of his/her experience, above all else, clients need empathic affirmation from the therapist who must warmly accept the client and both validate and normalize their experience.

Identifying these client markers not only helps focus treatment but also when clients express an in-session marker this signifies to the therapist that a particular affective processing problem is currently activated and amenable to intervention. The type of marker alerts the therapist to which intervention will most fruitfully help resolve the emotional processing difficulty. A treatment focus develops by repeated responses to clients' present emotional processing difficulties in the moment from session to session. The focus develops by following what is most alive and painful. The ultimate goal of treatment and these marker-driven interventions is to Access primary feelings and in more distressed clients to access maladaptive emotion schemes in order to expose them to adaptive emotions.

PHASES OF TREATMENT

EFT treatment can be broken into three major phases (GREENBERG & WATSON 2006). The first phase of bonding and awareness is followed by the middle phase of evoking and exploring. Finally therapy concludes with a transformation phase that involves constructing alternatives through generating new emotions, and reflecting to create new meaning.

PHASE 1: BONDING AND AWARENESS. THIS PHASE INVOLVES THE FOLLOWING FOUR STEPS

- 1) Attending to, empathizing with, and validating the client's feelings and current sense of self.
- 2) Providing a rationale for working with emotion.
- 3) Promoting awareness of internal experience.
- 4) Establishing a collaborative focus.

From the first session the therapist deeply holds a therapeutic attitude of empathy and positive regard to help create a safe environment for the evocation and exploration of emotion that will later take place. In the early phase of therapy it is also necessary to provide clients with a rationale as to how working with emotion will help. This supports clients' collaboration with the aim to work on emotions. For example, the therapist might say: "Your emotions are important they are telling you that this is important to you. Let's work on allowing them and getting their message". The therapist also helps the client start approaching, valuing and regulating their emotional experience. The focus of treatment also begins to be established in this early phase. Therapists and clients collaboratively develop an understanding of the person's core pain, and work towards agreement on the underlying determinants of presenting symptoms. For example, while working with a depressed woman who had been a single parent for five years, the therapist by following her pain came to focus the client on underlying shame that came from her self contempt for having married a man who had been physically abusive, and for not having left him the first time he hit her.

PHASE 2: EVOCATION AND EXPLORATION. THIS PHASE INVOLVES THE FOLLOWING FOUR STEPS

- 1) Establishing support for emotional experience.
- 2) Evoke and arouse problematic feelings.
- 3) Undoing interruptions of emotion.
- 4) Helping access primary emotions or core maladaptive schemes

During this phase, emotions are evoked, and if necessary, intensified. First however the therapist must ensure there is sufficient internal and external support for evoking painful emotions.

Trust, the ability to regulate, sufficient resilience and the capacity to self soothe all are necessary before evoking emotion. The goal of the evocation and exploration of emotion is to eventually arrive at the deepest level of core primary emotion. Many techniques can be used to do this such as empathic evocation, focusing, and gestalt chair dialogues. Before activating emotion, therapists assess the client's readiness for evoked emotional experiences, and ensure that the client has the internal resources to make therapeutic use of them. Once assured of this,

EFT therapists during this phase help people experience and explore what they feel at their core. Interruption and avoidance of emotional experience is also worked through in this phase.

Therapists focus on the interruptive process itself and help clients become aware of, and experience the cognitive (catastrophic expectations), physical (stopping breath), and behavioral (changing the topic) ways they may

be stopping and avoiding feelings (i.e. Therapist: What's happening now? I see you tighten up. Client: I'm squeezing my stomach and holding my breath. Therapist: Yeah, do it some more to get a sense of how you do this).

PHASE 3: TRANSFORMATION AND GENERATION OF ALTERNATIVES. THIS PHASE INVOLVES THE FOLLOWING THREE STEPS:

- 1) Help generate new emotional responses to transform core maladaptive schemes.
- 2) Promote reflection to make sense to experience.
- 3) Validate new feelings and support an emerging sense of self

Having arrived at a core emotion the emphasis shifts to the construction of alternative ways of responding emotionally, cognitively and behaviourally. This is done both by accessing new internal resources in the form of adaptive emotional responses and reflecting on these to create new meaning. As clients have new experiences of self they start to create new meanings and self-narratives that reflect a more integrated and stronger sense of self. The therapist acknowledges and validates clients and helps them use their newly found sense of self-validation as a base for action in the world. The therapist and client collaborate on the kinds of actions that could consolidate the change.

In EFT, the combination of providing a relationship of safety as well being process directive while pursuing in-session tasks leads to a creative tension that makes it possible to combine the benefits of both following and leading while softening the disadvantages of each. Optimal active collaboration between client and therapist allows each to feel neither led nor followed by the other. It is a synergistic dance. Still, disjunction or disagreement can occur. In such moments we believe that human compassion offers more hope to another than the most sophisticated psychological techniques. Therefore the relationship always takes precedence over the pursuit of a task, and the therapist always defers to the client's expertise on their own experience. Potential 'disjunctions' are closely attended to not only in clients' verbal statements but also in clients' subtle nonverbal behaviour. The therapist constantly monitors the state of the therapeutic alliance and the current therapeutic tasks in order to balance responsive attunement and active stimulation.

In this approach process is privileged over content, and process diagnosis is privileged over person diagnosis. Case formulation is helpful in facilitating the development of a focus and helps fit the therapeutic task to the client's goals thereby aiding in the establishment of a productive working alliance. Case formulation involves the following steps:

- 1) Identifying the presenting problem and focus for the treatment in collaboration with the client.
- 2) Listening to and exploring client's narratives about their presenting problem.
- 3) Gathering information about client's early attachment identity-related histories and current relationships.
- 4) Identifying the painful aspects of client's experience.
- 5) Observing client's style of processing emotional material.
- 6) Identifying the intrapersonal and interpersonal issues that are contributing to the pain.
- 7) Confirming this understanding with the client and suggest tasks that will facilitate resolution of the painful issues.
- 8) Attending and responding to client's moment-by-moment processing in the session to guide interventions.

CASE PRESENTATION

At the assessment interview, the client a 39 year woman tearfully reports feeling down and depressed. She reports that she probably has been depressed most of her life but that the past year has been particularly bad, that she has not been working, and has fallen into a pattern of rarely leaving the house or answering the phone or the door. Her relationships with her family of origin members are difficult, and often painful. Her mother is an alcoholic with whom she and her three sisters no longer have contact. Her father is a concentration camp survivor. He has always been emotionally removed from the family, and is often perceived as critical and judgmental. There is a history of physical punishment throughout her childhood.

From the exploration of the first session, the therapist has a sense that throughout her childhood and into her adult life she has often experienced herself as alone and unsupported. She has internalized the critical voice of her parents and often judges herself to be a failure. Within the context of a physically and emotionally abusive past she often felt emotionally unsafe and abandoned.

The therapist and client spent the first few sessions establishing the major issues and themes for the client that were relating to her current depression. The therapist listens, using empathic affirmations, explorations, and formulations to communicate his understanding to the client. By the end of the third session, the therapist was confident in his process formulation. In terms of her emotional processing style, the therapist observes that the client is able to focus on internal experience, particularly in response to therapist empathic responses that focus her internally. As she reports, however, she tends to avoid (as many people do) painful and difficult emotions. In fact, there appears to be an identifiable emotional pattern, wherein she moves into helpless and hopeless states when she starts to feel primary emotions of sadness or anger and in response to her experience of needs for closeness and acceptance. This can be seen as a form of maladaptive emotional processing. She also appeared to have internalized self-criticism related to issues of failure that emerged in the context of her family relationships.

Unfinished business stemming from her early relationship with her father was also evident. She has unexpressed resentment and sadness towards him that affected her own sense of self-worth. The goal of the treatment appeared to be to resolve her self-critical conflict split to resolve her unresolved feelings towards her father. In session three, she recounts the history of the relationship with her father.

She describes not having got approval from him: "I believe I'm a bad person, but deep down inside I don't think I'm a bad person ... yeah, I'm grieving for what I probably didn't have and know I never will have." The therapist initiates an empty chair dialogue with her father in this session. In her emotional expression to her imaginary father in the other chair, she begins to voice the meaning she had attached to interactions with her father. "You destroyed my feelings. You destroyed my life. Not him completely, my father was – but you did nothing to nurture me and help me in life. You did nothing at all. You fed me and you clothed me to a certain point. That's about it." The therapist replies; "Tell him what it was like to be called a devil and go to church every..." She then continued; "It was horrible. He made me feel that I was always bad, I guess when I was a child. I don't believe that now, but when I was a child I felt that I was going to die and I was going to go to hell because I was a bad person."

By the end of session three, the thematic intrapersonal and interpersonal issues have emerged clearly. They are clearly embedded in what the client reports as her most painful experience. First, the client has internalized self-criticism related to issues of failure that emerge in the context of her family relationships. This voice of failure and worthlessness is initially identified as coming from her sisters but clearly has roots in earlier relationships with her parents. This becomes more evident later in therapy. Related to her self-criticism and need for approval is a need for love. Love has been hard to come by in her life. She has learned how to interrupt or avoid acknowledging this need as it has made her feel too vulnerable and alone. She has learned how to be self-reliant but this independence has had a price as it leaves her feeling hopeless, unsupported and isolated. This need for love is related to her unfinished business stemming from her early relationship with her father. She harbors a great deal of resentment toward her father over his maltreatment of her as a child and she has a tendency to minimize it as "being slapped was just normal." She has internalized this as a feeling of worthlessness and as being unlovable. These underlying concerns lend themselves very clearly to the emotional processing tasks of both the two-chair for internal conflict splits and to the empty-chair for unresolved injuries with a significant other.

The thematic issues of the therapy continue to be focused on through work on the emotional processing tasks. In a self-critical dialogue in session four, she connects her bad feelings to the criticism she heard from her parents. In a dialogue with the critic this voice begins to soften and both her grief over having not been loved and a sense of worth emerge. "Even though mom and dad didn't love me or didn't show me any love, it wasn't because I was unlovable, it was just because they were incapable of those emotions. They don't know how to – they still don't know how to love." The client does not experience the hopelessness that had been so predominant in her earlier sessions again.

Later in session 7, the client and the therapist work to identify the way in which the client interrupts and prevents the feeling of wanting to be loved and protect against the pain of having her needs not met. In session nine she says as her "interrupter" in the other chair she says to herself "You're wasting your time feeling bad cause you want them, and they are not there. So it's best for you to shut your feelings off and not need them. That's what I do in my life. When people hurt me enough I get to that point where I actually can imagine, I literally cut them out of my life like I did with my mother."

They then go on to identify the way in which needing love makes her vulnerable to hurt and pain, and how interrupting these needs have left her vulnerable to isolation and aloneness. In sessions seven through nine, the client continues to explore the two different sides to her experience: the critic that attempts to protect her through controlling and shutting off needs and the experiencing self that wants to be loved and accepted. She continues to define and speak from both voices and expresses a range of sadness, anger, and pain/hurt. The hopelessness that was so dominant in the early sessions now is virtually non-existent. The voice that wants love and acceptance becomes stronger and the critic softens to express acceptance of this part of her. At the same time she is feeling much better and activation of her negative feelings decrease.

The other main theme of the therapy is her interpersonal issue with her father with whom she feels hurt, angry, worthless and unloved. In a key dialogue in session three she speaks to her father:

C: *It hurts me that you don't love me-yea-I-guess, you know, but ... I'm angry at you and I needed love and you weren't there to give me any love."*

She later tells the image of her father about her fear:

C: *I was lonely. I didn't know my father. My father-all I knew you as, was somebody that yelled at me all the time and hit me. That's all-I don't remember you telling me you loved me or that you cared for me or that you thought that I did well in school or anything. All I know you as somebody that I feared.*

T: *Tell him how you were afraid of being hit.*

C: *Yes, and you humiliated me. I was very angry with you because you were always hitting me, you were so mean and I heard Hitler was mean, so I called you Hitler.*

Later in the session, she describes how she interrupts her painful sense of feeling unloved

C: *The only way I can handle it is by making a joke of it because it helps-it helps because when I'm too serious about it, I become so depressed I can't function. So I learned to laugh about it and you know I have that sarcastic humor and sort of jaded eye I guess about things.*

T: *Because underneath the laugh I guess there's a lot of hurt and a lot of hate.*

She continues expressing her anger in an unfinished business dialogue:

C: *I hate you. I hate you, there's no doubt about that in my mind. I've hated you for years. It angers me when I see you at family functions and I don't feel good being there and you act like nothing ever happened.*

Later on in the session, she expresses pain and hurt at her father's inability to make her feel loved: "I guess I keep thinking that yea, you will never be a parent, that you would pick up the phone and just ask me how I'm doing. It hurts me that you don't love me-yea-I guess, you know." She ends the session with a recognition that what she needed was acceptable. "I needed to be hugged once in a while as a child or told that I was OK. I think that's normal".By accessing both pride and anger and grieving her loss, her core shame is undone (GREENBERG, 2002). The client thereby begins to shift her belief that her father's failure to love her was not because she was not worth loving. She says to him in the empty chair. "I'm angry at you because you think you were a good father, you have said that you never hit us and that's the biggest lie on earth, you beat the hell out of us constantly, you never showed any love, you never showed any affection, you never ever acknowledged we were ever there except for us to clean and do things around the house".

Having processed her anger and her sadness and transformed her shame she takes a more compassionate and understanding position to her father. In an empty chair dialogue with her father in session 10 she says "I understand that you've gone through a lot of pain in your life and probably because of this pain, because of the things you're seen, you've withdrawn. You're afraid to maybe give love the way it should be given and to get too close to anybody because it means you might lose them. You know and I can understand that now, whereas growing up I couldn't understand."

She is also able to continue to hold him accountable for the ways that he disappointed and hurt her while also allowing her compassion to be central in the development of a new understanding of his inner struggles. "You know [being a concentration camp victim] had a real impact on you. Instead of being a teenager, you're a prisoner of war. It obviously had a lasting impact on you and then as life went on and you know your marriage ah you know, I'm sure in the beginning it was good, you know I think at one point, mom and dad did at one point really love, um, each other, but I think with my mother's drinking, and maybe with some of the anger that you had about your life, and then you lost your child, your son, that um, your way of dealing with things was to be cold, to be unfeeling, to not be supportive, not that you didn't want to be. I don't think you know how. I can really understand or I can try to feel your pain and understand that ah, you did the best you could knowing what

you knew". In talking about the dialogue at the end of the session, the client says "I feel relief that I don't have this anger sitting on my chest anymore". The client goes on to describe how she can now accept that he doesn't have more to give. This leads to feelings of pride and then joy for having overcome these feelings. Her shame-based core maladaptive belief that "I am not worth loving" has shifted to include the emotional meaning that her father experienced his own pain in his life and that this pain led him to be less available to behave in loving ways toward her or her sisters. Needing to be loved no longer triggers hopelessness and giving voice to her strong emotions has validated that she is worth loving, and that she can manage with what her father has to offer at this point in her life. A greater ability to communicate her needs, to protect herself from feeling inadequate and to be close to her sisters has also developed.

CONCLUSION

The effectiveness of short-term EFT for individuals has been demonstrated in several research projects. EFT is an effective treatment for both depression and emotional trauma (see Greenberg & Watson 2006 for a review, Goldman, Greenberg, & Angus, 2006). EFT activates emotion during treatment in order to make deep change in automatically-functioning emotionschemes that are frequently the sources of problems. EFT combines both following and guiding clients' experiential process, while emphasizing the importance of both relationship and intervention skills. It takes emotion as the fundamental datum of human experience, but also views emotion and cognition as inextricably intertwined and important to meaning making. Ultimately EFT's central focus is on accessing and utilizing adaptive emotional functioning within individuals to promote growth and change.

REFERENCES

1. Bohart, A. & Greenberg, L. (Eds.) (1997). *Empathy Reconsidered: New Directions in Theory Research & Practice*. Washington, D.C. APA Press.
2. Bonanno, G.A., & Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of conjugal bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 126-137.
3. Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. New York, NY: G. P. Putnam.
4. Darwin C. (1897). *The expression of emotions in man and animals*. New York Philosophical Library (Original work published 1872)
5. Davidson, R. (2000b). Affective style, psychopathology and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 5, (11),1193-1196
6. Elliott R, Greenberg, L. Lietaer, G. (2004). *Research on Experiential Psychotherapy*. In M.Lambert (Ed.)
7. *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy & Behavior Change*. (pp 493-539) N.Y. Wiley.
8. Elliott, R., Watson, J.E., Goldman, R.N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-focused therapy: The Process-Experiential approach to change*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
9. Foa, E. B., & Jaycox, L. H. (1999). Cognitive-behavioral theory and treatment of posttraumatic stress disorder. In D. Spiegel (Ed.), *Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy* (pp.23-61). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
10. Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99 (1), 20-35.
11. Frederickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56 (3), 218-226.

-
12. Frederickson B, Mancuso, R, Branigan, C., & Tugade. M. (2000) The undoing effects of positive emotion. *Motivation and Emotion* 24, 43, 237-258.
 13. Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
 14. Gendlin, E. (1996). *Focusing oriented psychotherapy*. New York: Guilford.
 15. Goldman, R., Greenberg, L. & Angus, L. (2006) The Effects of Adding Emotion-focused Interventions to the Therapeutic Relationship in the Treatment of Depression. *Psychotherapy Research*. 16, 537-549
 16. Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
 17. Greenberg, L. Auszra L & Herrmann, I (2007) The relationship between emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychotherapy research*, 2, 57-66.
 18. Greenberg, L. & Elliott, R. (1997). Varieties of e expression In: Bohart, A. & Greenberg, L. (Eds.) (1997). *Empathy Reconsidered: New Directions in Theory Research & Practice*. Washington, D.C. APA Press.
 19. Greenberg, L. & Goldman, R. (in press) *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love and power*. Washington, D.C. APA Press.
 20. Greenberg, L. & Johnson, S. (1988). *Emotionally focused couples therapy*. New York, NY: Guilford Press.
 21. Greenberg, L. S., & Malcolm, W. (2002). Resolving unfinished business: Relating process to outcome. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 70, 406-416.
 22. Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.
 23. Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
 24. *European Psychotherapy/Vol. 7 No. 1. 2007*
 25. Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. K. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York, NY, US: Guilford Press.
 26. Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York, NY, US: Guilford Press.
 27. Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L.A. Pervin & O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd Ed., pp. 525-552). New York, NY, US: Guilford Press.
 28. Isen, A. (1999). Positive Affect. In T. Dagleish & M. Power (eds.). *Handbook of cognition and emotion*. London. Wiley.
 29. Iwakabe, S., Rogan, K., & Stalikas, A. (2000). The relationship between client emotional expressions, therapist interventions, and the working alliance: An exploration of eight emotional expression events. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 375-402.
 30. Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., & Sellers, W. (1986). Four year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.
 31. Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.

-
32. LeDoux, J. (1996). *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York, US: Simon & Schuster.
 33. Leijssen, M. (1998). Focussing microprocesses. In L. Greenberg, J. Watson, & G. Lietaer (Eds.). *Handbook of experiential psychotherapy* (pp 121-154). New York, NY, US: Guilford Press.
 34. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press.
 35. Paivio, S.C. & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of emotionally focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 115-134.
 36. Paivio, S. C., Hall, I. E., Holowaty, K. A. M., Jellis, J. B., & Tran, N. (2001). Imaginal confrontation for resolving child abuse issues. *Psychotherapy Research*, 11, 56-68.
 37. Pennebaker, J.W. (1995). *Emotion, disclosure and health*. Washington, DC: American Psychological Association.
 38. Perls, F., Hefferline, R.F. & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. NY: Dell.
 39. Rice, L. N. (1974). The evocative function of the therapist. In D. Wexler & L.N. Rice (Eds.). *Innovations in client-centered therapy* (pp. 289-311). New York: Wiley.
 40. Rogers, C. R. (1961) *On becoming a person*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
 41. Spinoza, B. (1967). *Ethics (Part IV)*: NY: Hafner Publishing Company
 42. Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C., Kirk, S. B., Sworowski, L., & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 68, 875-882.
 43. Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
 44. Whelton, W. J. (2004). Emotional processing in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 58-71.

HRANICE V PSYCHOTERAPII A PORADENSTVE: PRÍSTUP ZAMERANÝ NA ČLOVEKA V PRÁCI S DEŤMI A ADOLESCENTMI

JANA LEDNICKÁ, LUCIA LENICKÁ

CENTRUM PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉHO PORADENSTVA A PREVENČIE,
HUBENÉHO 25,
831 53 BRATISLAVA
SLOVENSKÁ REPUBLIKA – PORADENSTVO@PSYCHOLOGICKECENTRUM.SK

Príspevok sa zameriava na tému hraníc v psychoterapii a poradenstve v PCA v práci s deťmi a adolescentmi a zasadzuje ju do širšieho kontextu práce s hranicami v psychoterapii. Vychádzajúc z odbornej literatúry aj vlastnej praxe autorky navrhujú vlastnú definíciu hraníc. Prezentujú rozdiel medzi prekračovaním a násilným narušením hraníc v psychoterapii a poradenstve. Ponúkajú pohľad na tému hraníc z hľadiska filozofie PCA a špecifik práce s deťmi a adolescentmi. Bližšie sa venujú zadávaniu hraníc v hrovej terapii zameranej na dieťa, dôvodom, spôsobom a situáciám, v ktorých sa hranice zadávajú. Dávajú do súvislosti hranice a zachovávanie dôvernosti pri práci s adolescentmi a ich rodičmi. Na záver ukazujú možnosti práce s emóciami v súvislosti s hranicami a príklady práce z hranicami z psychoterapie detí a adolescentov.

Kľúčové slová: hranice, psychoterapia zameraná na človeka, deti a adolescenti, hrová terapia, emócie

Jana LEDNICKÁ, Lucia LENICKÁ – Center of Pedagogical and Psychological Counseling and Prevention, Hubeného 25, 831 53, Bratislava, Slovak Republic – poradenstvo@psychologickecentrum.sk

BOUNDARIES IN PSYCHOTHERAPY AND COUNSELING: PERSON-CENTRED APPROACH WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS

Article focuses on boundary issue in psychotherapy and counseling in PCA with children and adolescents and fits it into the wider context of boundary management in psychotherapy. Based on literature and own practice authors suggest their definition of boundaries. They present difference between boundary crossing and boundary violations in psychotherapy and counseling. They offer view of boundary issues from standpoint of PCA and specificities of working with children and adolescents. Closely they look to limit setting in child-centred play therapy, to reasons, methods and situations, in which limits are set. They make connection between boundaries and keeping confidentiality when working with adolescents and their parents. Finally they show possibilities of working with emotions in regard to boundaries and examples of boundary management in child and adolescent psychotherapy.

Key words: boundaries, person-centred psychotherapy, children and adolescents, play therapy, emotions

ÚVOD

Práca s hranicami v psychoterapii a poradenstve je dôležitá téma, ktorá úzko súvisí so vzťahom s klientom aj s etickými princípmi. Psychoterapia s cieľovou skupinou detí a adolescentov má svoje špecifiká vyplývajúce z vývinového hľadiska, zo sociálneho postavenia detí a dospelých a z právnych a iných súvislostí práce s deťmi vo vzťahu k ich rodičom. Špecifická práca s deťmi a dospelými sa prenášajú aj do témy hraníc v psychoterapii.

HRANICE V PSYCHOTERAPII A PORADENSTVE

Koncept hraníc nevyhnutných pre liečebný proces vychádza z psychoanalýzy a ambulantnej psychodynamicko-psychotherapie (Simon, Williams, 1999). V literatúre existuje viacero definícií hraníc a viacero prístupov, ako sa s hranicami narába. Uvádžame nasledujúce uchopenie hraníc:

- hranice ako rámec definujúci role a procesy, ktoré odlišujú poradenstvo od iných vzťahov, kontext poradenstva, štruktúra poradenstva v zmysle vymedzenia času, miesta a peňazí (Paton, 2006),
- hranice ako rozdiel medzi osobou terapeuta a jeho profesionálnou identitou. Takto zadefinovaná hranica vymedzuje priestor psychoterapie, ktorý udržuje klienta aj terapeuta bezpečne vo svojej role (Sarkar, 2009),
- hranice ako rozhranie prijateľného správania (myslí sa správania terapeuta) (de Sousa, 2010),
- hranice ako rozhranie prijateľného správania klienta (téma typická pri práci s deťmi, pričom úlohou terapeuta je zadávanie hraníc) (napr. Landreth, 1991, Axline, 1969),
- hranice ako limity a hrany, ktoré nás definujú ako oddelených od iných ľudí, dávajú nám jasnejší pocit seba samého a našich vzťahov s inými ľuďmi (Katherine, 1991 in Schwarz, Flowers, 2007). Takto chápaná hranica definuje mieru blízkosti vo vzťahu.

Vychádzajúc z odbornej literatúry a vlastnej praxe chápeme hranice v psychoterapii ako vymedzenie priestorového, časového a situačného kontextu, v ktorom sa terapia deje a pre obe strany prijateľné vymedzenie vzájomného vzťahu terapeuta a klienta v zmysle ich vzájomnej blízkosti a správania. Udržiavať terapeutický proces v rámci hraníc je úlohou terapeuta. Aj keď je dôležité, aby vzájomná blízkosť a správanie boli prijateľné pre obe strany, zodpovednosť za terapeutický rámec a udržiavanie hraníc je na strane terapeuta.

Narábanie s hranicami v procese psychoterapie je závislé od rôznych psychotherapeutických prístupov. Väčšina zdrojov odbornej literatúry, ktorá sa venuje na človeka zameranej psychoterapie, nešpecifikuje prácu s hranicami. Podľa Rogersa (2000, str. 236) „...hranice majú pozitívnu hodnotu, pretože dávajú terapeutickému situácii určitú štruktúru a tým redukovujú potenciálnu úzkosť, ktorá z nej môže vyplývať.“ Ich dôsledné uplatňovanie podporuje konzistentnosť, čo zvyšuje bezpečie a istotu klienta aj terapeuta. Okrem uznania dôležitosti hraníc ďalej s týmto konceptom nepracuje. Všeobecne humanisticky orientované terapeutické prístupy sú považované (Korchin, 1976 in Williams, 1997) za smery, ktoré namiesto udržiavania hraníc medzi terapeutom a klientom ich skôr strhávajú. Uvoľnenie hraníc sa týka najmä sebaodhalenia terapeuta, tiež nabádania klientov, aby volali terapeuta prvým menom, nevyklučuje sa ani objímanie klientov alebo stretnutia sa mimo kancelárie (Williams, 1997).

V psychotherapeutickej práci sa rozlišuje tematizovanie hraníc, prekračenie hraníc a násilné narušenie hraníc. Tematizovanie hraníc zahŕňa situácie, v ktorých sa hranice stávajú témou terapeutického rozhovoru. Sú v terapii kľúčové (Simon, Williams, 1999). Úspešné tematizovanie hraníc zlepšuje terapeutický vzťah a dáva priestor k rozhovoru o témach, ktoré súvisia s tým, ako klient funguje vo vzťahoch s inými ľuďmi. Prekračenie hraníc sa deje, keď terapeut prekoná hranicu alebo dovoľí prekonať hranicu klientovi. Má byť súčasťou dobre zvaženej liečebnej stratégie a vtedy zvyšuje terapeutický účinok (Lazarus, Zur, 2002 in Zur, 2004). Ak dôjde k prekračeniu hraníc ako následok zlyhania terapeuta, tematizovanie situácie môže opätovne zabezpečiť terapeutickú efektívnosť (príklad takejto situácie je uvedený na konci článku). Násilne narušenie hraníc je situácia, v ktorej terapeut nejedná v záujme klienta ale vo svojom vlastnom a zneužíva klienta na vlastné účely. Je to

neetické správanie, príkladom sú sexuálne vzťahy s klientmi.

V súvislosti s prekračovaním hranice sa v literatúre uvádza tzv. argument šikmej plochy, (Gutheil, Gabbard, 1998, Zur, 2004), čo je rozšírená a nepodložená viera v to, že akékoľvek vybočenie z presne stanovených hraníc a pravidiel, povedie k závažným a násilným narušeniam hraníc. Ako protiargument k tejto viere zdôrazňuje Lazarus (2004) potrebu ku flexibilitate, ktorá vyplýva z individuálnych rozdielov jednotlivých klientov. Striktné držanie sa pravidiel môže podľa neho viesť k tomu, že terapeut minie svoju šancu klientovi pomôcť.

HRANICE V PRÁCI S DEĹMI A ADOLESCENTMI

Terapeutická práca s deťmi a adolescentmi má svoje špecifiká, ktoré sa prenášajú aj do témy hraníc v psychoterapii. Detská terapeutka je konfrontovaná s témou hraníc častejšie, pretože deti sú v porovnaní s dospelými často spontánnejšie, rýchlejšie, skôr konajú ako hovoria a sú menej zžití so sociálnymi normami. Náročnosť témy hraníc v terapeutickom procese vyplýva aj z toho, že deti a adolescenti sú do terapie privádzaní kvôli konfliktným vzťahom s dospelými, objavuje sa neúctivé správanie, vzbura či vyhýbanie sa dospelým. Postavenie terapeutky ako zástupkyne dospeláckeho sveta môže byť preto komplikované. Keďže terapeutický proces závisí od prežívania klienta vo vzťahu s terapeutkou, vytváranie vzťahu v momentoch, kedy je dieťa alebo adolescent blízko hranice alebo prekračuje hranicu, je mimoriadne dôležité. Náročné je tiež to, že zapojenie rodičov v psychoterapii často rozmazáva terapeutické hranice a témy súvisiace s dôvernosťou (de Sousa, 2001).

Práca s hranicami sa sústreďuje na rozdielne kľúčové témy a rozdielne riešenia pri terapii detí (postavenej na hre) a pri terapii adolescentov (postavenej na rozhovore).

HRANICE V HROVEJ TERAPII

Pri hrovej terapii bývajú najčastejšie situácie, kedy dieťa naráža na hranice prijateľného a neprijateľného správania, pričom úlohou terapeuta je zadanie hranice (angl. limit setting).

Dôvody pre zadanie terapeutickú hranicu v hrovej terapii sú podľa Landretha (1991, str. 213-220) nasledujúce (uvádzame v plnom znení s upraveným bližším vysvetlením):

1. HRANICE POMÁHAJÚ ZAISTIŤ FYZICKÚ A EMOCIONÁLNU BEZPEČNOSŤ DIEŤAŤA.

Nedovoliť dieťaťu ubližovať samému sebe, či zastaviť aktivity, pri ktorých by k ublíženiu mohlo dôjsť, je základnou hranicou. Emocionálnu bezpečnosť Landreth (1991) popisuje v súvislosti s pocitom bezpečia, ktoré dieťa zažíva v prostredí, ktoré je predvídateľné, zároveň hranice chránia dieťa pred pocitmi viny, či úzkosti z toho, že terapeutovi ublížilo.

2. HRANICE CHRÁNIA FYZICKÚ POHODU TERAPEUTA A NAPOMÁHAJÚ AKCEPTOVANIU DIEŤAŤA.

Terapeut by mal včas zastaviť akékoľvek správanie dieťaťa, ktoré by v ňom mohlo vyvolať pocity hnevu či úzkosti, pretože dieťa ich bude vnímať. Ak sa tieto pocity v terapeutovi objavia aj v situáciách ako napríklad bežný neporiadok v terapeutickú miestnosť, terapeut by mal pozorne preskúmať svoju vlastnú motiváciu zadania hranice.

3. HRANICE ULAHČUJÚ ROZVOJ ROZHODOVANIA SA, SEBAKONTROLY A ZODPOVEDNOSTI DIEŤAŤA.

Zadávanie hraníc nepotlačuje pocity dieťaťa, ale poskytuje mu možnosť rozhodnúť sa, či bude konať impulzívne podľa nich a ponese si za zodpovednosť.

4. HRANICE ZAKOTVUJÚ STRETNUTIE V REALITE A ZDÔRAŽŇUJÚ TU A TERAZ.

Deti sa často v hrovej terapii pohybujú vo svojej fantázii, kde je všetko možné. Hranice zabezpečia, že zážitok hrovej terapie má kvalitu skutočného života. Tým sa dosahuje prenesenie skúseností z terapie aj mimo terapeutickú miestnosť. V. Axline (1969) v tejto súvislosti hovorí o zamedzení vytvorenia mylnej predstavy dieťaťa o tom, čo je prijateľné správanie.

5. HRANICE PODPORUJÚ KONZISTENTNOSŤ V PROSTREDÍ TERAPEUTICKEJ MIESTNOSTI.

Konzistentnosť v terapeutickom vzťahu pomáha dieťaťu cítiť sa bezpečne a vďaka tomu rásť. Konzistentnou terapeut dáva najavo vôľu do vzťahu investovať a potvrdzuje realnosť svojich pocitov a postojov.

6. HRANICE UCHOVÁVAJÚ PROFESIONÁLNY, ETICKÝ A SOCIÁLNE AKCEPTUJÚCI VZŤAH.

7. HRANICE CHRÁNIA TERAPEUTICKÚ MIESTNOSŤ A JEJ ZARIADENIE.

Obmedzení a hraníc by malo byť pre dieťa v hrovej terapii čo najmenej. Napriek tomu sú situácie, kde je zadanie hranice z vyššie uvedených dôvodov nevyhnutné. Tri základné prípady, v ktorých sa hranice zadávajú, sú: ničenie hračiek, ubližovanie sebe alebo rodičovi (v prípade ak rodič je v roli terapeutky vo filiálnej terapii), časový limit (Bratton et al., 2006). Okrem týchto neodškriepiteľných dôvodov pre zadanie hranice, sa v praxi terapeutky vyskytnú viaceré situácie, v ktorých nad zadaním hranice uvažuje. Terapeutka by už pred začatím terapie mala mať jasno v tom, ktoré situácie sú prijateľné a ktoré nie, aby mohla efektívne a rýchlo reagovať (Lenická, 2009).

PRI ZADÁVANÍ HRANÍC V HROVEJ TERAPII SA POUŽÍVA LANDRETHOV TROJKROKOVÝ SPÔSOB ZADÁVANIA HRANÍC, KTORÝ ZAHŔŇA:

- krok 1. Potvrdenie pocitov, želaní a potrieb dieťaťa,
- krok 2. vyslovenie hranice,
- krok 3. zacielenie správania na akceptovateľné aktivity (Landreth, 1991, s. 222-3).

Cieľom takéhoto zadania hranice je nielen zastaviť správanie, ale aj vyjadriť porozumenie emócií a pomôcť nájsť klientovi spôsob, akým túto emóciu v rámci terapeutických hraníc vyjadrí. Potvrdenie pocitov, želaní a potrieb dieťaťa je preukázaním stáleho záujmu a ich vyslovenie „ukazuje“ klientovi, že je počutý a akceptovaný bez hodnotenia. Vyslovenie hranice má neutrálnu, neobviňujúcu formu, pričom hranica nie je vôľou ani zodpovednosťou terapeutky ale faktom (napr. „Stena nie je na kreslenie.“ „Do ľudí sa nekope.“) Zacielenie na akceptovateľné aktivity otvára klientovi možnosť rozhodnúť sa, kam môže nasmerovať svoje správanie, respektíve ako môže naplniť potrebu, želanie, či pocit. Vhodne podané možnosti potvrdzujú v klientovi, že terapeutka mu rozumie (napr. nedáva možnosť ísť si kresliť, keď dieťa potrebuje vyjadriť hnev búchaním a pod.)

HRANICE V PRÁCI S ADOLESCENTMI

I keď aj v práci s adolescentmi sa objavujú situácie, kedy terapeutka zadáva hranice prijateľného správania, omnoho častejšie je narábanie s hranicami, ktoré súvisia s dôvernosťou terapeutického vzťahu. Objednávateľmi terapeutických služieb bývajú zväčša zákonní zástupcovia dieťaťa. Preto pri práci s deťmi a adolescentmi má významné miesto vytváranie a rozvíjanie korektného starostlivého terapeutického vzťahu, v ktorom treba mať ošetrené aj vstupovanie sociálneho prostredia klienta.

TERAPEUTKA BY MALA MAŤ PREDISKUTOVANÉ SO ZÁKONNÝMI ZÁSTUPCAMI A S KLIENTOM NASLEDUJÚCE TÉMY:

- transparentnosť komunikácie (terapeutka nebuduje tajné spojenectvo s rodičom, v ktorom niečo dieťaťu zatajuje – otvorene s dieťaťom preberá, čo sa o ňom dozvedela od rodiča, čo bude s rodičom preberať na ich stretnutí a pod.)
- zhrnutie informácií namiesto detailného popisu (terapeutka udržiava rovnováhu medzi právom dieťaťa na súkromie a právom rodiča na informácie o cieľoch a napredovaní terapie),
- dôvody porušenia mlčanlivosti (napr. keď dieťaťu je ubližované, keď si dieťa ubližuje, zhoršený zdravotný stav a pod.),

Okrem toho sa v praxi osvedčuje mať prvé stretnutie so zákonným zástupcom a dieťaťom či adolescentom termínovo oddelene. Ak toto nie je možné, dieťaťu vysvetlíme, čo budeme s rodičom preberať, kým bude v čakárni a zároveň ho oboznámime, o čom sme sa dozvedeli. Počas hodinovej konzultácie je nevyhnutné, aby sa terapeutka plne sústredila na informácie získané od rodiča, a zároveň aby prediskutovala vymenované situácie. Predpokladom úspešnej terapie je vytvorenie dôvery vo vzťahy so zákonnými zástupcami a dieťaťom aj bezprostredne v procese, napr.: je úlohou terapeutky taktne zastaviť rodiča, ktorý rozpráva o svojom dieťati v čakárni pred ním, terapeutka by nemala byť v duálnych vzťahoch s dieťaťom a pod. Zároveň sú to témy, kde sa hranice dotýkajú aj etiky práce s klientom.

HRANICE VO FILIÁLNEJ TERAPII

Filiálna terapia je špeciálny tréning rodičovských zručností, v ktorom sa rodičia učia ako prejavovať dieťaťu záujem, porozumenie, ako posilniť sebavedomie a ako stanoviť a hlavne ustáť hranice. Úlohou rodiča je raz týždenne mať so svojim dieťaťom spoločné stretnutie alebo hrovú polhodinku (podľa veku dieťaťa), počas ktorej je rodič v roli terapeutky a využíva naučené zručnosti.

V desaťtýždňovom Landrethovom programe filiálnej terapie s názvom Terapie vzťahu rodiča a dieťaťa (Child Parent Relations Therapy), sa téma hraníc objavuje na troch stretnutiach. Rodičia sa učia jasne a transparentne zadávať hranice, pričom odlišenie, čo je a čo nie je prijateľné správanie, ako aj „správne načasovanie“ sú nosnými témami. Rodičia detí vo veku 3 až 12 rokov rozlišujú zadávanie hraníc už v spomínaných troch typoch situácií: ničenie hračiek, ubližovanie sebe alebo rodičovi, časový limit (Bratton et al., 2006). V cieľovej skupine rodičov adolescentov (11,12 až 17 ročných) sme zaviedli okrem týchto hraníc ešte hranicu na zabezpečenie spoločného kontaktu (počas spoločného stretnutia rodiča s dieťaťom sa nepoužíva počítač, mp3, mobil a pod.).

Zámerom pri téme hraníc v tréningovej práci s rodičmi je poukázanie na to, ako hranice súvisia so stabilitou a istotou vo vzťahoch. Deje sa to nielen vysvetľovaním a podporou rodičov v situáciách, kedy je pre nich náročné hranice ustáť, ale aj stabilným narábaním s hranicami v tréningovej situácii. Preto je nevyhnutné mať pevný termín skupinových stretnutí s rodičmi, dodržiavať začiatok, končiť presne a pod.

HRANICE A PRÁCA S EMÓCIAMI

S témou hraníc súvisí aj množstvo emócií, pričom ich šírka, hĺbka, či rôznorodosť nepozná obmedzenia. Deti a adolescenti si prostredníctvom bytia v psychoterapeutickom vzťahu začínajú emócie viac uvedomovať, sprítomňujú si ich, prežívajú ich, orientujú sa v nich a začínajú ich ovládať.

DETI A ADOLESCENTI PRICHÁDZAJÚ DO TERAPIE SO SKÚSENOSŤOU, AKO DOSPELÍ S HRANICAMI NARÁBAJÚ. NA ROZDIEL OD TERAPEUTICKEJ SITUÁCIE V BEŽNOM ŽIVOTE SA NEODLIŠUJE SPRÁVANIE OD EMÓCIÍ. DOSPELÍ ČASTO ROBIA NASLEDUJÚCE CHYBY:

- zadávajú hranice príliš skoro – spôsobujú tým, že energia vychádzajúca z pôvodného pocitu, potreby je zastavená a odkazom pre dieťa je: nerešpektujem tvoje pocity, nerešpektujem teba,
- nevšímajú si konanie dieťaťa – spôsobujú tým, že dieťa vystupňuje svoje prežívanie a správanie s cieľom

ukázať dospelému, čo sa mu deje a odkazom pre dieťa je: nie si pre mňa dôležitý, nezaujímam ma,

- nedôsledné narábanie s hranicami – spôsobujú tým neistotu vo vzťahu, vystupňované správanie dieťaťa, zmätok, odkazom pre dieťa je striedavo: nerešpektujem ťa a nie si pre mňa dôležitý,

ZÁKLADNÝM NÁSTROJOM PRE PRÁCU S EMÓCIAMI V (NIELEN) NA ČLOVEKA ZAMERANEJ TERAPII JE EMPATICKÉ POROZUMENIE. EMPATICKÉ POROZUMENIE ÚZKO SÚVISÍ SO ZADÁVANÍM HRANÍC NASLEDUJÚCIMI SPÔSOBNAMI (LENICKÁ, 2009):

- terapeutka sa snaží porozumieť pocitu, túžbe alebo potrebe, ktoré dieťa vedie k správaniu prekračujúcejmu hranicu a komunikuje ho,
- terapeutka sa snaží porozumieť pocitu, ktorý zadanie hranice vyvolalo a komunikuje ho,
- terapeutka sa pomocou zadávanie hraníc snaží vytvoriť prostredie, v ktorom ona sama dokáže byť voči dieťaťu empatická.

Je dôležité venovať sa emocionálnemu prežívaniu klienta krátko pred priblížením sa k hranici, počas prekračovania, zadávania alebo tematizovania hranice a následne aj po zadaní hranice. V nasledujúcich ukázkach z hrovej terapie popisujeme 4 spôsoby priblíženia sa k hranici z pohľadu dieťaťa aj terapeuta. Príklad tvorí situácia pred tým, ako dieťa predčasne ukončí terapiu a odíde z terapeutickej miestnosti.

1. DIEŤA SI JE VEDOMÉ SVOJHO ZÁMERU, TERAPEUTKA ZACHYTÁVA PREŽÍVANIE DIEŤAŤA.

Ak terapeutka dokáže vyjadriť porozumenie a nájde význam, dieťa pocíti, že mu terapeutka rozumie. To môže spôsobiť priblíženie vo vzťahu a zároveň pomenovanie emócií a potrieb pomáha dieťaťu naplno ich prežiť.

Príklad:

D: „...moja mamina tam sedí?“

T: „...rozmysľáš, či ťa tam mamina čaká...“

D: „...no, hej...ja by som chcel ísť za ňou...“

T: „...hm...zdá sa, že potrebuješ vedieť, že tam naozaj je...“

D: „...hej, bojím sa, či náhodou neodišla...“

(Dieťa potrebuje uistenie, či ho tam čaká mama, terapeutka zachytáva význam a vyjadruje porozumenie).

2. DIEŤA SI JE VEDOMÉ SVOJHO ZÁMERU, TERAPEUTKA NEDOKÁŽE ZACHYTIŤ PREŽÍVANIE DIEŤAŤA.

V takýchto okamihoch terapeutka skôr stopuje činnosť bez uchopenia významu. Dieťa vie, čo potrebuje, hovorí o svojich zámeroch a konaní napriek tomu, že jeho výroky sú neusporiadané, bez súvislostí.

Príklad:

D: „...čo to bolo?“

T: „...zdá sa, že ťa niečo vyrušilo...“

D: „...koľko máme ešte času?“

T: „...potrebuješ vedieť, koľko ti ešte ostáva času do konca...“

D: „...hm.....už som hladný...“

(Dieťa sa obáva, či ho tam čaká mama, no otvorene o tom nehovorí a terapeutka nedokáže zachytiť význam).

3. DIEŤA SA NEVYZNÁ V TOM, ČO SA V ŇOM DEJE, TERAPEUTKA DOKÁŽE ZACHYTÁVAŤ PREŽÍVANIE.

Deti sa často nevyznajú v tom, čo sa v nich deje, skôr konajú, prejavujú sa. Terapeutka sa reflektovaním a stopovaním snaží porozumieť dieťaťu, čím zároveň pomáha dieťaťu postupne získať vhl'ad do svojho prežívania.

Príklad:

D: *(pri kreslení zrazu dieťa zdvihne hlavu a pozerá sa smerom k dverám)*

T: „...pozeráš sa smerom k dverám...“

D: „...kto je vonku? ...“

T: „...započul si nejaké zvuky, rozmýšľal, kto by to mohol byť...“

D: „...a kam išla mamina?“

T: „...zdá sa, že sa bojíš, či ťa tu mamina čaká...“

(Dieťa prežíva neistotu, terapeutka dokáže zachytávať význam.)

4. DIEŤA SA NEVYZNÁ V TOM, ČO SA V ŇOM DEJE, TERAPEUTKA SA NEDOKÁŽE NALADIŤ NA PREŽÍVANIE DIEŤAŤA.

Dieťa môže pociťovať neistotu, zmätok, nerozumie tomu, čo sa v ňom deje, má nutkanie niečo urobiť. Terapeutka sa snaží zachytiť význam, keďže je dieťa ešte vzdialené svojim pocitom, potrebám, aj terapeutke sa na neho ťažko nalaďuje.

Príklad:

D: *(dieťa sa hrá s rodinkou bábik)* „...tak a ty si sadni sem, ty chod' do izby a ja za chvíľu prinesiem večeru...“

T: „...každému si povedal, čo má urobiť...“

D: *(zrazu sa prestane hrať a zosmutnie)*

T: „...prestal si sa hrať, zdá sa, že ti prišlo smutno...“

D: *(prikývne hlavou a ide sa schovať do stanu)*

T: „...radšej sa ideš schovať...“

(Dieťa prežíva zmätok, je mu aj príjemne v herničke, a zároveň rozmýšľa nad tým, či ho mama čaká, bojí sa, že tu nie je, aj by chcelo ostať tu, aj ísť von, aj sa hrať.)

Niekedy je zjavné, že sa dieťa blíži k hranici a chystá sa ju prekročiť, inokedy to zo situácie či správania dieťaťa vôbec nevyplýva. Dôležité je, aby terapeutka neurýchl'ovala zadávanie hraníc. Iba ich dôsledné uplatňovanie môže terapeutickému situácii prospieť. A pod pojmom uplatňovanie hraníc rozumieme aj ich nezadávanie v situáciách, kým nie sú porušované. Terapeutka ukazuje dôveru v klienta aj správnym načasovaním zadania hranice, čo je vtedy, keď príde k jej porušeniu.

Prežívanie dieťaťa pri zadaní hraníc môže byť pokojné, ale aj búrlivé. Do terapeutického procesu patrí

aj vyjednávanie, manipulácia, zmätok, hnev, zúrivosť ale aj smútok či pokojné rešpektovanie zadanej hranice. Komunikovanie empatického porozumenia môže pomôcť dieťaťu sa upokojiť a zároveň cítiť, že nie sú s terapeutkou v konflikte, aj keď hranicu zadala.

Pri práci s hranicami je dôležité pracovať aj s vlastnými emóciami terapeutky, pretože môžu byť zdrojom informácií o tom, čo sa vo vzťahu práve deje. Prácou s emóciami rozumieme otvorené sledovanie vlastných emócií s cieľom zistiť, či emóciu vyvolali vzťahové súvislosti (napr. terapeutka nechá klienta vybavovať si telefonáty počas terapie a potom sa na neho hnevá) alebo emocionálne prežívanie terapeutky, ktoré s terapiou nesúvisí (napr. terapeutka sa hnevá na dieťa, že používa veľa hračiek v herničke, pretože si nenechala dostatočný čas medzi klientmi na upratanie). V prvom prípade emócia terapeutky signalizuje, že nechala klienta príliš prekročiť hranice a pomáha situáciu riešiť terapeuticky, či už zadaním hranice alebo jej tematizovaním. V druhom prípade sa riešenie nedeje na úrovni terapeutického vzťahu, ale riešenie vychádza zo samotnej terapeutky. V rôznych situáciách môže byť riešením zmena praktických súvislostí (napr. nechať si viac času na upratovanie, odstrániť drobné hračky), zlepšenie komunikácie s rodičom (vysvetlenie súvislostí terapeutického procesu rodičovi, že dieťa môže skončiť skôr, môže sa zašpiniť a pod.), preskúmanie vlastných nedoriešených záležitostí (vlastný vzťah k smútku alebo hnevu, ak terapeutka nedokáže zadať hranicu, lebo chce dieťa ušetriť trápenia).

Tak ako sa emócie terapeutky môžu stať zdrojom pre ďalšiu stratégiu narábania a hranicami, naopak zadávanie hraníc by malo byť zdrojom pre emocionálnu pohodu terapeutky. Terapeutka zadáva hranice, aby mohla ostať empatická, kongruentná a akceptujúca.

PRÍKLADY NARÁBANIA S HRANICAMI A ICH ZADÁVANIA Z PRAXE

1. ÚSPEŠNÉ PREKROČENIE HRANICE, KTORÉ NASLEDOVALO PO ZVÁŽENÍ VZŤAHU A KONTEXTU (PRÁCA S ADOLESCENTMI)

Trináťročná klientka v dlhodobom terapeutickom vzťahu, ktorý bol veľmi dôverný a charakteristický veľkou naviazanosťou. Klientka požiadala terapeutku o doprovod k pedopsychiatrovi, Prežívala strach, ktorý ju ovládal, mala úzkosť z toho, že nebude vedieť psychiatrovi dostatočne vysvetliť svoje prežívanie, obávala sa pedopsychiatra ako muža, aj toho, že je cudzí (pri prvých kontaktoch bývala veľmi stiahnutá). Opisovala, že mama zľahčuje jej situáciu a nie je jej v tomto rozhodnutí oporou. Terapeutický vzťah jej poskytoval istotu, bezpečie, cítila, že jej terapeutka rozumie. Terapeutka sa rozhodla ísť – prekročenie hranice bolo v záujme nielen vzťahu, ale aj v kontexte situácie.

2. ÚSPEŠNÉ PREKROČENIE HRANICE, KTORÉ NASLEDOVALO PO ZVÁŽENÍ VZŤAHU A KONTEXTU (HROVÁ TERAPIA)

Na hrovú terapiu bolo doporučené dievčatko v predškolskom veku, ktoré malo, ako sa neskôr ukázalo, problémy s dodržiavaním hraníc. Tiež sa správala manipulatívne, bola nedôverčivá a zle znášala neúspech. Počas prvého sedenia nechcela ísť do herničky, dôvodom bol strach. Bežná prax je, že hrová terapia sa deje v herničke, a keď sa dieťa rozhodne z herničky odísť, rozhodne sa ukončiť terapeutické stretnutie. Ak dieťa nechce ísť už na začiatku stretnutia, býva vyzývané, aby sa do herničky aspoň prišlo pozrieť a potom urobilo rozhodnutie, či tam chce byť. V tomto prípade terapeutka urobila výnimku a pár stretnutí prebehlo na miestach, kde dievčatko práve bolo alebo kam chcelo ísť (ihrisko, kancelária sociálnych pracovníkov). Dieťa zjavne nebolo schopné dôverovať terapeutke hneď od začiatku a ísť s ňou samé do neznámej miestnosti. Tento postup sa ukázal ako efektívny, po dvoch alebo troch stretnutiach sa podarilo dostať sa do herničky a terapia prebiehala ako každá iná.

3. NEZVLÁDNUTÉ PREKROČENIE HRANICE S NÁSLEDNÝM TÉMATIZOVANÍM A USTÁTÍM HRANICE (PRÁCA S ADOLESCENTMI)

Trináťročná klientka v dlhodobom terapeutickom vzťahu, ktorý bol veľmi dôverný a charakteristický

veľkou naviazanosťou. Klientka začala vyjednávať s termínmi, kedy jej najlepšie vyhovujú. Terapeutka nepreskúmavala, čo je za tým, začala sa klientke prispôsobovať a hľadať termíny. Asi po treťom zopakovaní si terapeutka uvedomila, čo sa deje a tému na stretnutí otvorila. Klientka začala terapeutický vzťah prežívať ako kamarátsky. Terapeutka sa vrátila k pevnejšiemu držaniu hraníc a opätovne vymedzila vzťah ako terapeutický a profesionálny.

4. NEFLEXIBILNÉ TRVANIE NA HRANICI SPÔSOBENÉ NEDOSTATOČNOU PRÁCOU S TERAPEUTKINÝMI EMÓCIAMI (PRÁCA S ADOLESCENTMI KOMBINOVANÁ S HROVOU TERAPIOU)

Trinášročný klient navštevoval dlhodobú psychoterapiu, ktorá sa odohrávala striedavo v herničke a kancelárii, podľa dohody. Bol vytvorený dobrý terapeutický vzťah, kde klientovi záležalo na zúčastňovaní sa terapie. Pre priebeh psychoterapie bolo charakteristické neustále porušovanie hraníc zo strany klienta a snaha o udržanie hraníc zo strany terapeutky. Prekračovanie hraníc sa týkalo nedodržiavania času (skoré príchody, na konci nechut' odísť), prezeranie a dotýkanie sa terapeutkiných osobných vecí, robenia neporiadku (nie v rámci hry, ale v snahe vyprovokovať terapeutku), kreslenia po stole, neprimeraného fyzického kontaktu a pod. Klient začal byť aj verbálne agresívny. Počas jedného sedenia sa klient s terapeutkou hrali s loptou, hádzali si ju, pričom klient počas hry terapeutku oslovoval „krava“ a pomocou tohto oslovenia ju vyzýval, aby chytala či hodila loptu. Zadanie hranice nebolo akceptované, ani ukončenie hry ako logický dôsledok nezabralo, klient sa opätovne vracal k osloveniu. Terapeutka vyjadrila svoj hnev, klient ju upozornil, že hovorí o hneve, ale sa usmieva.

Neflexibilné trvanie na hranici („Ľuďom sa neublížiže“) bolo spôsobené slabým kontaktom terapeutky so svojimi emóciami. Nadávanie klienta nebolo spôsobom, ako terapeutke ublížiť, ale iba súčasťou hry. Terapeutky sa nadávanie klienta nedotklo, lebo to bola iba hra a aj ona sama sa hrou bavila. Napriek tomu sa snažila trvať na tom, že nadávanie je zlé a nemôže ho dovoliť.

5. NEVYDARENÉ PREKROČENIE HRANICE VEDÚCE K PREDČASNÉMU UKONČENIU HRANICE (HROVÁ TERAPIA)

Klientom bol chlapec vo veku 9 rokov, s mentálnym postihnutím a ADHD. V herničke býval veľmi netrpezlivý, nevydržal sa dlho hrať, po pár minútach hrania chcel ísť preč, sám to ale nikdy neuskutočnil. Väčšinou sa veľa hneval, bol verbálne agresívny, alebo začal ničiť hračky a podobne. Stretnutia boli plné zadávania hraníc a navrhovania iných spôsobov, ako by mohol svoje pocity v hre vyjadriť. Často sa to nedarilo a terapeutkine návrhy klient nerealizoval. Postupne sa to začalo dariť cez využívanie prstových farieb. Veľa chcel maľovať na dlážku, špiniť steny a podobne. Podarilo sa nájsť spôsob, ako jeho emócie vyjadriť v rámci hraníc – maľoval na papier na zemi, resp. búchal tégliky s farbou, capkal zafarbenými rukami a pod. Popri tom si veľmi zašpinil nohavice aj tričko. Robil to aj naschvál a terapeutka nezadala hranicu. To sa neskôr ukázalo ako chyba, rodičia sa nahnevali, stratili dôveru a pri objavení sa ďalších problémov nechceli s terapeutkou hovoriť a dieťa z terapie zobrali.

Prekročenie, resp. nezadanie hranice bolo spôsobené terapeutkiným nevládnutím frustrácie dieťaťa. Väčšina prejavov dieťaťa bola za hranicami a terapeutke ho bolo veľmi ľúto, a zároveň to bolo aj vyčerpávajúce, stále zadávať hranice a držať ich. Únava a súcit, s ktorými terapeutka nebola v kontakte, posunuli jej vnímanie toho, čo je a čo nie je prijateľné.

ZÁVER

Článok poukazuje na to, že práca s hranicami je v terapii kľúčová. Dáva priestor ako posunúť terapeutický vzťah, preskúmať nové témy, prináša do terapie emócie. Situácie, v ktorých sa téma hraníc otvára, nie sú zlyhaním alebo prekážkou, i keď môžu byť veľmi vyhrotené. Naopak majú sa stať výzvou a priestorom pre terapeutický posun.

ZDROJE

1. Axline, V. (1969) Play Therapy. New York: Ballantine Books.

2. Bratton, S. et al. (2006) Child Parent Relationship Therapy (CPRT) Treatment Manual: A 10-Session Filial Therapy Model for Training Parents. New York: Routledge.

3. de Sousa, A. (2010) Ethical issues in child and adolescent psychotherapy: a clinical review. Indian Journal of Medical Ethics, 7, 3, 157-161.

4. Gutheil, T.G., Gabbard, G.O. (1998) Misuses and Misunderstandings of Boundary Theory in Clinical and Regulatory Settings. The American Journal of Psychiatry, 155, 409-414.

5. Lazarus, A.A. (2004) How Certain Boundaries and Ethics Diminish Therapeutic Effectiveness. Ethics & Behavior, 4(3), 255-261.

6. Landreth, G.L. (1991) Play Therapy. The Art of the Relationship. Muncie, IN: Accelerated Development.

7. Lenická, L. (2009). Na dieťa zameraná hrová terapia: Zadávanie hraníc. (nepublikovaná záverečná práca) PCA Inštitút Ister: Bratislava, 1-12.

8. Paton, I.E.M. (2006) How to Have Your Cake and Eat it As Well - Counselling in Private Practice From Home. NZAC Journal, 27, 55 - 69.

9. Simon, R.I., Williams, I.C. (1999) Maintaining Treatment Boundaries in Small Communities and Rural Areas. Psychiatric Services, 50, 1440-1446.

10. Rogers, C.R. (2000) Klientom centrovaná terapia. Modra: Persona.

11. Sarkar, S.P. (2009) Life after therapy: post-termination boundary violations in psychiatry and psychotherapy. Advances in psychiatric treatment, 15, 82-87.

12. Schwarz, B., Flowers, J.V. (2007) Ako zlyháva terapeut. 50 spôsobov ako stratit' alebo poškodiť vašich pacientov. Trenčín: Vydavateľstvo F.

13. Williams, M.H. (1997) Boundary Violations: Do Some Contended Standards of Care Fail to Encompass Commonplace Procedures of Humanistic, Behavioral and Eclectic Psychotherapies? Psychotherapy, 34, 3, 239-249.

14. Zur, O. (2004) To Cross or Not to Cross: Do boundaries in therapy protect or harm? Psychotherapy Bulletin, 39, 3, 27-32.

VZTAH AKO ZÁKLADNÍ ASPEKT BYTÍ S ČLOVĚKEM

DANIELA ŠIFFELOVÁ

ABSTRAKT

V příspěvku představuji rozvíjející se koncepci PCA jako tzv. vztahové (dialogické) terapie, která nabízí alternativní pohled na povahu člověka a roli vztahu v procesu terapie. Poukazuje na vztahovost a potřebu sounáležitosti jako na jednu ze základních charakteristik člověka a vnímá vztah jako důležitý předpoklad autentického bytí. Tato koncepce nepředstavuje nový terapeutický přístup či nové metody terapeutické práce, ale pomáhá lépe porozumět dynamice a složitosti lidské povahy. Novým jazykem formuluje původní Rogersovy myšlenky a zdůrazňuje tak zásadní potenciál na člověka zaměřené psychoterapie nabídnout terapeutické setkání nesmírné léčivé kvality.

KLÍČOVÁ SLOVA: POVAHA ČLOVĚKA, SETKÁNÍ, TERAPEUTICKÝ VZTAH, VZTAHOVOST, VZTAHOVÁ TERAPIE

„Tím, kým je, se člověk stává *prostřednictvím* druhých“

Martin Buber

Přístup zaměřený na člověka zažívá v současné době významnou renesanci. V posledních desetiletích pozorujeme nový zájem o jeho teorii a praxi a snahu o zlepšení jeho postavení mezi soudobými terapeutickými směry. Vedle prohlubování tradičních témat a vyrovnávání se s kritikou a neporozuměním, se snažíme navázat na bohatou výzkumnou tradici a obohacujeme původní Rogersovu teorii o mnoho nových koncepcí, které lépe reflektují dnešní měnící se společnost a její potřeby. Jedna z těchto nových koncepcí se prezentuje jako tzv. *vztahová terapie*. Její ústřední pilíře tvoří *vztah* jako předpoklad či podmínka pro naše bytí člověkem (person).

Koncepce vztahové terapie nepředstavuje novou školu či směr v PCA. Mohli bychom ji přiřadit do okruhu klasických nedirektivních přístupů, které stojí na druhé straně pomyslné škály mezi klasickými a experienčními přístupy k psychoterapii. Navazuje dokonce na původní myšlenky J. Taftové či A. Angyala, které inspirovaly samotného Rogerse. Nepřináší nějaké nové techniky či metody práce s klienty, ale spíše poukazuje a upozorňuje na určité významné momenty, které, podle autorů této koncepce, prohlubují naše porozumění procesu terapie, pomáhá plněji ocenit podstatu našeho přístupu a v konečném důsledku vysvětlují, proč „děláme v terapii to, co děláme“.

Mezi terapeuty, kteří prezentují tuto koncepci patří D. Mearns, M. Cooper, P. Schmid, G. Barrett-Lennard nebo S. Cox.

Vztah, který tvoří klíčový pojem této koncepce, zde můžeme vnímat ve dvojitým smyslu. Na jedné straně o něm hovoříme jako o jednom ze základních aspektů lidské povahy, jako přirozené potřebě být ve vztahu a vztahovat se. Na druhé straně je zde reflektována specifická podoba vztahu mezi terapeutem a klientem jako zásadní a léčivý prvek v terapeutickém procesu. D. Mearns pak v tomto smyslu vytváří nový pojem a hovoří o vztahové hloubce (Mearns, Cooper, 2005).

VZTAHOVOST

Koncepce vztahovosti poukazuje na dvě stránky, v kterých se člověk ve své existenci projevuje a které tvoří základ pro veškerou dynamiku jeho života. Na jedné straně je člověk bytost, která usiluje o autonomii, nezávislost a svobodu, jedinečnost, důstojnost a sebeurčení. Můžeme jí označit jako individualistickou stránku. Na druhé straně je však stejně tak ovlivňovaná a utvářená potřebou závislosti, sounáležitosti a solidarity, sdílení, propojenosti a vzájemnosti a projevuje se jako sociální povaha člověka. Tuto stránku označujeme jako vztahovou (Schmid, 2007).

Dvojitá stránka člověka je rogersovské terapii vlastní. Rogersovi je ale občas vytýkán přílišný důraz na individualismus a tudíž posilování jen jednoho aspektu člověka. Není to tak nevyhnutelně pravda. Jde spíše o důsledek doby, ve které Rogers působil. Vztahová stránka byla od počátku v jeho přístupu obsažena, byť ne tak explicitně a teoreticky vymezena. Byla naznačena už v jeho hypotéze šesti „nevyhnutelných a dostačujících podmínek terapeutické změny“ (Rogers, 1957), především v první (podmínce kontaktu) a šesté podmínce (přijetí podmínek klientem) a v pojetí aktualizační tendence jako směřující ke konstruktivnímu sociálnímu chování.

V raném období vývoje jeho teorie můžeme sice pozorovat větší důraz na prezentování terapie jako rozvoje osobnosti směrem k autonomii a sebeřízení. To by odpovídalo spíše individualistickému pojetí. V teorii dominovaly pojmy jako aktualizační tendence, důvěra v organismus, self, pozitivní přijetí, plně fungujícího člověka a terapie se soustředila na jednotlivé podmínky a jejich komunikaci směrem ke klientovi či nedirektivní přístup.

Avšak zejména v pozdějším období Rogers mnohem více vyzdvihuje pohled na člověka z perspektivy vztahu. Odrazilo se to i v pojmech, které začal používat pro popis terapeutického procesu a povahy člověka. Hovoří více o procesu stávání se člověkem, otevřenosti vůči druhým, přítomnosti, bezpodmínečném uznání, empatickém porozumění či o způsobu bytí. Podle Rogerse má člověk možnost i tendenci vyvjet se konstruktivní cestou a na základě svých vlastních zdrojů, pokud se nachází ve *facilitujícím vztahu*, vztahu určité kvality. Terapie se pro Rogerse stává *setkáním (encounter)* dvou lidských bytostí. (Schmid, 2007)

Vztahová terapie navazuje na Rogerse právě v tomto bodě. Vnímá potřebu jasněji *formulovat* tuto vztahovou stránku člověka a roli vzájemného a intenzivního setkání mezi terapeutem a klientem. Poukazuje na to, že používáním jen první (individualistické) optiky vlastně omezujeme potenciál terapeutického působení, které nám PCA nabízí. V konečném důsledku může vést k vnímání terapie jako techniky, která posiluje rozvoj osobnosti a kongruence mezi zážitkem a sebepojetím a pozornost zaměřuje na terapeuta, a to jak zažívá klienta a jak směrem ke klientovi komunikuje empatii a pozitivní přijetí.

Optika vztahovosti naopak mnohem přesněji odpovídá podstatě PCA a Rogersovu pojetí terapie. Z tohoto pohledu je terapie *nabídkou hlubokého vztahu a vzájemného setkání dvou lidí, plného bezpečí a vzájemnosti, které umožní člověku setkat se svými nejněžnějšími pocity a tím mu umožní, aby stal plně sám sebou*.

Toto pojetí vychází z předpokladů, které poukazují na primárnost vztahu v životě člověka. Jak říká například vývojová psychologie, děti se rodí do světa orientované na druhé a již naladěné na vztahy a teprve později si vytváří vědomí sebe a druhých. Mají vrozenou touhu a kapacitu nejenom se vázat s druhými, ale také aktivně vstupovat do interakcí s druhými a komunikovat. Na jedné straně vyhledávají náklonnost, bezpečí a bezpodmínečné přijetí, mají ale také touhu po něčem, kde mohou být více součástí, kde mohou lásku nejen dostávat, ale také dávat a prožívat okamžitý a účastný kontakt. (Mearns, Cooper, 2005)

Stejně tak navazuje toto pojetí terapie na myšlenky vztahových filosofů (Buber, 1995; Levinas, 1997). Vnímají vztahovost jako nevyhnutelnou součást naší existence a jako podmínku lidskosti. Člověk je primárně vztahová bytost. A jedině skrze vztah se stává plně člověkem. Člověk je neoddělitelně provázaný s druhými lidmi a naše bytí je především na prvním místě „bytí ve vztahu“. M. Buber to vyjádřil takto „Stávám se vskutku sebou jen díky svému *vztahu* k „Ty“; stává se sebou říkám „Ty“. Všechny skutečný život je *setkáním*.“

TERAPEUTICKÉ SETKÁNÍ A VZTAH

Připomeňme si tedy, jak z optiky vztahu a tedy z toho, co zdůrazňuje vztahová terapie, bude vypadat te-

rapeutické setkání:

Jestliže si smysl vztahu zformulujeme jako způsob jak umožnit klientovi, aby se *stal sám sebou*, tj. byl otevřený veškerému svému prožívání, má to na podobu terapie zásadní dopad. Tím, že klientovi nabízím *vztah*, přistupuji k němu ze zcela jiného výchozího postoje. Nabízím vztah vlastně jako speciální *prostředí*, ve kterém se může klient, prostřednictvím vztahu, odvážit být skutečně a plně sám sebou.

Prostředí vztahu je charakterizované právě oním autentickým, nehodnotícím a přijímajícím postojem a snahou porozumět. Terapeut jako člověk se setkává s jiným člověkem (klientem). Postaví si před sebe druhého člověka, jako neznámou bytost, která jej fascinuje, zajímá, a kterou by chtěl blíže poznat tak, jak se mu bude možná postupně odhalovat.

Terapeut může jen naslouchat a snažit se porozumět, neboť každým jiným způsobem by už do vztahu vkládal nějaké podmínky ocenění ze své osobní filosofie. Tímto postojem nedává terapeut klientovy svolení. Umožňuje mu zažít se jako žijící bytost, protože jedině ve vztahu, kde jsme reflektováni druhou osobou, můžeme pocítit svoji existenci.

Svým postojem jakoby terapeut říkal: „Já jsem tady takový jaký jsem. Jsme tu spolu a je to dobré místo, proto abys i ty byl sám sebou. Podívej, já se snažím být plně sám sebou a ty můžeš taky. Jsme svobodní.. Nechci tě nikam tlačit či pomáhat. Chci se s tebou potkat a snažit se tě poznat.“

Nabídkou vztahu této kvality se před klientem otevírá možnost a výzva otevřít se svému nejnvtitnějšimu prožívání, bez jakýchkoliv obran, plně přijímaný a oceněný. Klient může toto zažívat jako intenzivní kontakt, hluboké porozumění a spojení, které bude více citěné a žité, než nutně verbalizované. Může prožívat něco jako: „Mohu to zkusit. Mám odvahu objevovat svůj život a setkávat se se vším, co mi nabízí. Mohu si dovolit existovat, prožívat a být takový jaký právě v tuto chvíli jsem a není to pro mě ohrožující. Mohu být sám sebou“

ZÁVĚR

To, jak vztahová terapie popisuje terapeutické setkání, není pro rogersovskou terapii nic neznámé. Nabízí spíše nový jazyk, využívající více vztahovou terminologii, aby vystihla a znovu poukázala na nezákladnější a nejvlastnější myšlenky tohoto přístupu k terapii. Setkání mezi terapeutem a klientem vnímá víc než jen jako prostředek pomoci. Zaměřením se na setkání překonává rovinu „používání podmínek“, odklání pozornost od snahy udržet nedirektivní postoj či facilitovat emoční změnu. Bezvýhradná důvěra v klienta a jeho moudrost, nevyhnutelnost a dostatečnost terapeutických podmínek již není otázkou, ale samozřejmostí, která umožňuje prohlubovat terapeutické setkání a posouvat pozornost k tématům skutečného „být sám sebou“ a směřování k lidskosti. Tím, že klientovi nabízím vztah určité kvality, vytváří prostředí, ve kterém bude moci být takový jaký je, plně sám sebou. Je dobré si uvědomit, že setkání ve vztahu není konečným cílem terapie, je vlastně jejím začátkem a jejím předpokladem.

ZDROJE:

1. Buber, M. (1995): Já a Ty. Olomouc, Votobia.
2. Levinas, E. (1997): Totalita a nekonečno. Esej o exterioritě. Praha, Oikoymenh.
3. Mearns, D.; Cooper, M. (2005): Working at Relational Depth. London, Sage.
4. Rogers, C.R. (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology, 21, (2) s.95-103
5. Schmid, P.F. (2007) The anthropological and ethical foundations of person-centred therapy. In: Cooper, M, O'Hara, M, Schmid, P.F., Wyatt, G. (eds.): The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counseling. Palgrave Macmillan (s.30-46)

SROVNÁNÍ INDIVIDUALISTICKÉHO A VZTAHOVÉHO PŘÍSTUPU K TERAPII

INDIVIDUALISTICKÝ POSTOJ	VZTAHOVÝ POSTOJ
V člověku se projevuje jako tendence k větší autonomii, sebeřízení, nezávislosti, jedinečnosti.	V člověku se projevuje jako jeho sociální povaha a potřeba závislosti, sdílení, sounáležitosti a solidarity, propojenosti a vzájemnosti
TYPICKÉ POJMY: aktualizační tendence, plně fungující člověk, self, self-aktualizace, kongruence mezi zážitkem a sebe-pojetím	TYPICKÉ POJMY: proces, přítomnost, otevřenosti vůči druhým, autenticita, bezpodmínečné ocenění, setkání
IDEA: Největší zoufalství člověka pochází z toho, když se rozhodne být jiný než je, když žije podle představ druhých jako by neměl své vlastní já (self).	IDEA: Člověk je především existující ve vztahu a ze vztahu, je od druhých neoddělitelný a bez jeho vztahu k druhým lidem se nemůže stát plně sám sebou a nelze jej poznat.
ZÁKLADNÍ POTŘEBA: potřeba pozitivního přijetí	ZÁKLADNÍ POTŘEBA: potřeba vzájemnosti a interakce
PORUCHA: V důsledku neuspokojení této potřeby člověk popírá a zkrsluje své zážitky, které jsou nekonzistentní s přijetím.	PORUCHA: V důsledku neuspokojení této potřeby člověk není plně sám sebou, nemůže zažít intimitu vztahu i možnost být plně sám sebou
TERAPIE: - vede k vnímání terapie jako techniky, která posiluje rozvoje osobnosti a kongruence mezi zážitkem a sebepojetím - důraz na terapeuta - jak zažívá klienta a jak komunikuje směrem ke klientovi empatii a pozitivní přijetí.	TERAPIE: - je nabídkou hlubokého vztahu a vzájemného setkání dvou osob, plného bezpečí a vzájemnosti, které umožní člověku setkat se svými nejnvtitnějšimi pocity a tím mu umožní, aby stal plně sám sebou - člověk se stává sám sebou, když se setkává s druhými, takový jaký doopravdy je - zdůrazňuje propojenost všech terapeutických podmínek

HOPE AS A BASIS FOR PSYCHOTHERAPY

SHEILA HAUGH

IV CZECHO-SLOVAK SYMPOSIUM ON PCA:
EMOTIONS IN TIME OF CRISIS BRATISLAVA, JUNE 2011

Over the past 5 -10 years, psychotherapy as a profession has become concerned with evidence based practice, ethical frameworks and, in the UK, controversy about regulation by the government. Most of these concerns are not a problem for me. I agree that we need to have at least some evidence of the effectiveness of counselling and psychotherapy. I strongly agree that we need ethical frameworks; we need the structures for clients to be able to complain about us if we do something wrong. And there are therapists – including person-centred therapists – who dishonour their clients. Regulation by the government? I am not convinced there is a need for this and was on the side of not having statutory regulation. But that is a topic for another time. The point is that I am not against moves to professionalise our work – especially if that allows clients to access our services and our services are good.

But – and it is a big but – whilst we develop the „hard. sciences of our work; whilst we can quote statistics about outcomes – which usually means symptom reduction rather than the lived experience¹; whilst we can be pleased our ethical framework is completed – I think we are starting to miss some other, less definable aspects of psychotherapy, and one of those things is that psychotherapy offers hope.

Yesterday, I spoke about kindness, I would say a simple, human attitude that many of us possess. Today I am speaking of hope, a simple human tendency that many of us possess.

¹ Sometimes a person can feel happier without symptom reduction – but this would not be seen as a success because the symptoms had not lessened.

Elizabeth Kübler-Ross, who some of you may know from the field of working with dying people, identified hope as one of the stages of grief in the experience of dying people. If medics put out the flame of hope, however small the small flicker for the dying person, the person was more likely to die sooner than anticipated.

Medics know the power of beliefs and thoughts and it is suggested through research that up to 1/3 of patients feel better with a placebo. Brain imagery techniques lend support to the idea that thoughts and beliefs affect the psychological state and cause bodily changes. Psychotherapy has been shown to alter the chemical make-up of the brain. So this should not be a surprise to us.

Through research it is emerging that it is the relationship heals – hardly surprising really as it is the relationship that damages². But this relationship is not always easy for the client or the therapist. As a therapist and supervisor I have noticed that it is often most difficult for therapist and counsellors to work with people who are „stuck.; their process seems to go round and round; the words and the experience seeming to never change. Staying empathic for extended times with this „stuckness. becomes a challenge and we are tempted to intervene – to help the process along!!

I don.t know if it works in translation, but in English I can say that clients can become „hope-less. – that is without hope. In English the word „hopeless. can also mean „of no use.. We say that someone is hopeless at cooking for example, meaning they can.t cook at all.

² In Rogers' work this is through the conditional positive regard received from significant others leading to the development conditions of worth.

Our client can be hopeless in both senses of the word (or at least feel that way). They can.t change anything: they don.t have the financial resources to leave a relationship; they don.t have the courage to leave a relationship; they are stuck the way they are because of trauma.

But despite this, they keep coming back, every day, every week. Somehow, somewhere, they don.t give up hope. At the same time, most of the time, I don.t give up hope either. So along with the therapist conditions proposed by Rogers, I wonder if my hope is part if the therapeutic process.

This is not a proposal to add another attitude to Rogers. work. The concept of hope is present in the idea of the actualising tendency. I am suggesting that if we believe in the actualising tendency – and it cannot be anything but a believe it is not a fact – we offer hope. We offer the conviction that things can be different, that life will not always hurt as much as it does now.

As a species, I think we are generally a pretty hopeful animal. Sometimes I am surprised that we can be so hopeful as we march toward ecological disaster seemingly with our eyes closed! My thought is that being hopeful is part of our characteristics; that usually clients have hope somewhere inside – even if that is only that the therapist can help in this apparently helpless and hopeless situation.

If I am saying that hope is always present somewhere, then I also need to think about how suicide fits into this. Interestingly, it seems that people are less likely to complete a suicide when they are in the deepest depths of depression, when you would imagine them to be completely without hope. People are more likely to complete a suicide when feeling a little better – a little more powerful in their life. But why might it be that people commit suicide at all?

If you believe in some sort of life after death, be that seeing deceased loved ones, or joining the greater cosmos in some way, it is relatively easy to conceptualise why suicide might be a hope–full act. The person can feel that they are moving to something better than where they are now. If you view death as the complete end of the organism, physically, psychologically or spiritually, it is a little more difficult to match suicide to the idea of the actualising tendency. But even in these circumstances, the hope for the person can be that they are eaving intolerable circumstances. Most people commit suicide, not because they want to die, but because they want the pain of their existence to end. This is a subtle, but important distinction.

Human beings have an infinite variety. We have such a finite form and are very like each ther in our basic wishes and desires – even across cultures and times. But at the same time I don.t believe you can say any one thing about every human being – there is always an exception that proves the rule as we say in English. I have met someone who seemed to have no hope. A victim of torture, he felt he had died inside. When I looked into his eyes, they were dead. His torture had happened many years earlier and still he was without hope. I tell of this man, because I don.t want to pretend that hope is always present...sometimes it is not an to ignore that possibility would be naive. Every time I explore some of these areas – yesterday it was kindness, today it is hope – I am struck, time and time again, at what we need to be able to work as counsellors and therapists. I need to have hope around me. In the times when I was hope-less, when the weeks were measured in days, the days in minutes, other peoples. hope was all I had.

Many of our clients are very isolated; emotionally, psychologically, physically – sometimes all three. When you sit in front of someone – a client – what is your presence saying to them? I think we are saying “there.s a chance here; it is possible things could be different; there is hope!”

If you are not saying that in your heart, if you can.t say it in your heart, then perhaps you should not be a psychotherapist.

HUMANISTICKÝ PRÍSTUP K RODINE A V TERAPII

JANA ŠPÁNIKOVÁ

PEDAGOGICKÁ FAKULTA UK V BRATISLAVE - KATEDRA LIEČEBNEJ PEDAGOGIKY
PORADNABRATISLAVA@GMAIL.COM

ABSTRAKT:

Príspevok sa zaoberá eklektickým využitím humanistických prístupov pri sprevádzaní rodiny: prístupom PCA Carla R. Rogersa (The Person – Centered Approach - Na človeka centrovateľný prístup) a prístupom Rodinnej terapie V. Satirovej. Práca na rodinnej mape umožňuje odkrývať vzťahy, príčiny a súvislosti vývoja vlastnej rodiny, má využitie psychoterapii, v supervízii ale aj pri výučbe študentov či tréningu pracovníkov pomáhajúcich profesií.

KLÚČOVÉ SLOVÁ: HUMANISTICKÉ PRÍSTUPY, LIEČEBNÁ PEDAGOGIKA, RODINNÝ ŽIVOTNÝ CYKLUS, TVORBA MAPY A MOŽNOSTI JEJ VYUŽITIA

Autorka príspevku pôsobí ako vysokoškolská učiteľka na Katedra liečebnej pedagogiky Univerzity Komenského v Bratislave. Venuje sa oblasti výchovy v rodine, podpornej terapie a podporným programom, rodinnému poradenstvu a terapii.

Má vyše tridsaťročnú prax v sociálnom, rodinnom poradenstve a rodinnej terapii. Venuje taktiež individuálnej psychoterapii, rodinnej terapii, supervízii a koučingu.

V rámci svojich dobrovoľníckych aktivít v súčasnosti participuje na občianskom poradenstve a rodinnej medicíne, na pomoci a podpore sociálne znevýhodneným rodinám.

HUMANISTICKÝ PRÍSTUP K RODINE A TERAPII

Carl R. Rogers a Virginia Satirová patria do skupiny psychoterapeutov s humanistickým prístupom.

Práve Carl Rogers medzi prvými začal presadzovať humanistický pohľad na človeka - ľudskú bytosť, ktorá vyžaduje prirodzený ľudský vzťah. V procese liečebného sprevádzania sa aktualizuje porozumenie človeku v plnej miere, teda čo sa prirodzene odohráva v „naozajstnom ľudskom vzťahu”, sa prenáša do profesionálneho terapeutického vzťahu. Samotná terapia preto vychádza priamo z klienta a podporuje jeho samostatný rozvoj- rast. V procese terapie je preto veľmi dôležitá angažovanosť, vlastný prístup klienta k terapii. Rogers prostredníctvom výskumu dokázal, no hlavne na základe svojich terapeutických skúseností, že dôvera a rešpekt sú silné pozície, patria k základným podmienkam v „naozajstných ľudských vzťahoch“ čo sa môže efektívne využiť v terapii.

V centre filozofie prístupu V. Satirovej je taktiež hlboká úcta k ľudskému životu a potenciálu každého človeka. Sám človek pre ňu predstavoval zázrak, poklad a skutočný div a učenie bolo základom správania, nakoľko naše správanie odráža to čo sme sa naučili. Človek potrebuje nové poznatky k tomu, aby mohol zmeniť svoje správanie k lepšiemu. Pri svojej práci s rodinou využívala systemický model rastu a k jej kľúčovým konceptom prístupu k členom rodiny patrili osobná zodpovednosť, kongruencia, sebaúcta.

LIEČEBNÁ PEDAGOGIKA

Liečebná pedagogika sa zameriava na rozvíjanie kompetencie človeka žiť svoj život a riešiť svoje problémy. Ako pedagogický a integrálny odbor je široko zameraná. Zaoberá sa výchovou a možnosťami pedagogickej terapie človeku v sťažených životných okolnostiach. Môžu súvisieť s vývinovými úlohami daného veku-

s ochoreniami, krízami a ďalšej možnej problematiky zvládania ťažkosti u človeka. Z hľadiska filozofie prístupu liečebný pedagóg podporuje človeka pri preberaní osobnej zodpovednosti za svoj život, pričom rešpektuje jeho autonómiu a vníma ho ako sebaregulujuce bytie. V liečebnopedagogických intervenciách sú využívané prvky arteterapie, muzikoterapie, psychomotorickej terapie, dramaterapie, biblioterapie, ergoterapie, terapie hrou a rodinnej terapie. Liečebná pedagogika vychádza z pochopenia jedinečnej situácie človeka a hľadá priestor pre jeho uplatnenie v spoločnosti. (Horňáková, 2007)

POSTUP PRÁCE:

MOJE VZŤAHY BLÍZKE A PRÍBUZNÉ

Pomôcky: papier A4, ceruzky, farbičky

Úvodná inštrukcia: nakresli seba a svoju sieť osobných vzťahov, ktoré ťa obklopujú, ktoré sú pre teba zdrojom ale aj záťažou. Daj im hodnotu, kvalitu a označ ich a nasmeruj vzťah (od > < k).

RODINNÝ ŽIVOTNÝ CYKLUS

Počas rodinného životného cyklu prechádza rodina tzv. tranzitórnymi krízami, ktoré sú dôsledkom prirodzených zmien. Tranzitorné (prechodové) krízy v sebe jednak zahŕňajú vývin jednotlivých členov (napr. narodenie, batol'a, školopovinné dieťa, adolescent, senior), a jednak významné životné udalosti, tzv. uzlové body alebo tranzície (napr. sobáš, pôrod, nástup do školy, odchod z domu, smrť jedného z partnerov a pod.). Tieto krízy vyžadujú zmenu dovtedajšieho života rodiny, prispôsobenie sa novým podmienkam, niekedy aj zmenu v oblasti noriem, hodnôt, požiadaviek a očakávaní. Každou krízou sa ukazuje jej schopnosť adaptácie na nové situácie. Ak rodina nevníma tranzitornú krízu ako patologickú, nenálepkuje ju negatívami ale vníma ju ako novú výzvu, ktorá môže rodinu obohatiť, posunúť ju dopredu, zmeniť jej kvalitu, môže tejto kríze priamejšie čeliť, viac jej porozumieť a lepšie ju prijať. Simon a Stierlin (1984, s. 92) ku tranzitórnym krízam dodáva: „tak, ako aj pri iných krízových situáciách môže rodina dosiahnuť svoju integritu a psychickú stabilitu vtedy, ak im dokáže prispôbiť svoju vnútornú štruktúru – t. j. role a model vzťahov zodpovedajúcich konkrétnym rodinným cyklom.... každá kríza vedie ku kreatívnym riešeniam a novým stratégiám zvládania.“

Pri pohľade na životné etapy rodiny rozdelujeme rodinný životný cyklus na 8 štádií:

* mladé manželstvo, *mladá rodina * rodina s deťmi predškolského veku,

* rodina s deťmi školského veku* rodina s dospievajúcimi deťmi,

* rodina s dospelými deťmi* starnúci pár a * koniec rodinného životného cyklu.

Úlohou tejto časti je poznať a určiť vývojové štádia vlastnej rodiny v predchádzajúcich dvoch až troch generáciách.

TVORBA MAPY RODINY

Pomôcky: hárok papiera, fixky, farbičky, ceruzky, lepidlo, rodinné fotografie(fotokópie), prípadne vystrihnuté obrázky s tematikou rodinných vzťahov vo vekovom rozlíšení (od narodenia až po smrť).

Hárok papiera sa rozdelí na tri časti. Krajne časti budú predstavovať približne tretinu plochy a vytvárajú, stredná časť je najširšia a slúži k obrazovým ilustráciám v priebehu života rodiny.

Pravá časť háрку predstavuje časovú os a chronológiu rodinných udalostí v kontexte životných a spoločenských udalostí rodiny (napr. narodenie dieťaťa, začiatok školskej dochádzky, úmrtie v rodine, strata zamestnania, živelná pohroma a pod.).

Stredná časť háрку predstavuje priestor na projekciu či už prostredníctvom vlastnej fantázie, rodinných fotogra-

fí, či nakreslených obrázkov. Vytvárajú sa tu komunikačné pozície a interakčné vzťahy rodiny.

Ľavá časť predstavuje miesto pre vlastné úvahy, ako sa vyvíjala vlastná identita (?kým som a kto sú moji rodičia/súrodenci), vlastná spolupatričnosť k nim (?kam patrí), ako sa budovala vlastná individualita (?s kým som si podobný a s kým odlišný v rodine a či? sú to vlastne moji rodičia??). Na tejto pravej strane je aj miesto pre emočné reflexie, očakávania, sklamaná, hodnotenie úrovne sebaúcty a pod.

SPÄTNÁ VÄZBA

Spätná väzba je vyjadrovaná prostredníctvom sociodrámy. Prostredníctvom reflexie na ukážky z problémovej a lebo konfliktnej situácie v rodine sa prispieva k intenzívnemu zážitku, k hlbšiemu sebazoznaniu čo môže naštartovať zmenu v rodine, či osobnostný rast jej členov. Pri práci s rodinou mapu sa môže využívať metafora, „preznačkovanie“, akceptuje sa štylizácia a podporuje sa kreativita. Proces nie je riadený, je iba facilitovaný.

SUPERVÍZIA

Zásadná podmienka dobrej supervízie pri práci s klinickou rodinou je dobrá reflexia a rozbor vlastných rodinných vzťahov supervízora nakoľko tento profesijný vzťah musí byť obzvlášť pevný. Terapeutický vzťah je viac citlivý vo vzťahových otázkach prípadu rodiny ako pri intervenčnom terapeutickom zásahu. Zásadou je, že terapeut, ktorý sám nezvláda svoj osobný a rodinný život, svoje vzťahy nie je spôsobilý viesť efektívnu supervíziu nielen rodinným terapeutom ale tiež iným pomáhajúcim profesiám. V prípade ak terapeut pri práci s rodinou čelí akútnym problémom terapeut - klient (vyplývajúcich z histórie alebo súčasnosti jeho osobnej rodinnej situácie) môže využívať možnosti emotívnej terapie, ktorá mu umožňuje prístupenie primárnych emócií. (Wetchler J.,L.1999).

LITERATÚRA:

1. BOZARTH, J., BRODLEY, B. (1993/09). *The core values of the person-centred approach*. Journal du PCAI.L., [n.k.],s. 2-24.
2. HARGAŠOVÁ, M. 1991. *Ruka v ruke*. Bratislava: SPN, 1991. 160 s. ISBN 80-08-00338-3.
3. HORŇÁKOVÁ, M. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava: OZ Sociálna práca, 2007. 175 s. ISBN 978-80-89185-28-3
4. IMBER-BLACK, E., ROBERTS, J. 2003. *Rituals in Families & Family Therapy*. New York:W. W. Norton, 435 s. ISBN: 039-3-70415-7.
5. ROGERS, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counseling Psychology*, 21, s. 95–103, cit. Bozarth, 1998, s. 7
6. ROGERS, C. R. (1978). *Carl Rogers on Personal Power: Inner strength and its revolutionary impact*. London: Constable
7. ROGERS, C. R. (1998). *Zpusob bytí*, Praha: Portál. 296s., ISBN: 80-7178-233-5
8. ROGERS, C. R. *Ako byť sám sebou*. Mofra: Iris, 1995. ISBN:80-88778-02-6
9. SATIROVÁ, V. 1994. *Kniha o rodine*, Praha: Práh, 1994. 350 s. ISBN 80-901325-0-2.
10. SAUZEDE, J. P., SAUZEDE-LAGARDE, A. 2007. *Spokojné soužití v nové rodine*. Praha: Portál, 2007. 159 s. ISBN 978-80-7367-295-9.
11. SOBOTKOVÁ, I. 2007. *Psychologie rodiny*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 224 s. ISBN 978-80-7367-250-8.
12. Wetchler, J.L. *Integrácia emócií do supervízie rodinnej terapie*, Bratislava-Empatia 2/ 2000 (preložené z *Journal of Family Psychotherapy*, Vol.10(4)1999, The Haworth Press), www.psychologia.sk/empatia/em00-2/00-2-7.htm

KAUČING A SUPERVÍZIA V PCA A POROVNANIE S INÝMI PRÍSTUPMI

A MULTIKULTURALITOU

JANA ŠPÁNIKOVÁ

KATEDRA LIEČEBNEJ PEDAGOGIKY - PEDAGOGICKÁ FAKULTA UK V BRATISLAVE

SPANIKOVA@FEDU.UNIBA.SK

SUPERVÍZIA A KAUČING V MULTIKULTURÁLNEJ EURÓPE

V priebehu rokov 2009 – 2011 som sa aktívne zúčastnila projektu zameraného vzdelávanie v supervízii a koučingu v skratke ESCME – Educating supervisions and coaches for Multiculture Europe Grundtvig. Projekt mal charakter učiacich sa partnerstiev a bol podporený prostredníctvom programu celoživotného vzdelávania – Grundtvig. Projekty tohto druhu majú prispievať k rozvoju Európskeho spoločenstva ako aj (okrem iných záujmov) k väčšej sociálnou súdržnosti. Program projektu bol koordinovaný Rakúskom („Rakúska pracovná skupina pre skupinovú terapiu a skupinovú dynamiku“ - Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik – ÖAGG) a zameraný na rozvoj výmeny, spolupráce a mobility medzi systémami vzdelávania a odbornej prípravy supervízorov a koučov rámci 5 európskych krajín – Slovensko, Česko, Rakúsko, Bulharsko a Estónsko.

PROJEKT:

NÁZOV PROJEKTU: EDUCATING SUPERVISORS AND COACHES FOR MULTICULTURAL EUROPE (ESME)

PODPORENÝ DOTÁCIOU: GRUNDTVIG - UČIACE SA PARTNERSTVÁ

ZÚČASTNENÉ ŠTÁTY: SLOVENSKO, RAKÚSKO, ČESKA REPUBLIKA, ESTÓNSKO, BULHARSKO

KONTAKT: PDF UK - KLP /DR. JANA SPANIKOVA SPANIKOVA@FEDU.UNIBA.SK

JAZYK: ANGLIČTINA

CIEĽOM PARTNERSTVA: VZDELÁVANIE SUPERVÍZOROV A KOUČOV PRE MULTIKULTÚRNU EURÓPU PROSTREDNÍCTVOM:

- vývoja nadstavbového tréningu “multikultúrna supervízia a koučing” a

- zahrnutia kultúrnej senzitivity do existujúceho vzdelávania pre supervízorov a koučov

DĹŽKA TRVANIA PROJEKTU: 2009 – 2011

PRIEBEH PROJEKTU:

Účasť na projekte predstavovala pre mňa výzvu jednak k poznaniu a porovnaniu prístupu k supervízii a koučingu v rámci partnerských krajín EU ale aj k výmenu odborných prístupov, odborných usmernení, osobnú a profesionálnu reflexiu, výmenu skúseností a porovnávaní úrovní a špecifik filozofických prístupov v supervízii a koučingu. V rámci pracovných skupín Česka a Estónska prevládala systemický prístup, Rakúsko bolo prevažne

zastúpené dynamickým a gestalt prístupom a kolegovia z Bulharska sa len priučali a hľadali svoje možnosti a uplatnenie. Zaujímavé bolo, že aj v Slovenskom tíme boli prístupové odlišnosti (PCA, gestalt a daseinanalýza) ale aj odlišnosti spojené s národnou identitou (Slovenská – Rakúska, Česká a Maďarská). Predkladateľkou projektu a zároveň koordinátorkou tímu Slovenska bola pani DI Elisabeth Alder-Wuerrer z INC Training & Counseling, s.r.o. Rakúšanka, ktorá dôverne pozná slovenské prostredie, kde má aj svoju firmu a ktorá je zároveň predstaviteľkou ÖAGG – Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik.

Napriek tomu sa preukázalo sa, že všetci účastníci projektu (aj napriek odlišnostiam a stretom) nachádzali v komunikácii a pri hodnotení viac spoločného ako rozdielneho.

Projekt *Educating supervisions and coaches for Multiculture Europe/ESCME* – učiace sa partnerstvá Grundtvig, predstavoval pre mňa špecifickú výzvu pracovať, komunikovať so zahraničnými partnermi, spoznávať ich profesionálny prístup, ich prax v supervízii a kaučingu, samozrejme bola som obohatená o ich osobnostné a predovšetkým ľudské charakteristiky. V konečnom dôsledku mala som príležitosť nielen zažiť, ale aj porovnávať odlišnosti a spoločné rysy.

POSTUPNOSŤ PROJEKTU:

Meetings in the Partnership



PORADENSTVO AKO FENOMÉN ĽUDSKEJ INTERAKCIE

Slovo poradenstvo je odvodené od slova radiť, čím sa mylne vytvára dojem, že poradca je človek, ktorý dáva rady, hotové návody a riešenia, disponuje prostriedkami, ktoré klientovi okamžite pomôžu zvládnuť situáciu či vyriešiť problém. V každom poradenstve je však dôležitá schopnosť vytvoriť vzťah vzájomnej dôvery cez ponuku aktívnej participácie na riešení problému. Zároveň poskytnutie podpory, informácií a podmienok pre pozitívnu zmenu pracovnom a osobnom v živote človeka. Supervízia a kaučing je metóda kontinuálneho zvyšovania profesionálnej kompetencie klienta prostredníctvom poradenstva. Hlavným pracovným prostriedkom supervízora a kauča je jeho osobnosť a profesionálne zručnosti. V konečnom dôsledku táto interakcia zahŕňa v sebe integráciu osobnostných vlastností poradcu, taktiež jeho teoretické vedomosti a praktické skúsenosti. Supervízia poradenského rozhovoru je dôležitým nástrojom k seapoznaniu a reflexie. Pomocou tejto spätnej väzby supervízor a kauč spoznávajú svoje osobné a profesionálne prednosti a obmedzenia. Môžu tak následne korigovať svoje postupy, skvalitňovať svoju prácu a hlavne vzťah s klientom.

Samotné poradenstvo je proces, v ktorom sa supervízor a kauč stretávajú s klientom, aby spolu preskúmali ťažkosti, zredukovali pocity neistoty, uľahčili klientovi rozhodovanie či voľbu a následne spolupracovali na

implementácii zmeny.

MULTIKULTURÁLNE PORADENSTVO

Poradenské služby poskytované človeku z inej kultúry by mali byť komplexné nakoľko imigrácia predstavuje komplexnú zmenu, ktorá zasahuje do všetkých oblastí života a zahŕňajú často rozsiahlejšie sociálne jednotky (rodinu, komunitu, atď.).

V multikulturálnom poradenstve sa nepreferuje žiaden smer či orientácia. Kompetencie poradcu by mali byť rozšírené tak aby boli v súlade so životnými skúsenosťami a kultúrnymi hodnotami klienta.

Pre úspešnosť multikulturálneho poradenstva môže aj supervízor, kauč prevziať viacero pomáhajúcich rolí: od psychoterapeuta cez poradcu, konzultanta až po facilitátora. V rámci sprevádzania a asistencie sa môže angažovať pre začlenenie imigranta do pôvodnej, podporných skupín, sociálnej siete, náboženských komunít a pod.

Dôležité je pre poradenskú prácu, aby poradca – supervízor, kauč si bol vedomý vlastných hodnôt a predsudkov. Vedel prijať a pochopiť odlišný svetonázor, iné hodnoty, tradície, predsudky a súčasne je bo schopný používať vhodné stratégie a techniky poradenskej intervencie.

Nedirektívny poradenský proces - zameraný na človeka (podľa C.Rogersa – prístupu PCA) vychádza z predpokladu, že ľudia sú schopní riadiť svoj život pokiaľ majú vytvorené podmienky a zmena, rast je založený na plnohodnotnom stretnutí dvoch ľudí.

V rámci tohto prístupu v poradenskom procese by mala byť vytváraná atmosféra slobody, podpory individuálneho úsilia.

ZNAKY:

- Humanistický prístup (PCA) v rámci supervízie a kaučingu sprevádza klienta sebauvedomeniu a sebareflexii (sebapoznatiu).
- Poradenstvo zamerané na nedirektívny prístup predpokladá, že je klient aktívny, má potenciál rastu, využíva jeho osobné zdroje.
- Pri supervízii a kaučingu podporuje sa schopnosť klienta uvedomiť si svoje možnosti (ne príčiny problémov), nie je dôležité **prečo?**, ale **ako!**
- Supervízor/kauč pracuje so sebprijatím a tiež s emóciami.
- Dodržiava sa symetria vzťahu supervízor/kauč – klient
- Základ sprevádzania vo vzťahu je empatia, kongruencia, akceptácia a prítomné je bezvýhradné priatie klienta.

Na rozdiel od nedirektívneho prístupu direktívny prístup v poradenstve kladie dôraz na správanie a učenie. Poradca vystupuje ako autorita, ako expert a ponúka často hotové riešenia.

Predstavuje buď cieľavedomé, štruktúrované učebné spojenectvo, v ktorom poradca využíva techniky učenia, prípadne práca dynamicky orientovaného využíva princíp kauzality. Supervízor, kauč využíva konfrontáciu, klasifikáciu či interpretáciu a pod.

ŠTRUKTÚRA PORADENSKÉHO ROZHOVORU

Prevažná časť supervízorov a kaučov na Slovensku pracuje eklekticky, symbioticky spája alebo selektívne využíva rôzne poradenské prístupy, metódy a formy práce. V problematike multikulturality je potrebné aby svoj prístup prispôbili charakteru problému alebo typu klienta, využívali účinné prvky všetkých prístupov v snahe čo najrýchlejšie a najefektívnejšie pomôcť klientovi, rodine.

Multikulturálne chápanie sa začína toleranciou a empatiou, pochopením odlišností iných kultúr.

Každý poradenský proces prebieha v ľudskej interakcii s klientom a preto je potrebné rešpektovať základnú štruktúru poradenského rozhovoru.

PRAKTICKÉ UKÁŽKY

AKTUÁLNE RIEŠENÉ PRÍPADY K SUPERVÍZII:

1. Učiteľka hudobnej školy: má vo svojej triede veľmi talentované dieťa (Róma), kde rodičia, najmä otec bráni (fyzické násilie) ďalšiemu jeho rozvoju a vzdelaniu.
2. Sociálna pracovníčka: Matka spolu s deťmi (3 a 5 ročné) odišla od manžela – Angličana, po hádkach a prejavoch domáceho násilia domov - na Slovensko. Po rozvode manželstva súd vo Veľkej Británii navrhol striedavú starostlivosť. Otec detí pravidelne raz mesačne (na dva týždne) preberie deti od matky a prebýva s nimi na hoteloch na území Slovenska, lebo deti nemôžu opustiť územie republiky.

SPÄTNÁ VÄZBA

* **VHODNÉ PROSTREDIE** – SÚKROMIE, TICHU, BEZPEČIE A POD.

* **PREDSTAVENIE SA A VYSVETLENIE SI POZÍCIU A ROLU.**

* **VYSVETLITE: ÚČEL ROZHOVORU.**

Obsah rozhovoru.

Záver rozhovoru.

* **VYTVORTE RAPORT A ZBAVTE KLIENTA NAPÄTIA**

* **POUŽITE VHODNÉ TECHNIKY KLADENIA OTÁZOK**

- otvorené/zatvorené,
- sondy,
- vyhýbajte sa navádzacím otázkam,
- vyhýbajte sa komplikovaným otázkam,

* **POUŽÍVAJTE AKTÍVNE POČÚVANIE**

- udržujte očný kontakt,
- poskytujte neverbálnu spätnú väzbu (napr. prikyvovanie)
- kontrolovanie,
- reflexiu,
- parafrázovanie,
- súhrny.

* **POSKYTNITE ŽIADANÉ INFORMÁCIE O.....**

* **ZABEZPEČTE, ABY SA KLIENT ZAANGAŽOVAL A DOHODNITE SA NA ĎALŠOM POSTUPE.**

* **SKONTROLUJTE, ČI KLIENT ROZUMIE, AKO POSTUPOVAŤ ĎALEJ.**

* **ZAZNAMENAJTE AKČNÝ PLÁN.....**

MULTIKULTURALITA

ROVINY MULTIKULTURÁLNEHO ROZHOVORU

* **INŠTITUCIONÁLNA**

* **INDIVIDUÁLNA - KAŽDODENNÁ**

* **INŠTITUALIZÁCIA ROZHOVORU**

* **AKCEPTÁCIA RÔZNORODOSTI**

* **OCHOTA DISKUTOVAŤ**

* **KULTÚRNA DIVERZITA**

MULTIKULTÚRNE KOMPETENCIE

FÁZY:

1. Poznanie a pochopenie cudzej kultúry

2. Poznanie a pochopenie kultúrnych štandardov

* sociálnych hodnôt

* noriem

* vzorcov správania

3. Zvládnutie aspoň dvoch kultúrnych vplyvov

4. Zovšeobecnenie a vytvorenie komunikačných modelov pre kontakt s cudzími kultúrami

EURÓPSKE MODELY INTEGRÁCIE:

- etnicko –exkluzivistický (vyčlenenie)- pobyt „pracovníkov“ je chápaný ako dočasný

- asimilačný – prijatie dominantných kultúrnych vzorcov, príslušnosť k občianskemu národu

- pluralistický /multikulturálny – prístupovci sú chápaní ako odlišné kultúrne komunity

LITERATÚRA:

1. C. R. Rogers: A Way of Being, Mariner Books 1995, **ISBN:** 9780395755303

2. C. R. Rogers: O osobnej moci, Persona 1999, ISBN: 8096798014

3. C. R. Rogers: Sloboda učiť sa, Persona 1998, ISBN:8096798006

4. D.W. Sue, A. E.Ivey, & P.B.Pedersen,1996, A theory of multicultural counseling and therapy, Pacific Grove, CA: Brooks / Cole.

<http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/class/Psy394Q/Research%20Methods/Assigned%20readings/Hall01.pdf>

<http://www.euractiv.sk/rozsirovanie/analyza/narodna-identita-voci-novym-vyzvam>

KINDNESS IN THE HELPING RELATIONSHIP

SHEILA HAUGH

IV CZECHO-SLOVAK SYMPOSIUM ON PCA: EMOTIONS IN TIME OF CRISIS BRATISLAVA,
JUNE 2011

A few years ago I came across a little book called 'On Kindness'. Although a little book, there was something about it, or at least the topic, that caught my imagination.



In my country over the last 10 to 15 years there has been a definite, and profound move towards the professionalisation of the helping professions. On the plus side this has meant that counsellors, therapists, doctors, and teachers for example, have become more accountable to, and for, the people they work with. Professional organisations have, particularly in the therapeutic world, created ethical frameworks to both guide practitioners and to offer means of complaint for people let down or abused by individual practitioners or organisations.

However, there has been a downside to this move towards professionalisation. The downside has two aspects to it. Firstly, it seems to me that we have become more defensive in our practice. People are worried about complaints and legal proceedings from unhappy clients and are developing a tendency to 'play it safe'; that is, scared to be themselves in the relationship.

Training has become focused on theoretical models, procedures, policy, outcomes. When I trained, the training concentrated on how to be with people; the interpersonal relationship, how to make and maintain relationships. I know that training still involves this both in the UK and elsewhere, and I am exaggerating for clarity. At the same time, training used to concentrate on the development of the practitioner as a person; their way-of-being if you like. These days there are any number of theories we apparently need to know to work with someone; psychological, sociological, biological, developmental, legal, ethical and probably some others areas I have forgotten.

I want to emphasise that I am not suggesting these topics are not important; but this little book did start me wondering if we had lost sight of the essential meaning of a helping relationship.

SOME IDEAS:

Definitions

- Kind
 - Friendly, generous, benevolent, or gentle
 - Showing friendliness, affection or consideration
 - Affectionate
- Love
 - Deep affection or fondness
- Concern
 - To be relevant or important to
 - Interest or involve oneself
 - Worry about
 - Matter of interest or importance

Contexts

- Different psychological viewpoints
 - View of human nature
 - actualising
 - deterministic
- Different biological viewpoints
 - the altruistic gene
 - the selfish gene
- History of the notion of kindness

Psychological Viewpoints

- **Humans as beings in the process of actualisation**
'... a process by which the natural inner being is set free from the stunting effect of civilization to realize itself and to actualize its highest potentials'
- **Deterministic view**
'... human life is predictable, explainable and controllable'

O'Hara (1993)

Biological Viewpoints

- **The altruistic gene**
Altruism = unselfishly concerned or devoted to the welfare of others
people performing acts that are of no benefit to themselves
e.g. jumping into a river to save someone.
People donating to charity:
Researchers found that acts of (consensually defined) generosity activated a primitive part of the brain that usually lights up in response to food or sex. Altruism, the experiment suggested, was not a superior moral faculty that suppresses basic selfish urges but rather, was basic to the brain - hard-wired and pleasurable

(Moll et al, 2006)

It begins with an understanding that rational human beings benefit from living in a benign universe, logically it follows that particular human beings may gain substantial emotional satisfaction from acts which they perceive to make the world a better place.

So, although kindness is an important concept it seems to me that to be kind to our clients, risks accusations of over-involvement, suggestions of counter-transference; of sympathy (that is showing compassion) rather than empathy (showing understanding); accused of encouraging dependency in our clients.

In western culture generally, it is seen as negative to be dependant in anyone. Our psychological theories celebrate the development of the autonomous human being – they are **self**-psychologies after all. This is also true of Rogers' work. The fully functioning person with an internal locus of evaluation - an external locus of evaluation seen as being unhealthy; Dependency is bad and if a client express such feelings towards us it is pathologised, it is to be accepted – as it will pass.

If we show our kindness, love towards our clients, then there are two dangers: one is that they might come, at least for a time, to depend on us. Our supervisors and colleagues will ask us why do we need this; what are our unresolved personal needs that seduce us towards creating dependency in our clients? And it is assumed that this is a negative event for the health and growth of the client.

But it seems to me that to be human is to be dependant, to be needy. We are dependent on others from the moment of our conception to the moment of our death; we cannot live this life without others...the food we eat; the clothes we wear – pretty much everything.

However, in the helping professions we seem to have decided that this - what I would say is an existential 'given' - inherent dependency, is symptomatic of a less than healthy mental functioning either in the client or the helping practitioner. Either way, we must, somehow remedy the situation; interpret the dependency, withdraw in some way from the relationship. question why we care apparently 'too' much.

The second danger is the cost to us if we care too much for too many people and we don't get any support. It can be difficult to spend day after day with people who are unwell, physically or emotionally. We have to make sure there are other things in our lives to balance out the pain and trauma many of us come across everyday in our working lives – and here I am not even considering our personal lives. One way of coping is to de-humanise our clients in some way.

A friend of mine who was a nurse for many years, describes how patients are described as, for example, 'the gall bladder in bed 9'. Psychotherapists talk about working with a psychotic, or an alcoholic. This use of language, particularly in English, separates the problem from the person; in fact it does away with the person altogether. The person is defined solely in terms of their problem – alcohol for example. It serves to divorce the practitioner

from the client. This separation may help us to not feel too much compassion for our patients, not let our natural kindness come through – to not risk the censor of our colleagues.

This separation can help us to cope long-term. If we keep the separation, we can find ways of minimising our concern; not worry about being particularly kind. We can manage the emotional cost of being with people in pain.

The trouble with strategy of course, is that we demote our clients to ‘non-being’; to being ‘not-fully-human’. Increasingly, research indicates that it is the relationship that is the healing factor in psychotherapy, above and beyond adherence to a any particular model of therapy. If this is true, then it is imperative that we do not separate ourselves from our clients – this will seriously impede our relationship with them and the potential for their healing.

In order for us to do this work, we need kindness and care in our lives. We need people to support us when the work hurts, to accept it hurts and not suggest we are being less than professional because we have let the client into our heart. We need people who can help us to stay kind, to stay concerned and to stay loving. If we have this, I truly believe that the service we offer clients is improved; there is a much greater chance of healing. If we have this support, it also goes some way in protecting ourselves from burn-out; we stay happy and healthy.

I am making a plea to not lose sight of the reasons many of us came into this sort of work – we wanted to help; we care when our fellow human beings where in pain. It is a plea for us not to drown under the weight of a professionalization that demands we describe our compassion as questionable and a problem.

Roger Walsh, a transpersonal theorist and practitioner has suggested that as humans we ‘may need to express our kindness, care and compassion if we are to live fully’. It is my proposal that much of our work is about helping people to ‘live fully’ and as such, we need to be able to live fully ourselves; celebrate our kindness, concern and love and to be able to offer this to our clients.

REFERENCES

Moll, J., Krueger, F., Zahn, R., Pardini, M., de Oliveira-Souza, R., & Grafman, J. (2006) Human fronto-mesolimbic networks guide decisions about charitable donation. PNAS, 103(42), pp.15623-15628.

O’Hara, M. (1993) *Ethics project*. Association for Humanistic Psychology

PODPORA PROCESU STÁVANIA SA RODIČMI

MÁRIA KOPČÍKOVÁ, HANA CELUŠÁKOVÁ

„Prístup zameraný na človeka je primárne spôsob bytia, nachádzajúci svoje vyjadrenie v postojoch a správani, ktoré vytvárajú klímu podporujúcu rast. Je to základná filozofia, skôr než technika alebo metóda. Ak sa táto filozofia žije, pomáha človeku rozšíriť vývin kapacít. Ak sa žije, stimuluje konštruktívnu zmenu v iných. Dáva človeku silu. Ak túto osobnú moc cítiť, potom sa zvykne využiť na osobné a sociálne premeny.

Ak sa na človeka zameraný spôsob bytia žije v psychoterapii, vedie k sebaexplorácii, sebaodhaleniam u klienta a prípadne ku konštruktívnym zmenám osobnosti a správania. Ak terapeut žije tieto podmienky vo vzťahu, stáva sa spoločníkom klienta na ceste ku koreňom (centru) self.“ (Rogers, 1986, in: Kirschenbaum, Henderson, s. 46)

Na počiatku našej práce s tehotnými ženami bola potreba podporiť nastávajúcu rodinu v období prípravy na príchod dieťaťa. Podporiť rodičov v ich procese hľadania informácií, posilniť obraz pôrodu ako jedinečnej udalosti v živote ženy, túžba meniť náš, v pôrodniciach presadzovaný, striktné medicínsky pohľad na začiatok života novej ľudskej bytosti. Stretali sme sa s tým, že ku nám prichádzali budúci rodičia „bažiaci po informáciách“ – budem viac informovaný, bude to jednoduchšie, budem vedieť, čo mám čakať. Našou túžbou bolo robiť zážitkové kurzy, ktoré by od informácii smerovali k prežívaniu tohto významného životného obdobia, no nie celkom sa nám to podarilo realizovať.

Chceli sme otvorene hovoriť o období, ktoré nasleduje po narodení dieťaťa, o úskaliach, ktoré so sebou môže prinášať, ak nemáme dostatok vzorov v rodine alebo dostatok skúseností z viacgeneračných rodín, podporiť zmeny systému, ktoré povedú k slobode voľby a k väčšej úcte k jednotke matka – dieťa – otec bezprostredne po pôrode.

Snažíme sa narušiť stereotyp o pôrode ako udalosti, ktorú treba hlavne prežiť a zostať i s dieťaťom zdravá, mýtus o „vždy šťastnej tehotnej“ a „dokonalej matke“.

Veríme totiž, že matkami (rodičmi) sa nerodíme, stávame sa nimi a v tomto procese potrebuje rodina podporu facilitátora rovnako intenzívne, ako v iných (na prvý pohľad možno kritickejších) obdobiach života.

Naše vzdelanie v Prístupe zameranom na človeka nás od začiatku smerovalo k poskytovaniu priestoru na sebaopoznanie, slobodný rast, voľbu a zodpovednosť za svoje rozhodnutia. Ak aj teda v našej práci nerobíme psychoterapiu v pravom zmysle slova, myslím, že naše stretávanie sa s rodičmi pomáha facilitovať ich osobný rast na ceste stávania sa rodinou.

Špecifikom našej práce je jedinečnosť chvíle, v ktorej sa s budúcimi rodičmi stretávame, či už je to na kurzoch, ale hlavne priamo pri sprevádzaní (dulení) pri pôrode a pri poradenstve pri dojení a starostlivosti o bábätko po pôrode.

Dovoľte sa nám teraz podeliť o osobné skúsenosti.

RODÍM – RODÍM SA – TU A TERAZ

HANA CELUŠÁKOVÁ

Keď som prvýkrát čítala knihu Pôrod s dulou, mala som pocit „dejavu“, dula je definíciou facilitátorky pôrodu, do jeho priebehu nezasahuje, neovplyvňuje ho, len pomáha mame prežiť ho.

Svojim spôsobom nemôžem byť v pomáhajúcom vzťahu viac skutočne, naplno, tu a teraz prítomná, ako počas pôrodu. Rodiaca žena má všetky senzory naladené na kongruentnú, akceptujúcu, empatickú prítomnosť sprevádzajúcej osoby, nie je možné mať masku, ak naozaj mám byť v tejto chvíli nápomocná. Všetky moje vedomosti zostávajú len na okraji vedomia, jediné, čo naozaj „platí“ je byť „tu a teraz“, naplno sústredená, naplno prijímajúca, dávajúca, sprevádzajúca. Je to pre mňa vždy jedinečný zážitok, v ktorom čas záhadne stojí rovnako ako uteká v pred.

Naplnenie Rogersom postulovaných nevyhnutných a postačujúcich podmienok priamo pri pôrode umožňuje prežitie tejto udalosti naplno v svojej nahote, bolesti, spontánnosti, smútku a radosti. Lebo pôrod žene pomáha dotknúť sa toho, kým naozaj je, so všetkými pochybnosťami, odvahou silou i slabosťou. A v závere drží v náručí svoje dieťa, kde je jej úlohou povzbudiť, pomôcť a ustúpiť do úzadia novej rodine.

PORADENSTVO PRI DOJČENÍ

MÁRIA KOPČÍKOVÁ

Dojčenie je pre niekoho „hitovkou“ poslednej doby, pre iných je to cesta ako sa čo najviac priblížiť dieťaťu a tráviť s ním veľa intimného času. Niektoré berie dojčenie ako najprirodzenejšiu vec, s ktorou materstvo súvisí a vopred nerieši rôzne možné problémy, iné zase vopred rieši všetko možné, aby pripravenosť bola maximálna a až tak trochu úzkostne chce mať prehľad o všetkých možných problémoch a komplikáciách.

Sú ženy, ktoré dojčenie považujú za to, čo MUSIA urobiť, lebo sa to tak teraz má a považujú za svoje zlyhanie, pokiaľ sa to nepodarí podľa ich predstáv. S tým sa často vysporiadávajú pri druhom – treťom tehotenstve a majú pocity viny, že nezvládli, nevydržali, nevybojovali...

Dojčenie sa súčasne ženy nemajú od koho učiť, chýbajú nám vzory vo vlastných rodinách, často sa ženy nemajú na koho obrátiť s problémom. A tak sa obracajú na laktáčne poradkyne. Som jednou z nich, som ženám k dispozícii na osobné, či telefonické poradenstvo.

Za ten čas, ktorý sa poradenstvu venujem, som nadobudla presvedčenie, že 80% problémov, ktoré ženy prezentujú ako problém s dojčením, je v skutočnosti problém niečoho iného – niekde inde.

S počiatočných slov, ktoré popisujú „problém“, sa nie zriedka stane téma o tom, ako sa cítia nevypočuté, nepodporené zo strany najbližšieho okolia, ako musia „bojovať“, aby si obhájili svoj postoj, ako sú neisté v tom, či onom rozhodnutí... Sú unavené, vyčerpané, neisté, či v starostlivosti o dieťa postupujú správne.

Takže namiesto „riešenia dojčiacieho problému“ hovoríme o problémoch v rodinných vzťahoch, o ich vlastnom prežívaní ich novej materskej roly, o neistote, ktorú (podľa mňa prirodzene) pociťujú – a cítia sa vinné voči mužovi, mame, svokre, že nie sú ÚPLNE DOKONALOU MATKOU.

Svoju úlohu v tomto poradenstve teda vnímam v rovine vypočutia, podporovania, reflektovania ich emócií. Snažím sa byť empatickou a podporiť ich v rozhodnutí, ktoré si sami hľadajú, tak, aby s ním boli spokojné.

Neistota a obavy matky, či vo svojej role nezlyháva, sa odzrkadľujú na jej vzťahu k dieťaťu, partnerskom spoložití, na atmosfére celej rodiny.

Snažím sa (a to vnímam ako rozdiel vo vnímaní dojčiacej ženy od iných poradkýň – možno to vyznie ne-

skromne – nadobudnutý vďaka výcviku PCA a vlastnému zážitku) nehodnotiť ženy za ich rozhodnutia, pretože si neustále uvedomujem, že nikdy neviem, čo ženu k jej rozhodnutiu primálo, čo všetko má za sebou.

Niekedy je to pre mňa celkom ťažké, pokiaľ viem, že dané rozhodnutie bude zrejme „protidojčiace“ a že žena ho po pár týždňoch môže ľutovať. Môže a nemusí, takže to nechávam na ňu.

Raz som dostala po jednom stretnutí s druhorodičkou, lekárkou, plnou obáv a neistoty, spätnú väzbu: „Vy by ste mali robiť psychologické poradenstvo v dojčení. To je hrozné, aká som neistá a čo všetko riešim. Potrebujem podporu a u vás som ju dostala.“

MAŤ DETI PRE RADOSŤ

V poslednom období máme pocit, že dochádza k:

- **zahlteniu informáciami** – často aj protichodnými, ktoré však jednoznačne hodnotia, čo je „správne“ a čo nie;

- **nárastu nárokov na získanie osvedčenia: „DOBRY RODIČ“**. Ilustruje to napr. názov knihy: „Rodičovstvo je veda“. Teda rodičovstvo sa stalo odborom, ktorý je vysoko špecializovaný a určený len tým najzdatnejším. Ako potom nemá mať žena pocit, že je neustále hodnotená a musí podať výkon? Že nie je možné dostať všetkým, občas protichodným, náročným požiadavkám? Že sa nemôže spoliehať na svoju intuitívnu chuť niečo urobiť, keď výskumy dokázali niečo iné?

- **odcudzeniu sa vlastným emóciám, telu**. Výrok našej klientky: „ako by som si mohla byť istá, že je bábätko v poriadku, keby mi lekár na každej poradni neurobil ultrazvuk?“, akoby vrazil za všetko. Potrebujeme ultrazvuk, aby sme vedeli, že je dieťa v poriadku, špeciálny test, či neporodíme predčasne, pôrodnicu s perinatologickým centrom, zaplateného pôrodníka, epidurál, aby sme nemuseli trpieť pri pôrode a umelú formulu, lebo nebolo dost mlieka. Samozrejme zovšeobecnene. Ale akoby sa rozdiely (extrémne polarity) medzi ženami stále vzdľalovali. Na jednej strane je „hi-tech“ prístup, na druhej strane „bio-eko-enviro“ matky, dva tábory, strieľajúce po sebe zbraňami ako „dobrá matka“ – „zlá matka“.

- **dominancii „mýtusu krásy“**: krásna žena je žena s postavou 14. ročnej dievčinky, v podstate ešte bez sekundárnych pohlavných znakov. O to ťažšie sa potom cíti spokojne v svojom tele a so svojou sexualitou tehotná a dojčiaca žena.

Tento posun nás najviac trápi práve v oblasti straty kontaktu so svojim telom a emóciami, pochybnosťami o sebe a vysokou mierou úzkosti a strachu spojenou s tehotenstvom, pôrodom a dojčením.

Akoby mizla spontánna radosť z tehotenstva, zo zaguľacujúceho bruška, z plných prsníkov a z priameho kontaktu s bábätkom. Mamky majú strach chytiť svoje dieťa, dať si ho len tak nahé do náručia, „pricapit“ ho k prsníku a nepochybovať o ničom.

To sa smie?

LITERATÚRA:

Kirschenbaum, H., Henderson L., V., 1993. The Carl Rogers reader. London. Constable. 1993. 526 s. ISBN: 0094698406. Nepublikovaný preklad V. Hlavenka, strany citácií platia pre nepublikovaný preklad.

MOTIVAČNÉ ROZHOVORY

PCA KONFERENCIA, BRATISLAVA JÚN 2011

MGR. MARTA ŠPALEKOVÁ SPALEKOVA.MARTA@GMAIL.COM

MGR. KATARÍNA KARASZOVÁ INFO@PSYCHOTERAPIA-EMDR.SK

ČO JE MOTIVAČNÝ ROZHOVOR?

- Cieľom je, aby jedinec v sebe posilnil vnútornú motiváciu k zmene.
- Je účinný a zameraný na pomoc pri prekonávaní a znižovaní ambivalencie.
- Terapeut nevystupuje v autoritatívnej roli, zodpovednosť za zmenu ponecháva na jedincovi, on sám je expert na seba.
- Cieľom je vyhnúť sa vyvolaniu alebo posilneniu odporu, lebo čím je silnejší odpor, tak tým je menšia šanca, že sa klient zmení.

MILLER, ROLLNICK- CYKLUS ZMENY

PRE LEPŠIE POCHOPENIE JE DÔLEŽITÉ UVEDOMIŤ SI:

- 1, ľudia sa nachádzajú v rôznych štádiách pripravenosti na zmenu
- 2, ambivalencia je pochopiteľná a normálna
- 3, konfrontácia v tomto prípade znamená: cieľ, aby si klient uvedomil situáciu, realitu a následne prijal fakt, že potrebuje pomoc a vydal sa na cestu adekvátnej zmeny.

predpoklad na zmenu – dôležité je uvedomiť si, že každý potrebuje iný čas, tempo a iné podmienky na vykonanie zmeny, dôležitá je akceptácia klienta v jeho rozhodnutí, čo často krát prináša uvoľnenie pre klienta a slobodu v jeho konaní a aj vo väčšej motivácii

zložky motivácie: 1, CHCEM, 2, BYŤ SCHOPNÝ SPRAVIŤ ZMENU (rozhodnutie pre zmenu, ešte neznamená, že som schopný ju realizovať, potrebujem k tomu podmienky, ktoré niekedy môžu absentovať), 3, BYŤ PRIPRAVENÝ VYKONAŤ ZMENU

CYKLUS ZMENY

Prvá fáza - prekontemplácia „ľudia v odpore“, „fáza pred uvažovaním“, „tí, čo popierajú svoj problém“

Klient ešte ani nezačal o možnej zmene premýšľať, nevidí a neuvedomuje si a ani nepripúšťa akúkoľvek zmenu, ak by mu niekto povedal o nejakých problémoch, ktoré sa týkajú jeho, bol by veľmi prekvapený a nerozumel by tomu. Klient neprichádza k terapeutovi sám, väčšinou niekto iný vidí jeho problém, v tejto fáze klient potrebuje dostať informácie a spätnú väzbu, aby si viac uvedomil svoje problémy a možnosť ich zmeniť. Pre klienta je typické: váhanie, rebélia, rezignácia a racionalizácia, je neochotný hovoriť o sebe, blízke vzťahy v tomto štádiu sú pre klienta ohrozujúce, nebezpečné, aj keď si nie je vedomý daného strachu. Má tendenciu vnímať všetko v extrémoch – čierne alebo biele, zlé alebo dobré, nesprávne alebo správne.

Terapeut sa snaží vyvolať u klienta pochybnosti, posilňuje jeho vnímanie nebezpečenstva a problémov, ktoré súčasne správanie prináša, v praxi sa ukázalo, že klient je viac naklonený komunikovať, keď sa mu poskytne priestor hovoriť aj o pozitívach napr. užívania drog.

PRÍKLAD:

T: Môžeš mi povedať, čo je to, čo ťa na heroínne láka, čo ťa baví?

K: Ten pocit, dám si to a všetky problémy sú preč, nič ti nevedí, nepočuješ, že na teba kričia, že nefetuj, no proste paráda...

T: A čo sa ti na tom celom najviac páči?

K: Tá pohoda, ten klud, keď si kaprujem a všetko mi je jedno... škoda, že to nemôže trvať večne... potom mi vždy príde, keď to celé skončí, že znova si ísť zháňať, že si musím dávať bacha, aby som sa nenakazil...

T: Môžeš mi o tom celom niečo viac povedať, o tých chorobách, načo všetko si si musel dávať pozor?

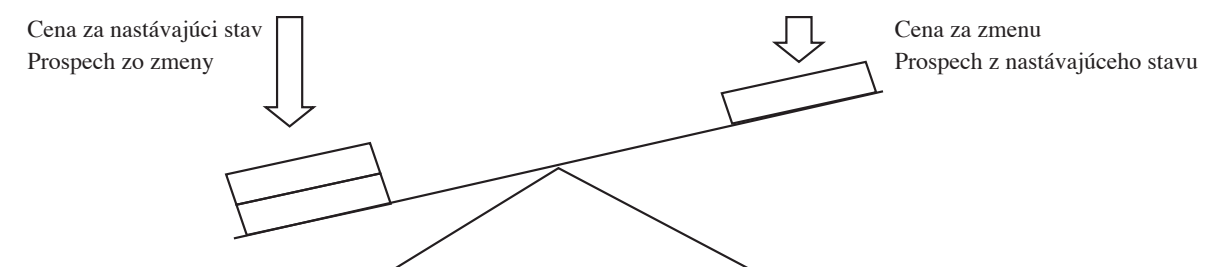
K: No... na môj matroš, na moje pumpy a zvyšok, aby mi ho nikto nekradol, aby ma náhodou nenakazili... lebo toho som sa vždy veľmi bál... bojím sa toho aj teraz... bojím sa hlavne HIV a C... je to zlé, že vždy keď herák zo mňa vyprchal, tak mi to celé došlo...

Druhá fáza – kontemplácia – ambivalencia

Klient nemá pocit zodpovednosti za svoj problém, problémy vníma mimo seba, pocity sú opisované ako neprítomné, nie sú rozoznatelne a o sebe hovorí vo faktoch. Vyjadruje rozpory, ale je vidieť, že nie sú rozpoznateľné. To je signál, že o zmene uvažuje, aj keď ju zároveň odmieta. Úlohou terapeuta je podchytiť práve túto ambivalenciu a povzbudiť klienta, aby nad zmenou uvažoval viac.

Klient sa často pohybuje medzi rozhodnutím k zmene a vzápätí to hneď poprie. Terapeut by mal udržovať rovnováhu medzi týmito rozhodnutiami. Ak je klient naklonený sa baviť o zmene, je dobré vytvoriť priestor na tzv. motivačnú rovnováhu. Čo znamená, že necháme klienta, aby si mohol sám vytvoriť zoznam toho, čo by ho zmena stála a aký má prospech zo súčasného stavu a taktiež čo by ho stál súčasný stav a aký by mal prospech zo zmeny. Ak si klient sám spraví takúto rovnováhu ceny a prospechu, je väčšia tendencia, že im uverí a prijme ich za svoje. Klient je expert sám na seba a najlepšie vie čo potrebuje. Terapeut motivuje klienta k akejkoľvek pozitívnej zmene.

Pomocná otázka pre klienta v tejto fáze na jasnejšie uchopenie cieľa a odstránenie prekážok je napr. Čo bude pre daného klienta znamenať zmena? Čo mu to prinesie? Čo tým stratí?



KONTEMPLÁCIA: ROVNOVÁHA CENY A PROSPECHU (WILLIAM R. MILLER, STEPHEN ROLLNICK, 2003)

PRÍKLAD:

K: Myslím, že som závislý, lebo to máme v génoch... aj môj otec aj dedo boli alkoholici... čiže závislosť v mojom živote bola vždy... diagnóza závislosť...

T: Počujem, že závislosť sa vo vašej rodine vyskytuje...

K: Áno, otec bil mamu, mňa a aj sestru...áno, závislosť je s nami spätá... a teraz som závislý aj ja... pokračujem v tradícii... aj keď ja zatiaľ nikoho nebijem... a ani nechcem....

T: Si zamyslený, akoby si zvažoval čo ďalej...

K: hmm... aj zvažujem... ale ja asi nemôžem abstinovať... nemôžem... nezvládol by som to

T: Znie to akoby si chcel ale zároveň sa bojíš...

K: Bojím... ale asi by som s tým mohol prestať... ved' bojím sa aj teraz keď fetujem... v podstate nemám čo stratiť...

Tretia fáza - rozhodnutie

Fáza rozhodovania je akýmsi „oknom do krajiny možností, ktoré sa otvárajú určitú dobu. Pokiaľ v tejto dobe človek postúpi smerom k činom, proces zmeny pokračuje.“ (William R. Miller, Stephen Rollnick, 2003). Klient v tejto fáze sa môže vyplašiť, môže si povedať, že ešte nie je čas na zmenu a spadá späť do fázy kontemplácie. V prípade rozhodnutia klienta je úlohou terapeuta pomôcť mu rozhodnúť sa pre najlepšiu variantu akcie smerujúcej ku zmene. Terapeut by mal mať viacero alternatív, ponúk výberu. Čím viac ponúk a možností klientovi poskytneme, tým menej sa klient cíti stiesnene a obmedzovane. Má možnosť sa slobodne rozhodnúť pre riešenie, ktoré mu najviac vyhovuje a je pre neho najpriateľnejšie. Toto zvyšuje pravú motiváciu k zmene, človek sa môže slobodne rozhodnúť a konať.

- klient sa vracia späť do fázy kontemplácie

PRÍKLAD:

K: Zlyhal som... napil som sa... bol som v krčme a už ani neviem ako ale pil som... mal som strašnú chuť... v duchu som si hovoril, že dôležité je, že nefetujem... ale je to blbosť... viem, že sa aj nafetujem... teda... už som fajčil... fajči herák...

T: Počujem, že si zrecidivoval a zároveň hovoríš o zlyhaní...

K: Áno, je to na hovno... všetko je zlé... neviem vydržať... akoby som zabudol v ten daný moment, že aké peklo mi to spôsobovalo...

T: Si našťvaný sám na seba...

K: Áno... však som sa znova nafetoval...

Ak klient v predchádzajúcom štádiu cíti uvoľnenie, postupne začína viac o sebe hovoriť, začína sa od-blokovať v komunikácii. V tomto štádiu sa klienti hanbia za svoje pocity, myslia si, že ich emócie sú zlé, hanebné, nenormálne, preto ich nemožno ani akceptovať. Dochádza ku strachu z odhalenia týchto pocitov.

Klienti majú obavu, z toho, keď odhalia svoje prežívanie, terapeut by si mohol zhoršiť predstavu a mienku o nich. Robia si starosti, ako by mohli byť vnímaní svojim okolím.

V prežívaní dochádza k protirečeniam, ale klient si to začína uvedomovať. Taktiež klient postupne vníma, že jeho rozhodnutia nie sú vždy pevné, stabilné, chápu sa ako neúčinné. (Napri.: klient na jednom sedení sa rozhodol, že už nebude chodiť von s jednou partiou, lebo je to pre neho riziko, ktoré už nechce podstupovať, lebo má obavu z recidívy. Na ďalšom terapeutickom stretnutí klient prišiel s tým, že v partii bol, doma sa nudil a nemal čo robiť, potreboval vyplniť čas, povedal: „... je to ťažké sa rozhodnúť a ustáť si to...“)

Veľmi dôležitou úlohou terapeuta je pomôcť klientovi predvídať a vyvarovať sa ťažkostiam, ktoré sa môžu vyskytnúť počas abstinencie: „Schopnosť predvídať ťažkosti a nástrahy patrí k užitočným terapeutickým zručnostiam. Tí, ktorí sa cítia pripravení spraviť krok ku akcii, by mali tieto možné prekážky určite preskúmať.“ (Miller a Rollnick, 2003, s. 180).

- klient sa dostáva do ďalšej fázy – akcia

PRÍKLAD:

K: Nefetujem už týždeň... teším sa z toho... viem však, že je to málo... ale som na seba hrdý

T: Si odhodlaný a tešíš sa, to je dobre...

K: Áno, teším sa... rozmyslám ale čo ďalej... teším sa a zároveň sa bojím, že keď mi to vydrží... musím s tým niečo robiť... viem, že doma mi to dlho nevydrží, som realista, skúšal som to niekoľko krát a vždy som zrecidivoval... ale mám pocit, že teraz je to iné... ani sám tomu nerozumiem..... asi by som mal niekam ísť... na liečenie...

T: Chceš sa baviť o svojich možnostiach?

K: Aj ma to zaujíma... však o tom nič neviem

Štvrtá fáza – akcia

Myslí sa tým rozhodnutie klienta spraviť to, čo ho posunie dopredu v zmene. Klient sa zaväzuje k určitému činu so zámerom realizovať zmenu. Táto fáza môže a nemusí byť podporovaná poradenstvom. Veľa ľudí sa samostatne rozhodne pre nejakú akciu bez odbornej pomoci.

Cieľom tejto fázy je realizácia zmeny v danej problémovej oblasti. Motivačnou úlohou terapeuta je pomôcť klientovi urobiť všetko potrebné, aby sa klient z akcie posunul ďalej do piateho štádia., podporuje klientovu vieru v seba samého, jeho rozhodnutie, pomáha mu ho preskúmať, podporuje ho v pozitívach.

Terapeut v tejto fáze by mal: „...podporovať klientovu vieru v seba samého. Zamerat sa na úspešné kroky, potvrdiť jeho rozhodnutie, popoháňať ho po prvých úspechoch, to je presne to, čo bude mať vplyv na klientove hodnotenie vlastných schopností.“ (Miller a Rollnick, 2003, s. 182).

V tomto štádiu veľa krát klienti prichádzajú sami a my sme s nimi v predchádzajúcich fázach neboli, môže sa stať, že klient od nás potrebuje len jednu konzultáciu a ďalšie zruší, lebo sa hneď na začiatku uistil v tom, čo potrebuje, preto sa terapeut v tejto fáze niekedy môže cítiť nepotrebné a neuspokojené. V tejto fáze si musí terapeut uvedomiť, že jeho snaha byť potrebným nemôže byť vždy uspokojená, ak sa klient uvoľní a získava sebadôveru, že môže zmenu zvládnuť sám nepotrebuje k tomu už terapeuta. (Miller a Rollnick, 2003, s. 182)

PRÍKLAD:

K: Rozhodol som sa, že idem do resocializácie... zoberú ma o dva týždne... tak som si vybavil ešte detox... však to nemôže byť na škodu a istota je predsa istota...

T: Rozhodol si sa, to je fajn

K: Áno, som so sebou spokojný... však sa potom ozvem ako sa mi darí... neviem aké majú pravidlá, ale asi určité

dobu budem bez kontaktu s okolím...

Piata fáza - udržovanie

Nastala zmena, ale neznamená to, že je už trvácna. Počas tohto procesu môže dochádzať k drobným a väčším relapsom. Dôležité je v tejto fáze klienta podržať a podporiť ho aj pri týchto malých krokoch späť. Úlohou terapeuta je pomôcť klientovi nájsť osvojiť si a používať metódy, ktoré by mali zabrániť relapsom. V tomto zmysle relaps znamená návrat v správaní a iných faktorov, ktoré klient využíval v minulosti.

PRÍKLAD:

K: Naši ma prišli pozrieť... cítil som sa tak divne... akoby s nimi nebolo o čom... nerozumiem tomu... však som konečne čistý, tak by to malo byť v pohode a nebolo to tak...

T: Hovoríš, že nerozumieš tomu, že ty si čistý a všetko by malo byť iné...

K: Áno... nechápem...

T: A aké to vlastne bolo...

K: Také čudné... neisté... to som v minulosti nemal... inak potom to už bolo lepšie... kúpili mi obed čo som chcel a dali mi cigy... tak potom bolo fajn...

T: Keď ti kúpili obed a dali ti cigy to bolo fajn, ale dovtedy to bolo čudné, necítil si sa dobre

K: No... však hovorím... je to divné čo? ... som v pohode s nimi keď dostanem od nich to čo chcem ja... tak ako v minulosti... opäť ja som dôležitý...

T: Akoby si hovoril, že je ti s nimi dobre, keď sa správaš tak ako keď si užíval drogy...

K: Hmm... no ono to tak aj je... keď ich manipulujem a mám to ja pod kontrolou ja mi dobre... neznášam tú neistotu okolo...

Šiesta fáza - relaps

„Niekedy to spustí hra na testovanie samého seba alebo prílišné uvoľnenie. Cenu nemožno predtým odhadnúť a viera vo vlastné schopnosti začne hrdzaviť. Väčšinou sa relaps neprihodí automaticky, ale nastane pozvoľna po prvom pošmyknutí.“ (Miller, Rollnick, 2003, s. 182).

Ak dôjde k relapsu, je úlohou pokračovať v cykle zmeny a nie ostať vo fáze relapsu. Pošmyknutie je normálne a očakávané, dokonca je súčasťou terapie. Dôležité je klienta ukludniť, že relaps je súčasť zmeny, že každý relaps posúva bližšie k abstinencii. Tým klientom pomáhame, aby neupadali do beznádeje a zúfalstva.

Terapeut by mal v tejto fáze napomáhať uvažovať o zmene, obnoviť zámer a rozhodnutie, podporiť akciu a udržiavať jej výsledky.

Cyklus zmeny môže mať druhýkrát rýchlejší priebeh ako predtým.

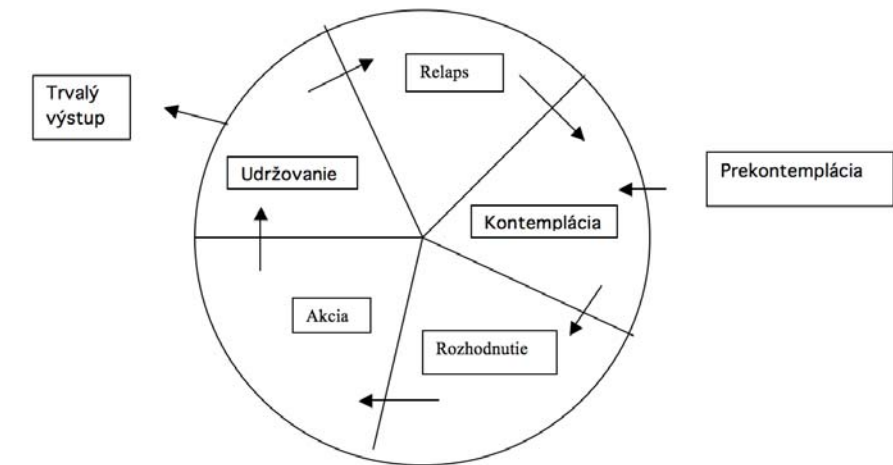
PRÍKLAD:

K: Som späť, nebolo to ono, stále mi tam kecali hovädiny... nebavilo ma to, hovorili, že sa nemám stretávať s tými a s tými, iba mi dávali samé zákazy a príkazy...

T: Príkazy a zákazy...

K: Áno, všetko bolo zlé čo som spravil... tak som odišiel a nafetoval som sa, aby som zabudol

T: Nechceš mi niečo viac povedať o tom, ako si sa cítil?



ŠESŤ FÁZ PRIEBEHU ZMENY, PROCHÁDZKA A DICLEMENTE

(WILLIAM R. MILLER, STEPHEN ROLLNICK, 2003)

Základné techniky pri motivačných rozhovoroch:

1, OTVORENÉ OTÁZKY

- pomáhajú klientovi hovoriť o svojich ťažkostiach a problémoch, otvárajú im dvere k preskúmaniu daných ťažkostí

napr. o čom by ste chceli dnes hovoriť? Čo vás ku mne priviedlo? V čom vnímate svoje ťažkosti?

2, REFLEKTÍVNE POČÚVANIE

- využívame reflektovanie obsahu a emocionálny zmysel slov, reflektovanie nám pomáha overovať si, ako počúvame, ako rozumieme toho druhého a pomáha nám udržať stopu s tým druhým, reflektovanie je jednou z ciest, ako vstúpiť do sveta toho druhého

3, POTVRDZOVANIE

- ak klienta podporíme, potvrdíme mu jeho rozhodnutie, oceníme ho, tak ho motivujeme k zmene

- napr. oceňujem, že ste prišli, asi to bolo pre vás ťažké; myslím, že je to skvelé, že ste sa rozhodli niečo spraviť s vašimi ťažkosťami; asi ste veľmi silný, keď ste dokázali takto dlho fungovať s problémami; vnímam, že bolo ťažké sa rozhodnúť o to viac oceňujem, že ste sem prišli a spravili tak prvý krok; máte právo sa cítiť takto zdrvene, nebolo ľahké takto žiť; asi vás teraz čaká veľa vecí, ktoré musíte riešiť, chápem, že toho máte dosť a potrebovali by ste vypnúť...

4, ZHRNUTIE

- používa sa, aby sa spojilo všetko, čo bolo doteraz povedané, ak tak spravíme, dávame klientovi pocítiť, že sme ho počúvali a taktiež mu zhrnutím zhustíme danú situáciu/ťažkosť, ktorú klient má, tak má možnosť si to viac uvedomiť a uchopiť

- pri zhrnutí môžeme v klientovi vyvolať aj ambivalenciu a následné riešenie rozporov, ktoré klient prináša

napr. prišli sme dnes ku mne, lebo v škole máte problémy, vaši rodičia si myslia, že ste závislý, lebo vám našli sáčok s trávou, vy hovoríte, že všetci preháňajú a zveličujú, vy necítite žiadne problémy, všetko ide ako predtým a zároveň som od vás počula, že prospech v škole sa vám zhoršil a doma sa s rodičmi viac hádate... je to tak správne? Dobro som to vnímala alebo nie?

5, PODPORA SEBAMOTIVUJÚCICH PREHLÁSENÍ

- ak predchádzajúce techniky by nefungovali, tak by nedošlo ani k tejto poslednej, ktorá je veľmi dôležitá v tom, že klient si sám začína vnímať a uvedomovať si svoje ťažkosti

- sebamotivujúce prehlásenia môžeme rozdeliť do štyroch skupín:

F priznanie problému: napr. zdá sa, že to nemám všetko tak pod kontrolou, ako som si to myslel; v podstate som si nikdy neuvedomoval, že ako to našim vadí; asi prídem o manželku, keď budem ďalej piť,....

F vyjadrenie k danému problému: klient je smutný, plače, cíti obavu z toho, čo všetko spustil, vzdychá, gestikuluje, ak niečo povie, tak je to napr. čo som spravil, že práve mne sa to stalo; zvorál som to; dá sa to vôbec ešte všetko zmeniť?...

F klient priamo alebo nepriamo verbalizuje svoj zámer sa zmeniť: napr. takto to už ďalej nejde, musím to začať zmieriť; niečo s tým musím spraviť; dá sa vôbec dostať z takej závislosti, v akej som?...

F vyjadrenie optimizmu čo sa týka budúcej zmeny: napr. verím, že to dokážem, aj iným sa to podarilo; nie je to som ňou až také zlé, radšej to stopnúť teraz ako neskôr; ja to prekonám a všetko bude zase OK...

AKO NARÁBAŤ S ODPOROM?

Odpor môže nastať vtedy, ak terapeut zle odhadne pripravenosť klienta na zmenu alebo nedrží tempo s klientom.

Odpor je výsledkom interpersonálnej spolupráce medzi klientom a terapeutom, zmena terapeutovho postupu zapríčini zmenu klienta.

Dôležité je odpor vedieť rozpoznať v momente, keď sa odohráva.

Ak sa odpor u klienta objaví, tak je to znamenie k tomu, že klient asi nesmeruje k žiaducej zmene.

Dôležité je vedieť aj to, ako správne reagovať na odpor, to je to, čo odlišuje motivačné rozhovory od iných postupov.

KATEGÓRIE ODPORU?

Vytvorila ich výskumná skupina v Oregone počas sledovania klienta v odpore (1984) a neskôr boli tieto kategórie poopravené (1986) pri výskume liečby alkoholových závislostí:

1. KATEGÓRIA - HÁDANIE SA...

klient popiera správnosť postupu terapeuta pri práci, jeho odbornosť, spochybňuje to čo terapeut hovorí a ako postupuje, priamo vyjadruje nepriateľskú reakciu na terapeuta

PRÍKLAD:

„... však vy mi nemôžete rozumieť, vy neviete čo je to byť na ulici, nevedieť čo bude, vy neviete čo je to brať drogy, vy to nepoznáte a to nikdy nepochopíte, to vás na škole a ani nikde neučili... takže čo vy odo mňa môžete chcieť?... ha... tak si niekam strčte tie vaše múdre rady a keci...“

2. KATEGÓRIA – PRERUŠOVANIE...

klient skáče do rečí terapeutovi (má tendenciu sa obraňovať a preto prerušuje terapeuta), má chuť ho umlčať

PRÍKLAD:

K:... všetci pijú... však to je náš národný šport, tak pijem aj ja, ale ja pijem inak ako ostatní... ja v tom mám jasno, ja si dám len trocha a stačí mi... mám dost'... ja to mám v pohode... to len oni to nemajú tak...

T:... zdá sa, keď o tom hovoríš, tak...

K:... tak čo, čo, no mám to všetko pod kontrolou... to len ostatní si myslia, že nie... a vidím, že aj vy si to myslíte...

T:... nie, ja som chcela povedať, že...

K:... že čo, že to nemám pod kontrolou?... mám a ja to viem, však som vydržal už toľkokrát nepiť, aj mesiac som vydržal, tak to musím mať pod kontrolou...

3. KATEGÓRIA – POPIERANIE...

klient prejavuje nevôľu si priznať problém, nechce spolupracovať, nechce prijať zodpovednosť za svoje problémy, obviňuje iných, že oni sú divní a nie on, nesúhlasí a kľučkuje medzi návrhmi, ktoré sú mu poskytované, vyhovára sa a ospravedlňuje sa, že prečo nie je možné to dodržať, klient nevníma nebezpečenstvo, má pocit, že je všetko v poriadku, zľahčuje situáciu, váha o správnosti navrhovaných riešení, pochybuje o nich, klient verbalizuje svoju nechotu sa meniť

PRÍKLAD:

K:... ja pijem, lebo doma je to neznesiteľné, všetci na mňa útočia, žena ma stále upodozrieva a deti sa somnou nebavia... keď pijem, tak sa viem s tým ľahšie zmierniť... pijem, lebo musím... to sa fakt celé nedá vydržať...

T:... hovoríte, že pijete, lebo to potrebujete doma zvládnuť... a čo v práci?

K:... no tak tam pijem, lebo viem, že prídem už domov a musím sa na to pripraviť, viem presne čo sa bude doma diať... nikto sa somnou normálne neporozpráva a všetci sa budú na mňa divne pozerat' a tak proste ja musím piť...

T:... keď tomu dobre rozumiem, tak pijete už v práci, aby ste sa pripravili na to, čo bude doma...

K:... no však hovorím..

T:... a skúsili ste sa doma s manželkou a deťmi porozprávať o tom, čo je doma?

K:... skúsil, ale furt je to po starom, to už iné nebude...

T:... hovoríte, že iné to už nebude a napriek tomu, ma napadá, že koľko ešte vydržíte takto piť a riešiť vašu situáciu?

K:... ale však sme sa už naučili v tom žiť... deťom už nechýbam, sú dospelé a žena, tá si pohundre a ideme ďalej...

4. KATEGÓRIA – NEZÁUJEM...

klient jasne dáva najavo, že terapeuta nepočúva, ignoruje ho, neodpovedá mu, neposkytuje mu žiadne reakcie alebo odbočuje od témy, odvádza pozornosť inde

PRÍKLAD:

T:... mohli by ste mi povedať niečo viac o vašom probléme...

K:... ja žiaden nemám...

T:... napriek tomu, že počujem vašu odpoveď, tak si uvedomujem, že sa niečo deje, inak by sme tu teraz spolu nesedeli...

K: (ticho sedí, má prekřížené ruky a pozerá sa iným smerom ako sedím ja)

T:... možno je ťažké začať...

K:... čo začať...

T:... hovoriť o sebe, o tom, čo sa deje...

K: (mlčky sedí ďalej)

AKÉ SÚ POSTUPY PRE ZVLÁDANIE ODPORU?

Jednoduchá reflexia – odpovedať na odpor bez odporu, uznať klientove emócie, spôsob zmyšľania, ne-súhlasu

PRÍKLAD:

K:... fetujem, lebo chcem, nie preto, že by niekto nútil... to ja som sa tak rozhodol... a mne to vyhovuje... však toto poznám, poznám ten život, čo teraz žijem...

T:... rozhodol si sa... je ti príjemne v tom čo žiješ, lebo to poznáš...

K:... no, však už fetujem dlho, jediné čo je zlé, že ten herák nie je najlepší, kedysi to bolo lepšie... škoda... to je fakt blbé, potom musím si dať za viac ako predtým...

T:... je to zlé, že ťa to stojí viac peňazí a ešte je to nekvalitné...

Posilnená reflexia – reflektovanie toho, čo klient povedal, ale ešte viac to umocniť, to znamená povedať to isté ako klient ale v extrémnejšej podobe, dôležité je však nehovoriť to sarkastickým tónom alebo extrémnym prehánaním, tak by sme u klienta mohli vzbudiť odpor, lebo klient nás môže vnímať nepriateľsky, netrepežlivo atd.

PRÍKLAD:

K:... nemám pocit, že by som mal problémy, však sú na tom ľudia horšie ako ja... ja som doma, chodím do práce a len občas si dám nejaký ten pohárik a zahrám si na automatoch...

T:... hovoríte, že nemáte problém, že však len občas si dáte pohárik a zahráte si na automatoch ale zároveň máte veľké finančné dlhy...

K:... no mám, ale to splatím, teraz si dám pauzu a pôjde to...

T:... pôjde to splatiť, keď si dáte pauzu a potom ďalej bude čo... poplatené dlhy a môžete začať znova? Dáte si finančný strop, po ktorý pôjdete alebo si poviete, že však minule som to celé splatil, tak aj teraz to splatím?...

Dvojitá reflexia – treba uznať to čo nám klient hovorí ale zároveň postaviť na druhú stranu niečo, čo by mohlo klientovi pomôcť v jeho ambivalencii, je treba použiť to, čo klient v minulosti už spomínal, o čom hovoril

PRÍKLAD:

K:... keď fetujem, tak nemám žiadne problémy, nič ma netrápi, všetko je v poriadku, proste dám si som v pohode...

T:... počujem, že hovoríte, že počas fetovania vás nič netrápi, ale zároveň si pamätám, že ste spomínala, že keď fetujete máte aj obavu, že by ste sa mohli nakaziť hepatítidou... tak keď nad tým tak rozmýšľam, tak asi nie vždy je to také bez problémové a ľahké...

Presunutie pozornosti – ak sa klientovi zdá byť niečo neprekonateľné a zároveň brzdiace proces zmeny, treba klientovi poskytnúť možnosť presunúť svoju pozornosť na iné témy

PRÍKLAD:

K:... Ja nie som závislý, ja viem prestať, však závislí vyzerajú inak a majú iné problémy...

T:... nemusíme tomu hovoriť závislosť, pre mňa to nie je dôležité, môžeme to aj inak nazvať alebo nemusíme to nijako pomenovať... mne skôr v hlave ide to, že teraz tu spolu sedíme, lebo nie všetko je OK... môžeme sa skôr o tom porozprávať?...

Súhlas a odklon – dať klientovi súhlas a zároveň ho odkloniť od daného problému, táto technika udržuje vzájomnú súhru medzi terapeutom a klientom

PRÍKLAD:

K:... fetujem a čo, tak fetujem... nielen ja mám doma problémy, aj môj brat si sem – tam dá trávu a pri ňom nerobia žiadnu vedu okolo toho, lebo on je starší...

T:... hnevá ťa to, že on môže a ty nie, to by hnevalo aj mňa, ale zároveň rozmýšľam, prečo si ty nedokázal zostať len pri tej marihuane a išiel si ďalej k iným drogám...

Zdôrazňovanie významu osobných rozhodnutí a kontroly – dôležité je dať vždy priestor klientovi, aby sa on sám mohol rozhodnúť, či chce prestať s danými ťažkosťami alebo nie, netreba zabúdať, že každý nemusí byť hneď pripravený na zmenu a potrebuje k tomu čas, klient je vždy ten, kto rozhoduje o zmene!

PRÍKLAD:

K:... ja by som rád prestal, ale nejde mi to alebo nechcem to... chce to len moje okolie.... ja v podstate ani neviem, čo chcem... či fetovať alebo nie...

T:... je ťažké sa rozhodnúť keď zo všetkých strán počúvaš, aby si prestal, ale zároveň si uvedomujem, že nikto za teba ten krok nespraví, ty sa musíš sám rozhodnúť, že čo bude ďalej... nikdy za teba tú zmenu nespraví...

Pre rámcovanie, preladenie - terapeut sa snaží pozdvihnúť klientovu oprávnenosť v jeho vlastné rozhodovanie, ale zároveň mu poskytuje nové rozmery, pohľady na daný problém, ktoré by mali byť nápomocné pre klientovu zmenu.

PRÍKLAD:

K:... hovoria mi, že som závislý, ale ja si o nemyslím, viem s tým hocikedy prestať...

T:... už si to skúšal?

K:... raz a vydržal som dva týždne, dva týždne som bol bez pervitínu... no tak to je dôkaz toho, že viem vydržať...

T:... a aké boli tie dva týždne?...

K:... no v pohode, býval som s chalanmi... oni si dali piko a ja nič... ja som len chlastal vtedy... celú dobu som sa pika ani nedotkol...

T:... hovoríš, že si sa pika nedotkol, ale zároveň si pil... prečo...

K:... však alkohol je v pohode...

T:... nepochybujem, že si chcel prestať vtedy s pervitínom, ale zároveň ti chýbali tie stavy a tak si asi hľadal tie stavy v alkohole, keďže ti ich alkohol neposkytoval, tak si prešiel späť k pervitínu... to je znak závislosti... čo si o tom myslíš...

POMOCNÉ OTÁZKY PRI PRÁCI S KLIENTMI...

Dôležité je si uvedomiť, že týmito otázkami klientovi vytvárame priestor aby začal o sebe viac rozprávať, aby viac o sebe uvažoval, postupne si sám môže uvedomovať veci a ťažkosti spojené s daným problémom. Pre terapeuta sú tieto otázky len pomocné pri budovaní vzťahu s klientom, dôležité je uvedomiť si, že nie je dobré, ak sa len pýtame, treba do rozhovoru vložiť aj seba (to, čo pri danom rozhovore s klientom cítite), reakcie, aby klient nemal pocit, že je na výsluchu. Takisto si treba dávať pozor na časté používanie slova: prečo, lebo to môže v klientoch vzbudzovať strach, odpor, klienti veľa krát ani sami nevedia prečo, môže sa stať, že ich takto uzamkneme.

PÝTAJTE SA NA DETAILS DANÝCH ŤAŽKOSTÍ:

Čo vám prinútilo uvažovať o tom, že máte problém? Aké problémy pociťujete? Prečo to vnímate ako problém? Koho všetkého zaťažuje váš problém? Môžete mi povedať niečo viac o vašich ťažkostiach? Aké pocity máte okolo vašich starostí? Z čoho pramení vaša obava? Čo sa môže stať, keď nezmeníte vaše správanie? Čo vás vedie k zmene? Čo by bolo, keby zmena nastala? Kto si prvý všimol, že máte problém? Pri čom pociťujete vaše problémy? atď.

PÝTAJTE SA, AKO VYZERÁ DEŇ KLIENTA:

Čo robíte, keď sa ráno zobudíte? Ako vyzerá váš bežný deň? S kým trávite čas počas dňa? Čo máte rád na vašich dňoch? Môžete mi porozprávať o vašom dni? Ako trávite víkendy a s kým? atď.

PÝTAJTE SA NA SPÔSOB ŽIVOTA A NA STRESY:

Ako zvládáte stresy? Čo je najčastejším spúšťačom vašich stresov? Čo robíte, keď ste pod stresom? Máte zaručený liek na stresy? Aký je váš život? Ako by sme pomenovali život, ktorý žijete? Čo vám najviac chýba v živote? Čo vás najviac teší alebo baví v živote? Aké vzťahy máte s ľuďmi? atď.

PÝTAJTE SA NA ZDRAVOTNÝ STAV:

Máte pocit, že vaše ťažkosti nejako súvisia s vašim zdravotným stavom? Aké je váš zdravotný stav odkedy máte tento problém? Máte pocit, že tento spôsob života vám zhoršil váš zdravotný problém? atď.

PÝTAJTE SA NA TO, ŽE PREČO KLIENT OSTÁVA V DANÝCH ŤAŽKOSTIACH, ČI JE NA TOM NIEČO PRÍJEMNÉ, DOBRÉ:

Mali ste možnosť s tým už prestať a zmeniť svoj život, čo je to, čo vám to nedovoľuje zmeniť? Je niečo čo vám vyhovuje na tomto stave? atď.

PÝTAJTE SA NA MINULOSŤ, NA TO AKO TO KLIENT RIEŠIL V MINULOSTI:

Skúšali ste už v minulosti riešiť vaše ťažkosti? Čo vám v minulosti pomáhalo prekonať takéto ťažké obdobia? Čo všetko ste už vyskúšali v minulosti, aby ste sa zbavili daných ťažkostí? Kto pri vás v minulosti stál? Na aký podnet ste v minulosti začali riešiť vaše ťažkosti? Čo vám bolo v minulosti nápomocné, keď ste mali ťažkosti? atď.

PÝTAJTE SA NA POCITY:

Ako sa cítite, keď hovoríte o svojich ťažkostiach? Rozmýšľam, že ako sa s tým celým máte, s vašimi ťažkosťami? Čo prežívate, keď spomínate na svoje ťažkosti? atď.

PÝTAJTE SA NA ĎALŠIE KROKY:

Akú máte predstavu, čo bude ďalej? Čo by ste mali chuť teraz spraviť? Ako zistíte, že zmena vo vašom živote nastala, ako to bude vyzerat? Čo by vám teraz pomohlo? Čo by ste potrebovali do budúca? atď.

SPRACOVANÉ PODĽA INTERNÝCH MATERIÁLOV AUTORKY A PODĽA LITERATÚRY:

1. Rogers, C.R.: Ako byť sám sebou, IRIS, Bratislava 1996, ISBN 80-88778-02-6, s.345

2. Miller, William R., Rollnick Stephen: Motivační rozhovory, SCAN, Tišnov 2003 ISBN 80-86620-09-3, s.332

3. Sollárová, E.: Aplikácie prístupu zameraného na človeka (PCA) vo vzťahoch, IKAR, Bratislava 2005, edícia Pegas, ISBN 80-551-0961-3, s. 199

4. Merry, T.: Naučte sa byť poradcom, poradenstvo zamerané na človeka, IKAR, Bratislava 2004, edícia Pegas, ISBN 80-551-0768-8, s. 216

5. Nye, R.D.: Tri psychológie, koncepcie Freuda, Skinnera a Rogersa, edícia Pegas, Ikar s.r.o., Bratislava 2004, s. 168

www.motivacnirozhovory.cz

ZÁVER

Začalo sa to vlastne dávno, ešte na jeseň v roku 1988, keď som sa na ochutnávke PCA (The Person-Centered Approach, prístup zameraný na človeka) v Štrbe „zaháčkovoval“. Potom nasledoval dlhodobý výcvik a potom mnohé ďalšie, lebo takých, čo sa vtedy v Štrbe zaháčkovali do PCA bolo viac. Začali sme robiť ďalšie výcviky (ktorých sa do dnešného dňa v Čechách a na Slovensku uskutočnilo 22) a všetci títo absolventi radi spomínajú na svoju druhú, omnoho praktickejšiu vysokú školu. Preto sa v roku 2001 v Pardubicích konalo akési stretnutie absolventov. O šesť rokov neskôr ho fanúšikovia PCA zopakovali v Prahe, o ďalšie dva roky v Žďári nad Sázavou, aby sme to mali bližšie aj zo Slovenska. A už vznikla tradícia. Na poslednom záverečnom stretnutí všetkých účastníkov, sme zdvihli hodenú rukavicu a sľúbili usporiadať nasledujúcu akciu na Slovensku. Prvá sa ozvala Jana Špániková, ja som jej hlas podporil, Lýgia Bátovská nás varovala, že to nie je len tak, ale už to išlo. Pridal sa Martin Miler, ktorý mi pri inej príležitosti pripomenul sympóziu a na návrh Laca Timuláka navrhol pozvať profesora Greenberga z Kanady. Martin facilituje výcviky Inštitútu PCA Ister s Hankou Smitkovou – a už sme boli piati. Podľa návodu Jana Holeyšovského a Pavly Volfovej, ktorí patrili medzi hlavných organizátorov stretnutia v Žďári, sme sa začali rok pred udalosťou pravidelne schádzať, diskutovať, preberať zodpovednosť za jednotlivé kroky a úlohy a vec sa pomaly rodila. Najprv sme získali súhlas a termín od Leslieho Greenberga, potom sme hľadali vhodné priestory. To bola asi najdlhšia fáza a tu sa najviac angažovala Jana Špániková. Vymyslela mnoho alternatív, z ktorých zišlo, ale nakoniec navrhla jednu, na ktorej sme sa všetci zhodli – Evanjelickú bohosloveckú fakultu UK v Bratislave, pretože majú aulu, majú mnoho menších i väčších učebníc, je tam jedáleň, kde sa dá najesť trikrát za deň a internát, kde sa dá prespať. A väčšinou milý personál. Pravda, nešlo všetko hladko, ale napokon sa sympóziu v týchto priestoroch uskutočnilo a my si môžeme povedať: podarilo sa! Väčšina ľudí sa na záverečnom stretnutí v kruhu vyslovila pozitívne a veľmi dobré sú aj písomné hodnotenia z dotazníka, ktorí účastníci vyplňali anonymne. We did it, môžeme si povedať spolu s Chuckom Devonshireom po jednom intenzívnom sústreďení dlhodobého výcviku v PCA.

Takže Les Greenberg prišiel a dva dni prednášal o terapii zameranej na emócie (Emotional Focused Therapy, EFT), ktorú založil a učí dnes už po celom svete. (Ku nám prišiel z Nórska a potom odletel do Portugalska.) EFT je integrovaný prístup, ktorý pôvodne vychádza z PCA a Gestalt-terapie, ale zapracováva aj modernú teóriu emócií, dialekticko-konstruktivistickú metateóriu a prvky naratívneho prístupu. Z PCA prevzal základné tézy, najmä empatiu, čo sa tu nazýva empatické naladenie na klienta a z Gestaltu direktivnosť, až určitý tlak na sprístupnenie, vyjadrenie a transformáciu emócií, čo vidno najmä na práci s prázdnu stoličkou. Teda presnejšie v rozhovoroch s fyzicky neprítomnou, pre klienta významnou osobou, s ktorou sa klient rozpráva, akoby tam bola a hovorí jej všetko, čo je pre neho bolestné a potom si v role tejto osoby aj odpovedá. Chairwork čiže práca so stoličkou je dôležitým poznávacím znamením Gestalt terapie, ale tu sa na ňu kladie azda ešte väčší dôraz: v každej premietnutej ukážke z terapeutického sedenia bol takýto rozhovor. Seminár nebol veľmi interaktívny, čo viacerým účastníkom chýbalo, ale tieto videonahrávky a ich rozbor ho oživovali.

Podľa môjho názoru je na EFT nové utíšenie, upokojenie samého seba. O regulácii a transformácii emócií rešpektívne prežívania hovoria aj iné modely (napríklad model Virginie Satirovej), ale s tvrdením, že človek sa má utešiť sám, ak ho neuteší nikto v jeho okolí, som sa nestrelol v žiadnom inom prístupe. Mám problém sa s tým úplne stotožniť. Pripadá mi to tak trochu ako cumlík pre dieťa, ktoré plače, čiže akési *šidítka* (napokon cumlík sa povie po anglicky *pacifier* a hoci Greenberg používa anglosaské slovo *self-soothing*, Taliani to prekladajú ako *autopacificazione*, takže je tu aj jazyková súvislosť) alebo ako masturbácia namiesto sexu, keď je z nejakých dôvodov nedostupný partner/ka, nuž ale – oboje sa v živote využíva. Len či sa to má považovať za regulárne riešenie?

Sympóziu predchádzalo ešte stretnutie účastníkov v kruhu v stredu podvečer. Začalo sa to predstavovaním do kruhu a kým sme prešli celý kruh, čas sa naplnil. Nuž, darmo sedelo nás tam do štyridsať a keď každý povie len pár viet o sebe, ako teraz žije, tak to chvíľku trvá.

Profesor Greenberg bol hlavným rečníkom aj na sympóziu. V hodinovej prednáške vo štvrtok ráno zhrnul celú EFT a tiež pustil video. Podľa neho tvoria emócie základ nielen prežívania človeka, ale celej osobnosti a majú vrodenný adaptívny potenciál. Vo svojej až technickej precíznosti (pôvodne vyštudoval strojnú inžinierstvo) – Vladovi Hambáľkovi pripomínala prácu chirurga – rozobral pochody a procesy, ktoré na základoch emocionálnych schém vybudujú všetky ďalšie psychické funkcie až po poňatie seba.

Po vstupnej prednáške predniesol svoj príspevok generálny riaditeľ Ústredia práce a rodiny a prezident Inštitútu psychoterapie a socioterapie MUDr. Ivan Juráš o hodnotách a spôsobe vzdelávania v PCA, aký si vypracovali u nich. Odvážny titul *Máme odvahu na viac slobody?* a odvážne dôsledky takých hodnôt, ako je sloboda, zodpovednosť, česťnosť a otvorenosť vzbudili rozruch, pretože dospeli k názorom (napríklad, že profesionalita terapeuta nie je nevyhnutne závislá od jeho predošlej odbornej orientácie a stupňa dosiahnutého vzdelania), ktoré nie sú v súlade so súčasťou politikou v oblasti psychoterapie. Ja však oceňujem skutočnosť, že mal odvahu prísť a otvoriť takúto diskusiu. V praktickom PCA podľa môjho pozorovania existujú akési vetvy, alebo prúdy, ktoré medzi sebou - bohužiaľ - a na počudovanie zástancov iných prístupov - veľmi nediskutujú. Aspoň to by sme mohli, aj keď máme na niektoré veci rôzne názory. Som rád, že na to bola dlhšia príležitosť na podvečnej encoutrovej skupine.

Docent PhDr. Ladislav Timulák, PhD hovoril tiež o EFT. Absolvoval výcvik u profesora Greenberga a je touto terapiou veľmi zaujatý. Vo svojom príspevku porovnával *proces zmeny v terapii zameranej na emócie a v klasickej terapii zameranej na človeka*. Vyšlo mu, že klasická terapia zameraná na človeka je autentická, pomenováva (primárne) emócie a potreby v nich chápe a potvrdzuje, ale nemusí rozoznať význam ochranného hnevu, môže sa omylom zamerať na sekundárne emócie, môže sa minúť s klientom, ktorý je zaplavený emóciami alebo sa im naopak vyhýba, môže minúť kľúčovú emocionálnu bolesť alebo jej význam, nemusí to byť dostatočne skoro, čo ohrozí budovanie pracovnej aliancie a nemusí poskytnúť optimálnu štruktúru, ktorá umožní konsolidovať zmeny dosahované v terapii. Nuž, áno, všeličo sa nemusí podariť, pokiaľ sa terapeutovi nepodarí vcítiť sa do klienta a dať mu to aj zrozumiteľne najavo. EFT teda dáva priamejšiu návod a precíznejšie kľúče k dôležitým veciam v terapii a v živote.

PhDr. Zuzana Tatárová rozprávala o *filiálnej terapii ako o aktívnej účasti rodiča v terapii dieťaťa*. Jednou z možností aktívnej účasti rodiča na terapii svojho dieťaťa je práve filiálna terapia – tréning rodičovských zručností. Okrem vlastných skúseností hovorila aj o výsledkoch najnovších štúdií filiálnej terapie z USA. Na video nahrávke sme videli mladú americkú mamičku a jej syna, ako sa jej drží a nepustí vyše dvadsať minút, čo vyvolalo rôzne komentáre u prítomných. Podstatné podľa mňa je, že dr. Tatárová priviezla filiálnu terapiu na Slovensko a už aj u nás sa začína rozvíjať terapia hrou, čo je zrejme jediný možný spôsob ako sa skutočne priblížiť dieťaťu v predškolskom a mladšom školskom veku, hoci už Freud sa pokúšal liečiť päťročného chlapca.

PhDr. Daniela Šiffelová rozvíjala tému *vzťah ako základný aspekt bytia človeka*. Autorka knihy o prístupe zameranom na človeka v 21. storočí je toho názoru, že PCA je vzťahová terapia, ktorá ponúka alternatívny pohľad na povahu človeka a rolu vzťahu v procese terapie. Poukázala na vzťahy a na potrebu spolupatričnosti ako na jednu zo základných charakteristík človeka a pokladá vzťah za dôležitý predpoklad autentického bytia. Novým jazykom formuluje pôvodné Rogersove myšlienky a zdôrazňuje tak zásadný potenciál psychoterapie zameranej na človeka ponúknuť terapeutické stretnutie nesmiernej liečivej sily.

Popoludní sme sa rozišli v menších skupinkách do workshopov. Sheila Haugh rozvíjala úvahy na tému *kindness*, čo, samozrejme, robí trochu problémy pri preklade do slovenčiny. Niežby to bolo neznáme slovo, naopak, ale práve fakt, že sa dá preložiť tak všelijako, prispel k tomu, že váhal nielen Vlado Hlavenka ako tlmočník, ale aj viacerí anglicky hovoriaci prítomní. Napokon sme sa ustálili na láskavosti. Ale nech už je to trebárs aj milota, dobrosrdečnosť, srdečnosť alebo čokoľvek iné z tohto súdka, vždy je to o ľudskosti tohto prístupu. Preto mi to bolo milé a cítil som sa byť s ňou naladený na jednej vlne, ale to som očividne nebol iba ja. Akurát sa ukázalo, že je ešte dôslednejšia ako ja a veru som sa trochu aj zahanbil, keď sa ukázalo, že ju na supervízii hrešia za to, že ponúka svojim klientom čaj. Ja neponúknem *každého* klienta.

PaedDr. Jana Lednická a Mgr. Lucia Lenická sa aj vo svojom workshope venovali prístupu zameranom na človeka v práci s deťmi a adolescentmi, tentoraz téme *hranice v psychoterapii a poradenstve*. Autorky vychádzajú nielen z literatúry, ale aj z vlastných skúseností a navrhujú vlastnú definíciu hraníc, robia rozdiel medzi ich prekročovaním a násilným narušením a bližšie sa venovali zadávaniu hraníc v hrovej terapii zameranej na dieťa, dôvodom, spôsobom a situáciám, v ktorých sa hranice zadávajú. Na záver ukázali možnosti práce s emóciami v súvislosti s hranicami a príklady práce s hranicami z psychoterapie detí a adolescentov.

Vo svojom prvom workshope PaedDr. Jana Špániková porovnávala koučing a supervíziu v PCA s inými prístupmi a multikulturnosťou na základe svojich skúseností z dvojročného medzinárodného projektu Grundtvig, v ktorom sa okrem rôznych kultúr stetli aj rôzne prístupy k psychoterapii: PCA, Gestalt a systemický. V druhom workshope sa venovala praktickému využitiu dvoch humanistických prístupov pri sprevádzaní rodiny:

PCA a modelu Virginie Satirovej. *Práca s rodinnou mapou* umožňuje odkrývať vzťahy, príčiny súvislostí vývoja vlastnej rodiny a možno ho využiť nielen v individuálnej psychoterapii, ale aj v supervízii a pri výučbe či tréningu pomáhajúcich profesií.

Motivačné rozhovory boli témou workshopu Mgr. Marty Špalekovej a Mgr. Kataríny Karaszovej. Ide o metódu, ktorá vychádza z toho, že ľudia sa nachádzajú v rôznych štádiách pripravenosti na zmenu. Podobne ako PCA, z ktorého Miller a Rollnick vychádzajú, nevnučuje zmeny, ktoré nie sú v súlade s aktuálnym emočným nastavením klienta. Expertom je klient a on hľadá v sebe možné zdroje svojej autonómie: chcieť zmenu, byť schopný zmeny, byť pripravený na zmenu a mať silu vykonať zmenu.

O encountrovej skupine som sa už zmienil. Nepatrí sa vynášať zo skupiny, ale to hádam môžem prezradiť, že tam prišli dve dievčatá z IPS, behom dvoch minút nasadili tému a tá nám vydržala až do konca. Bolo to výcviku a hodnotách v IPS a bola to diskusia so všetkým, čo k tomu patrí. Štvrtok sme zakončili spoločenským večerom, kde sa premietali fotografie z výcvikov, vrátane toho prvého, ktorému sa hovorí nultý.

Piatok začal opäť vo veľkej aule a boli to prednášky s krátkymi diskusiami. Rozpýtala to opäť Sheila Haugh, tentoraz to bolo o nádeji. Nádej nepatrí medzi nutné a postačujúce predpoklady prístupu, ale je to dôležitá vec v terapii i v živote. Spomínam si, ako mi utkvelo v pamäti, že dynamicky zameraný Jozef Hašto zdôrazňoval v niektorom svojom príspevku, že terapia musí dať pacientovi nádej. A Sheila to dokázala povedať opäť slovami, ktoré chytali za srdce, precítene a ľudsky. Oceňujem i to, že si všimla, že sedíme už druhý deň pod krížom a zahrnula to do svojho vystúpenia.

Potom pokračovali PaedDr. Jana Lednická a Mgr. Lucia Lenická príspevkom na tému *hranice v práci s deťmi a adolescentmi*. Tu som sa opäť tešil, že to, čo som ešte pred tromi rokmi na konferencii o rodinnej terapii v Portoroži závidel domácim Slovincom, že už majú asociáciu terapie hrou, ktorú založila jedna mladá terapeutka vycvičená v Anglicku a pridávajú sa k nej ďalšie kolegyně pracujúce s deťmi v súkromných i školských poradniach, sa začína rozvíjať aj u nás.

Ja som sa svoje úvahy o *niektorých pojmoch v PCA* snažil vtesnať do zostávajúcich desiatich minút, čo som takmer ihneď oľutoval, pretože som o tom nedokázal hovoriť tak spontánne a prirodzene ako trebárs Sheila. Okrem toho vidím, že môj návrh, aby sa bezpodmienečnej pozitívnej akceptácii hovorilo nepodmienený pozitívny pohľad sa v praxi nepresadzuje. Akurát v IPS uvážili, že lepšie je bezpodmienečné pozitívne prijatie než bezpodmienečné. Ale pozitívne prijatie ponechali, hoci ja si negatívne prijatie neviem predstaviť, to je predsa odmietnutie. A ak je niečo pozitívne, potom je to *hodnotiace*. Na označení *materinský prístup* netrám, to je napokon iba ďalšia nálepka. Podstatné sú základné časti, nutné a dostačujúce podmienky a ostatné si každý naplní a doplní tak, ako je to jemu prirodzené. Koniec koncov, niekto nemusí byť ani láskavý, len keď je úprimný a dokáže sa vcítiť do druhého človeka, dokáže ho pochopiť a vidieť pozitívne bez nárokov na jeho zmenu. Čítal som v ktorejkoľvek učebnici psychiatrie, že Korsakov (podľa neho sa volá syndróm) bol takýto ľudský, láskavý a milý človek a pacienti na jeho klinike ho mali radi. Jeho zástupca, ktorého meno už učebnica neuvádzala, nebol vôbec srdečný, ani milý a predsa si ho pacienti veľmi vážili, pretože cítili, že mu na nich záleží.

Po prestávke hovorila PhDr. Katarína Karaszová o *PCA v psychotraumatológii*. Mnohí absolventi výcviku PCA sa posunuli niekam inam, ďalej a rozvíjajú dnes niečo viac alebo menej príbuzné. Ja som presvedčený, že aj tam zachovávajú základné princípy, len ich možno dopĺňajú o ďalšie aspekty. Napokon taký nedirektívny a empatický, ako bol Rogers, pravdepodobne nedokáže byť nikto. Napríklad direktívnosti vidím u mnohých viacej. Aj v ohrození a traume je potrebné poskytovať informácie, učiť, stanovovať pravidlá a hranice. Ale predsa sa cení rešpekt, empatia a záujem, teda to, čo mnohí klienti a pacienti pomenovávajú ako podstatné a dôležité v kontakte s terapeutom. Nie sme ďaleko od Rogersa.

Na záver predviedli Mgr. Hana Celušáková a Mgr. Mária Kopčíková, ako sa dá a má spoločne prednášať príspevok. Vzorne sa striedali v prednese o *podpore procesu stávania sa rodičom*. Vedia o tom niečo, lebo majú centrum pre rodinu, kde už 3 roky robia kurzy pre budúcich rodičov, prípravu na pôrod s dulou a poradenstvo v prvých fázach tohto krásneho a ťažkého obdobia v živote človeka. Venovali sa tomu, ako posilniť obraz pôrodu ako jedinečnej udalosti v živote ženy a hovorili o období, ktoré nasleduje po narodení dieťaťa. Veria totiž tomu, že matkami sa ženy nerodia, ale stávajú a v tomto procese potrebuje rodina facilitáciu rovnako ako v iných, na prvý pohľad možno kritickejších obdobiach života. Neistota a obavy matky, či vo svojej role nezlyháva, sa odzrkadľujú na jej vzťahu k dieťaťu, partnerskom spolužití a atmosfére celej rodiny.

Posedení v kruhu sme začali, posedením v kruhu sme aj skončili. Starý ruský zvyk vraj veľí na chvíľu si pred cestou sadnúť. Iný zvyk je povedať si, aké to bolo. Nuž, oboje sme naplnili a mňa potešili mnohí účastníci, ktorí vyslovili spokojnosť. Zdá sa tiež, že tento formát: naplánované prednášky a workshopy mnohým vyhovuje. Hoci stretnutie s ostatnými priateľmi z výcviku je tiež dôležité a mne sa zdá dokonca dôležitejšie, ale pri plánovaní a rozhodovaní, či pôjdem na toto sympóziu zavážia mená a témy prispievateľov. Ale počul som návrh zaradiť viac voľných, diskusných skupín aj uprostred akcie, nielen na jej začiatok a koniec. Už napríklad len kvôli tomu, aby účastníci mohli lepšie stráviť informácie z prednášky, ale aj kvôli podrobnejšej diskusii.

Dnes, keď píšem túto správu, som už aj ja spokojný. Vo chvíli ukončenia, v piatok 17. júna som ešte nebol. Vzápätí som si uvedomil, že to je kvôli tomu, že ešte budeme musieť upratať, nielen stoly a stoličky, ale dať na poriadok aj papiere, peniaze a podobne. A okrem toho už som sa chystal v duchu rozbehnúť ďalšiu akciu. Nechcem to zakríknúť, tak nebudem prezrádzať podrobnosti, ale dúfam, že sa onedlho znovu stretneme.

V Galante dňa 16. 7. 2011

PhDr. Ivan Valkovič

PRÍLOHA

(A) ABSTRAKTY

IV. ČESKO-SLOVENSKÉ SYMPÓZIUM PCA

S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU

EMÓCIE V ČASE KRÍZY

16. - 17.6. 2011 BRATISLAVA

SHEILA HAUGH, ČESKÁ REPUBLIKA, VELKÁ BRITÁNIA, TRAINING FACTORY, SPOL.
S.R.O., SHAUGH@TRAININGFACTORY.ORG

NÁZOV PRÍSPEVKU: HOPE AS A BASIS FOR PSYCHOTHERAPY

Autorka vo svojej prezentácii kladie dôraz na terapeutove/-tkyne postoje, presvedčenia a ľudské tendencie ako je dávať a mať nádej. Považuje ich za nevyhnutnú súčasť pomáhajúceho vzťahu, v súčasnosti možno zanedbávanú kvôli kladeniu dôrazu na sledovanie efektívnosti práce, jej profesionalizácii, či rôznym politickým vplyvom. Nádej navrhuje ako inherentnú v aktualizáčnej tendencii, zvažuje jej prítomnosť a význam pre zomierajúcich, ľudí so samovražednými tendenciami, či vo chvíľach „zaseknutia“ v práci s klientom. Schopnosť dávať nádej v zmysle viery v to, že veci sa môžu zmeniť, môžu menej bolieť, považuje za nevyhnutnú pre prácu terapeuta.

Key words: ethical framework, therapeutic relationship, actualising tendency, hope

SHEILA HAUGH, ČESKÁ REPUBLIKA, VELKÁ BRITÁNIA, TRAINING FACTORY, SPOL.
S.R.O., SHAUGH@TRAININGFACTORY.ORG

Názov príspevku: Kindness in the Helping Relationship

Súčasný smerovanie profesionálnej prípravy odborníkov v pomáhajúcich profesiách vo Veľkej Británii vedie k získaniu znalostí teórie, prístupov, sledovaniu politík a terapeutických výsledkov. Spolu s úzkosťou z možných podaní sťažností zo strany klientov/-tiek a disciplinárnych konaní tieto okolnosti často vedú k obrannému stiahnutiu sa profesionálov z pomáhajúcich vzťahov a k obavám prejavovať záujem, starostlivosť, osobnú zaujatost' vo vzťahu ku klientom/-tkam. Autorka proti obvyklému kladeniu dôrazu na autonómiu ako dôkazu zdravej osobnosti ponúka ako protívahu altruizmus ako prirodzenú charakteristiku ľudských bytostí, potrebu bytia vo vzťahu s inými ľuďmi. Predpokladá, že aby sme mohli robiť svoju prácu, potrebujeme dostávať i dávať lásku, starostlivosť, láskavosť, záujem o druhých, iba vtedy môžeme byť naplno sami sebou a žiť naplno svoj život.

Key words: helping relationship, dependency, separation, kindness

IVAN JURÁŠ, ÚSTREDIE PRÁCE SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY, BRATISLAVA,
IVAN.JURAS@UPSVAR.SK

NÁZOV PRÍSPEVKU: MÁME ODVAHU NA VIAC SLOBODY?

Autor vo svojom príspevku diskutuje o aplikácii slobody a jej implikácie – zodpovednosti za seba samého a voči iným – do odbornej prípravy pomáhajúcich profesií vrátane prípravy psychoterapeutov. Definuje hodnoty: osobnostný rast, sloboda, zodpovednosť, česťnosť a otvorenosť. Definuje tiež hlavné ciele vzdelávania v poradenstve a psychoterapii, ktorými sú zrelá osobnosť a profesionalita psychoterapeuta. Predostiera jednu z možných koncepcií vzdelávania v psychoterapii a poradenstve v rámci PCA, ktorej integrálnou súčasťou sú sloboda a otvorenosť, vrátane konkrétnych oblastí vzdelávania a konkrétnych podmienok absolvovania programu. Na záver diskutuje niektoré otázky, ktoré sú predmetom kontroverzií a polemík: otvorenosť výcvikovej skupiny z hľadiska predchádzajúceho vzdelania účastníka, trvalú otvorenosť výcvikovej skupiny pre vstup nového účastníka, otvorenosť trvania výcvikového programu pre každého účastníka, otvorenosť skupiny z hľadiska prípustnosti akejkoľvek témy, vrátane zmien vzdelávacieho programu, sloboda a voľba pri získaní Certifikátu alebo Osvedčenia o absolvovaní programu.

MÁRIA KOPČÍKOVÁ, HANA CELUŠÁKOVÁ - CENTRUM PRE RODINU - KVAPKA,
RODICOVSTVO@GMAIL.COM

NÁZOV PRÍSPEVKU: PODPORA PROCESU STÁVANIA SA RODIČMI

V našom príspevku sa budeme venovať tomu, ako posilniť obraz pôrodu ako jedinečnej udalosti v živote ženy. Hovoriť o období, ktoré nasleduje po narodení dieťaťa, o úskaliach, ktoré so sebou môže prinášať, ak nemáme dostatok vzorov v rodine.

Veríme totiž, že matkami (rodičmi) sa nerodíme, stávame sa nimi a v tomto procese potrebuje rodina facilitáciu rovnako intenzívne, ako v iných (na prvý pohľad možno kritickejších) obdobiach života.

Špecifikom našej práce je jedinečnosť chvíle, v ktorej sa s budúci rodičmi stretávame, či už je to na kurzoch, ale hlavne priamo pri sprevádzaní (dulení) pri pôrode a pri poradenstve pri dojčení a starostlivosti o bábätko po pôrode.

Snažíme sa budúci rodičov podporovať, sprevádzať, aby našli svoju cestu. Neistota a obavy matky, či vo svojej role nezlyháva, sa odzrkadľujú na jej vzťahu k dieťaťu, partnerskom spoložití, na atmosfére celej rodiny.

Naopak podporujúce prostredie, bezpečný vzťah obom rodičom umožňuje hlbšie pochopenie a pomenovanie svojich pocitov a potrieb, zvýšenie sebavedomia a spokojnosť so svojou novou rolou.

TITLE: ASSISTANCE IN THE PROCESS OF BECOMING A PARENT

In our report we will address the image of delivery as a unique occasion in the life of a woman. We will cover the period, which begins after the birth of a child, discuss the possible problems in case of missing family models.

We believe, that we are not born as mothers (parents), we are becoming mothers and that during this process the family needs a facilitation as much as in others (apparently crucial) life stages.

The particularity of our work is in the uniqueness of the moment in which we are meeting the becoming parents, during our courses, but mostly in accompanying (doulas) by the delivery and in nursing and baby care counseling.

We try to assist and accompany the parent in finding their own way. The mother's doubts of her role are mirrored in her relationship to her child, her partner and in the atmosphere of the family.

On the other hand, the safe environment is crucial to both parents in the understanding of their new feelings and needs, in the increasing of self-conscience and satisfaction in their role.

JANA LEDNICKÁ, LUCIA LENICKÁ

CENTRUM PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉHO PORADENSTVA A PREVENČIE,
HUBENÉHO 25, 831 53, BRATISLAVA, SLOVENSKÁ REPUBLIKA
PORADENSTVO@PSYCHOLOGICKECENTRUM.SK

NÁZOV PRÍSPEVKU: HRANICE V PSYCHOTERAPII A PORADENSTVE: PRÍSTUP ZAMERANÝ
NA ČLOVEKA V PRÁCI S DEŤMI A ADOLESCENTMI

Príspevok sa zameriava na tému hraníc v psychoterapii a poradenstve v PCA v práci s deťmi a adolescentmi a zasadzuje ju do širšieho kontextu práce s hranicami v psychoterapii. Vychádzajúc z odbornej literatúry aj vlastnej praxe autorky navrhujú vlastnú definíciu hraníc. Prezentujú rozdiel medzi prekračovaním a násilným narušením hraníc v psychoterapii a poradenstve. Ponúkajú pohľad na tému hraníc z hľadiska filozofie PCA a špecifik práce s deťmi a adolescentmi. Bližšie sa venujú zadávaniu hraníc v hrovej terapii zameranej na dieťa, dôvodom, spôsobom a situáciám, v ktorých sa hranice zadávajú. Dávajú do súvislosti hranice a zachovávanie dôvery pri práci s adolescentmi a ich rodičmi. Na záver ukazujú možnosti práce s emóciami v súvislosti s hranicami a príklady práce z hranicami z psychoterapie detí a adolescentov.

Kľúčové slová: hranice, psychoterapia zameraná na človeka, deti a adolescenti, hrová terapia, emócie

TITLE: BOUNDARIES IN PSYCHOTHERAPY AND COUNSELING:
PERSON-CENTRED APPROACH WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS

An article focuses on a boundary issue in psychotherapy and counseling in PCA with children and adolescents and puts it into the wider context of boundary management in psychotherapy. Based on scientific literature and own practice, the authors suggest their own definition of boundaries. They present the difference between boundary crossing and boundary violations in psychotherapy and counseling. They offer a view of boundary issues from the standpoint of PCA and the specificities of working with children and adolescents. Closely they look to limit setting in the child-centred play therapy, to reasons, methods and situations, in which the limits are set. They make connection between boundaries and keeping confidentiality when working with adolescents and their parents. Finally they show possibilities of working with emotions in regard to the boundaries and the examples of boundary management in child and adolescent psychotherapy.

Key words: boundaries, person-centred psychotherapy, children and adolescents, play therapy, emotions

PHDR. DANIELA ŠIFFELOVÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE, FF UK PRAHA , JANSKÉHO 2193/78, 155 00 PRAHA 5
DANIELA.SIFFELOVA@SEZNAM.CZ

NÁZOV PRÍSPEVKU: VZTAH JAKO ZÁKLADNÝ ASPEKT BYTÍ ČLOVĚKEM

V příspěvku představuji rozvíjející se koncepci PCA jako tzv. vztahové terapie, která nabízí alternativní pohled na povahu člověka a roli vztahu v procesu terapie. Poukazuje na vztahovost a potřebu sounáležitosti jako na jednu ze základních charakteristik člověka a vnímá vztah jako důležitý předpoklad autentického bytí. Tato koncepce nepředstavuje nový terapeutický přístup či nové metody terapeutické práce, ale pomáhá lépe porozumět dynamice a složitosti lidské povahy. Novým jazykem formuluje původní Rogersovy myšlenky a zdůrazňuje tak zásadní potenciál na člověka zaměřené psychoterapie nabídnout terapeutické setkání nesmírné léčivé kvality.

Kľúčové slová: povaha člověka, setkání, terapeutický vztah, vztahovost, vztahová terapie

TITLE: RELATIONSHIP AS THE BASIC ASPECT OF BEING A PERSON

The paper presents the relational therapy as a new concept in the PCA that offers an alternative view on human nature and the role of the relationship in the process of therapy. It shows the need for relating and engagement as one of the basic characteristics of a person, and it sees the relationship as an important condition for authentic being. This concept doesn't introduce a new therapeutic approach or new methods of therapy, but it helps to understand better the dynamics and complexity of human nature. It formulates Rogers's original ideas in a new way and thus emphasizes the potential of the person-centred therapy to offer a special healing encounter.

Key words: Human nature, encounter, therapeutic relationship, relational therapy

MGR. MARTA ŠPALEKOVÁ, SÚKROMNÁ PRAX, SPALEKOVA.MARTA@GMAIL.COM,
MGR. KATARÍNA KARASZOVÁ, SÚKROMNÁ PRAX, INFO@PSYCHOTERAPIA-EMDR.SK

NÁZOV PRÍSPEVKU: MOTIVAČNÉ ROZHOVORY

Motivačné rozhovory sa zameriavajú na exploração a riešenie ambivalencie. Ide o metódu, ktorá vychádza z toho, že ľudia sa nachádzajú v rôznych štádiách pripravenosti na zmenu. Špecifikom tejto metódy je, že nedostáva klienta do zbytočných intrapersonálnych rozporov, pretože nevnučuje zmeny, ktoré nie sú v súlade s aktuálnym emočným nastavením klienta. Motivačné rozhovory vychádzajú z toho, že expertom je klient a on hľadá v sebe možné zdroje k svojej autonómii. Príspevok sa venuje zložkám motivácie – chcieť zmenu, byť schopný spraviť zmenu, byť pripravený na zmenu a mať silu vykonať zmenu. Taktiež sa v príspevku venujeme odporu, jeho včasnej diagnostike a technikám, ako s ním narábať, ak je prítomný u klienta.

Kľúčové slova: motivácia, ambivalencia, zmena, odpor, konfrontácia.

THE TITLE OF THE PRESENTATION: MOTIVATIONAL INTERVIEWING

Motivational interviewing is aimed at exploration and resolution of the client's ambivalence. This method assumes that people are at different stages of readiness for change. Motivational interviewing helps the client not to get into unnecessary intrapersonal conflicts as it avoids imposing changes externally that are not in accordance with the client's actual inner state. In motivational interviewing the client is considered as an expert on his/her life and he/she is accompanied by the therapist while using his/her own resources in searching for his/hers autonomous solutions. The article discusses several aspects of the client's motivation such as: "I want to change", "I am able to change", "I am ready for change" and "I am strong enough to implement the change". In addition the paper is also devoted to the issue of the client's resistance, its early diagnostics and techniques of how to handle it.

Key words: motivation, ambivalence, change, resistance, confrontation.

JANA ŠPÁNIKOVÁ, PEDAGOGICKÁ FAKULTA UK BRATISLAVA - KLP
UL. ŠOLTÉSOVA 4, 811 06 BRATISLAVA, SPANIKOVA@FEDU.UNIBA.SK,
JANKASPANKA@GMAIL.COM

NÁZOV PRÍSPEVKU: KAUCING A SUPERVÍZIA V PCA, POROVNANIE S INÝMI PRÍSTUPMI A MULTIKULTURALITOU

Supervízia a koučing napomáha k rozvoju osobného a pracovného potenciálu človeka, v pomáhajúcich či riadiacich profesiách predstavuje systematické sprevádzanie, podporu, facilitáciu, vzdelávanie. Autorka v príspevku poskytne skúsenosť z dvojročného medzinárodného Grundtvig projektu ESCME v rokoch 2009-2011 (Vzdelávanie supervízorov a koučov pre multikultúrnu Európu) v ktorom bol stred rôznych kultúr sa zároveň stret rozličných psychoterapeutické prístupy (PCA- Gestalt- Systemicky).

Kľúčové slová: profesionálna podpora, supervízia, koučing, mutikultúrne projektové partnerstvo, rozdielnosť prístupov.

THE TITLE OF THE PRESENTATION: PCA COACHING AND SUPERVISION, COMPARISON WITH OTHER APPROACHES AND MULTICULTURALITY

Supervision and coaching is helpful in development of personal and working potential in human being, and it involves systematic guidance and support in helping or managing professions, facilitation of education, as well. Author offers her experience from two years long international Grundtvig project ESCME during 2009 – 2011 (Education of supervisors and coaches for multicultural Europe), in which various cultures and various psychotherapeutic approaches met together (PCA- Gestalt- Systemic).

Key words: professional support, supervision, coaching, multicultural project partnership, difference among approaches.

JANA ŠPÁNIKOVÁ, PEDAGOGICKÁ FAKULTA UK BRATISLAVA - KLP
UL. ŠOLTÉSOVA 4, 811 06 BRATISLAVA, SPANIKOVA@FEDU.UNIBA.SK

NÁZOV PRÍSPEVKU: HUMANISTICKÝ PRÍSTUP K RODINE A V TERAPII

Príspevok sa zaoberá eklektickým využitím dvoch humanistických prístupov pri sprevádzaní rodiny - prístupom PCA a prístupom Rodinnej terapie V.Satirovej. Práca na rodinnej mape umožňuje odkrývať vzťahy, príčiny a súvislosti vývoja vlastnej rodiny. Tento prístup má využitie v individuálnej psychoterapii, v supervízii ale aj pri výučbe či tréningu pomáhajúcich profesií.

Kľúčové slová: rodinná mapa, humanistické prístupy, liečebná pedagogika, rodinný životný cyklus, tvorba mapy a možnosti využitia

THE TITLE OF THE PRESENTATION: WORK WITH A FAMILY MAP

This paper addresses eclectic use of two humanistic approaches to guiding families- the Person-Centered Approach and Virginia Satir Model. The work with the family maps allows to discover relationships, reasons of relations in the development in the family of origin. This approach is useful in individual psychotherapy, in supervision, and also in teaching or training in helping professions.

Key words: humanistic approaches, treatment pedagogy, life cycle in the family, creating the maps and possibilities of their use

MGR. ZUZANA TATÁROVÁ – SÚKROMNÁ ANGLICKÁ ŠKÔLKA BENJAMÍN PEZINOK,
ZUZI_PT@YAHOO.COM

NÁZOV PRÍSPEVKU: FILIÁLNA TERAPIA – AKTÍVNA ÚČASŤ RODIČA V TERAPII DIEŤAŤA.

Vo svojej príspevku by som sa chcela zamerať na dôležitosť zapojenia rodiča do terapie dieťaťa. Jedna z možností aktívnej účasti rodiča na terapii svojho dieťaťa je filiálna terapia – tréning rodičovských zručností. Okrem vlastných skúseností z využívania filiálnej terapie na Slovensku, chcem v stručnosti spomenúť aj výsledky niekoľkých najnovších štúdií v oblasti filiálnej terapie z USA. V diskusii by som rada otvorila tému potrebného vzdelania pre vykonávanie filiálnej terapie so skupinami rodičov, ale aj robenie výcvikov pre ďalších odborníkov v danej téme.

Kľúčové slová: filiálna terapia, rodič, dieťa, terapia hrou, vzťah

TITLE: FILIAL THERAPY – PARENT'S ACTIVE PARTICIPATION IN CHILD'S THERAPY.

In my contribution, I would like to focus on the importance of involving parent into the child's therapy. Filial therapy – Child Parent Relationship Therapy is one of the options of parent's active participation in his/ her child's therapy. I would like to talk about my own experience from using filial therapy in Slovakia and briefly mention also outcomes of current studies in the field of filial therapy in USA. Finally I want to discuss opinions about the minimum education and training needed for doing filial therapy with group of parents but also for educating other professionals in this area.

Keywords: filial therapy, parent, child, play therapy, relationship

PHDR. IVAN VALKOVIČ – ÚPSVAR BRATISLAVA, IVAN.VALKOVIC@UPSVAR.SK

NÁZOV PRÍSPEVKU: NEPODMIENENÝ POZITÍVNY POHĽAD A HODNOTIACI PRÍSTUP V PCA

V príspevku sa zaoberám 1) prekladom pojmu unconditional positive regard a niektorým dôsledkom, ktoré z úvah o tomto pojme vyplývajú: 2) ako je nemožnosť nehodnotiť, ale možnosť hodnotiť pozitívne a 3) charakteristike takto poňatého prístupu k psychoterapii a ľuďom vôbec.


TITLE: UNCONDITIONAL POSITIVE REGARD AND JUDGEMENTAL APPROACH IN PCA

I discuss 1) translation of the term Unconditional Positive Regard into Slovak language and several implications of considerations on this concept: 2) as impossibility not to judge, but possibility to have a positive regard and 3) quality of such understood approach to psychotherapy and to people generally.

(B) PREZENTÁCIA PREDNÁŠKY - LES GREENBERG, PHD.

**Emotion-Focused Process
Experiential Therapy**

Leslie S Greenberg



lgrnberg@yorku.ca
www.emotionfocusedclinic.org
www.yupc.org

Overview of Therapy Process

Process:

- Presence and Empathic Attunement to clients' emotional meanings or feelings
- Communication of PC relational attitudes
- Facilitation of particular modes of emotional processing and meaning creations at particular times

Goal:

- Self-reorganization of emotion schemes and personal meaning

Development of EFT/ PE

Within the core conditions framework we looked at:

- What therapists attend to that they see as important
- This identified particular recurring client in-therapy states and different ways of responding to these states.
- This led to concept of client *markers which were* seen as *opportunities* for different types of facilitative responses.
- Therapist then is viewed as engaging in a form of "process diagnosis" which leads to responding differentially at different points to facilitate client next steps.

Process Facilitation

- The therapist is seen as expert in:
 - 1) being present to the other
 - 2) in *methods* that help clients to *take a next step* that will lead them get closer to their own experience.
- Clients are viewed as experts on their own experience.
- Therapist is not an expert on *what* the client is experiencing

EFT Style of Responding

1) Emotion and meaning are responded to *empathically*.

- T. "So its like you feel(Empathic Following)
C.....

2) The client is *guided* in how to take next steps in processing emotional experience with *process directives*.

- T. Try this..... (Process Directive) Can you pay attention inside...
If your father was here what would you want to say to him
Can you give me a specific situation where you felt this...
C.....

3) Symbolization is *checked* against bodily felt experience

- T. What do you experience(Checking)
C.....

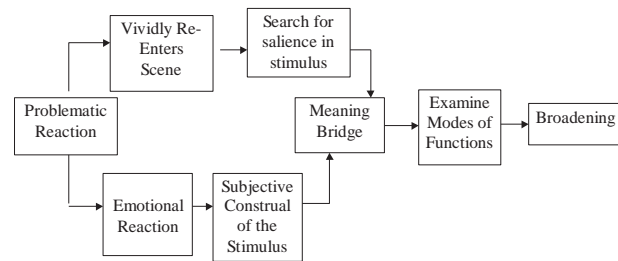
Empathy-Based Tasks

Task Marker	Intervention	Process	End State
Problem-Relevant Experience (e.g., interesting, troubling, puzzling)	Empathic Exploration		New meaning or clear marker, explicated
Vulnerability (Painful emotion/shame related to self)	Empathic Affirmation		Self-affirmation (feels understood, hopeful, stronger)

Reprocessing Tasks

Task Marker	Intervention	Process	End State
Trauma Narrative (internal pressure to tell difficult life stories, e.g., trauma)	Trauma Retelling		Relief, restoration of narrative gaps
Meaning Protest (life event violates cherished belief)	Meaning Work		Revision of cherished belief
Problematic Reaction Point (puzzling over-reaction to specific situation)	Systematic Evocative Unfolding		New view of self in-the-world-functioning

Unfolding Problematic Reactions



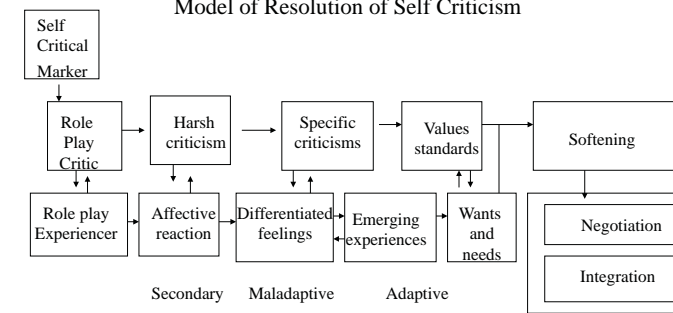
Experiencing tasks

Task Marker	Intervention	Process	End State
Attentional Focus Difficulty (confused, overwhelmed)	Clearing a Space		Work productively with experiencing (working distance)
Unclear Feeling (vague, external or abstract)	Experiential Focusing		Symbolization of felt sense, carrying forward, felt shift
Difficulties expressing feelings (avoiding feelings, difficulty answering feeling questions)	Allowing and Expressing Emotion (also Focusing, Unfolding, Chairwork)		Appropriate expression of emotion to therapist and others

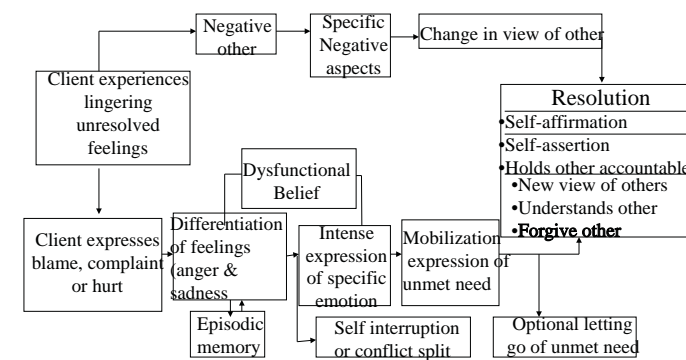
Enactment tasks

Task Marker	Intervention	Process	End State
Self-Evaluative Split (Self-criticism, tornness)	Two-Chair Dialogue		Self acceptance Integration
Self-Interruption Split (Blocked feelings, resignation)	Two-Chair Enactment		Self-expression Empowerment
Unfinished Business (Lingering bad feeling re: significant other)	Empty Chair Work		Let go of resentments, unmet needs affirm self; understand or hold other accountable

Model of Resolution of Self Criticism



Resolution of Unfinished Business



Emotions: Fundamentally Adaptive

- Emotions tell us what is personally important & whether things are going our way (information)
 - Emotions help us to survive by providing an efficient, automatic way of responding rapidly to important situations
- Emotions prepare us for action:
- Emotions involve wishes/needs, which generate action
- Emotions integrate experience; give us meaning, value & direction
- Basic concepts: Emotion Schemes; Affect regulation, Creation of meaning.

Emotion Generation

Emotion results from automatic *appraisals* of situations in relation to *needs/goals/concerns*

- Appraisal of features e.g. size speed not thoughts
- Emotion is adaptive, not rational or irrational

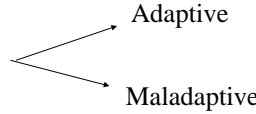
Variety of Levels

- Neurochemical
- Physiological
- Muscular
- Cognitive
- Social

Emotion and the Wisdom of the Organism

- The organismic valuing process at the center of Rogers theory of actualization was always a mystery construct.
- Emotion now can be seen as being a scientifically based process at the center of the organismic valuing process which guides the growth /actualizing tendency

Emotion Assessment

1. Primary 
2. Secondary
3. Instrumental

Differential Intervention

Primary Adaptive	Access for good information
Primary Maladaptive	Access in order to transform
Secondary	Explore to get to more primary emotion
Instrumental	Awareness of the aim

SIX MAJOR EMOTIONAL CHANGE PROCESSES

A) Accessing Emotion

1. Increase Emotional Awareness & Symbolization in the Context of Salient Personal Stories.

Symbolizing emotional experience in awareness in order to make sense of one's experience. What am I feeling?

2. Express Emotion.

Expressing changes the self and changes interactions both by mobilizing and revealing self. Overcome control and inhibition. Completion of expression. Neuro-chemical changes.

B) Modulating & Understanding

3. Enhance Emotion Regulation

Explicit regulation. Use deliberate cerebral capacities to contain and regulate maladaptive amygdala reactions (especially fear, rage and shame). Implicit self soothing. Allowing, tolerating, accepting and soothing.

4. Reflect on Emotion.

Making sense of experience. Dis-embedding. Creation of new meaning. Insight. Seeing patterns, understanding in a new way. New narrative construction

C) Transforming Emotion

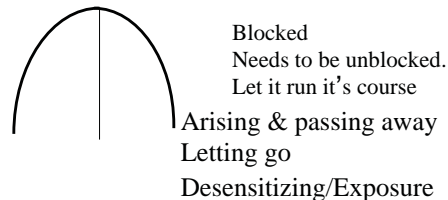
5) Change Emotion with Emotion. An alternate self-organization, set of emotion schematic memories, or “voices” in the personality based on primary emotions are accessed. The maladaptive emotional response is synthesized with, or transformed by, more adaptive emotional response.

6. Change Emotion with New Interpersonal Experience.

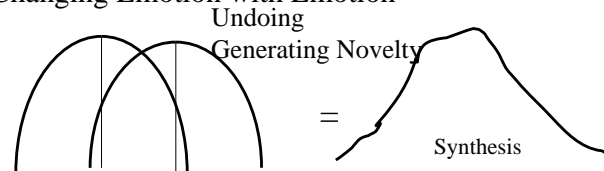
New lived experience with another provides a corrective emotional experience. Disconfirms pathogenic beliefs. Provides interpersonal soothing. New (success) experience changes emotion.

Transforming Emotion

1. Completion/Detachment/Habituation/ Extinction



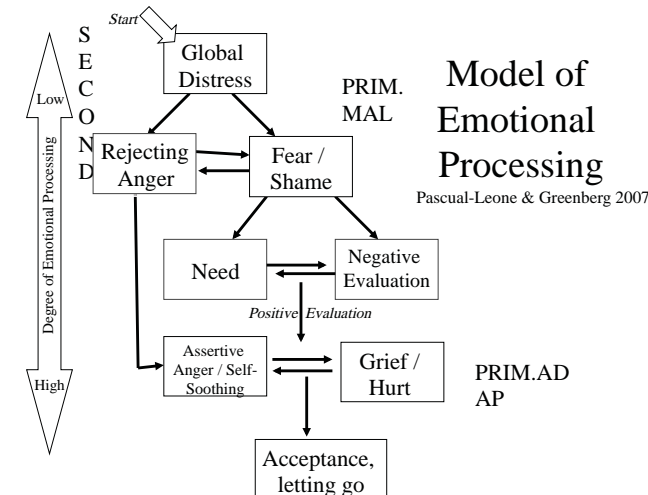
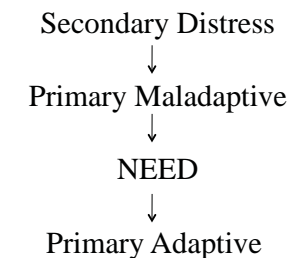
2. Changing Emotion with Emotion



Accessing Alternate Emotion

0. Empathic relationship
1. Shift attention to present subdominant emotion
2. Access adaptive need/goal and associated emotion
3. Expressive enactment of alternate emotion
4. Imagery to evoke emotion
5. Evoke emotion memory of alternate emotion
6. Mood induction via music
7. Humour
8. Cognitive creation of new meaning
9. Therapist expresses emotion for client
10. Relationship evokes new emotion

Basic Change Process



Outcome Research

Growing evidence of effectiveness of emotion-focused treatments

- Emotion- focused therapy of depression
- Emotion- focused therapy of trauma
- Emotionally Focused couples therapy

Relating Process to Outcome:

EFT has the strongest evidence base on the process of change of all approaches to treatment

Correlation between the working alliance and outcome

	BDI	IIP	RSE	GSI
WAI Session 3	-.35*	-.24	.37*	-.20

- *p < .05
- N=38

Empathy & the Working Alliance in OISE Study

(Watson & Geller 2005)

- This study investigated the relation among clients' ratings of the relationship conditions (Relationship Inventory), outcome, and working alliance (Working Alliance Inventory) in both Cognitive-behavioural and Emotion-focused therapy.
- The *RI* was *predictive* of treatment outcome on 4 different measures, (eg: accounting for 10% of variance on BDI)
- The impact of the relationship conditions was *mediated by the WAI* on 3 of 4 measures of outcome (13%)
- EFT therapists were rated as more highly positively regarding of their clients (p= .02) than cognitive/behavioral therapists with a trend to higher empathy (p= .08).

- Hierarchical linear regression showed that *late emotional processing* both mediated the relationship between clients' early emotional processing capacity and outcome, and was the sole emotional processing variable that independently predicted improvement (21%).

- After controlling for emotional processing, the early working alliance added an independent contribution (8%) to explaining improvement in reported symptomology.

Beginning, Alliance & Depth of Experiencing Capacities, and Outcome (Pos, 2006)

	WAI	HI	LO
EXP			
HI		Best	Good
LO		Good	Worst

**Path Analysis of Alliance & Emotional Processing
Across 3 Phases of Therapy & Outcome (N=74)**

(Pos, Greenberg, Warwar 2010)

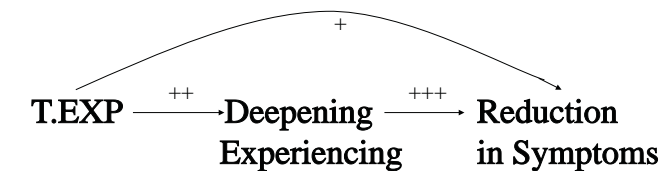
- Both Alliance and Emotional Processing increased significantly across phases of therapy.
- Beginning therapy alliance (measured after session one) directly predicted all outcomes.
- *Working* phase emotional processing was found to directly & best predict symptomatic change while only beginning therapy process predicted reductions in interpersonal problems.
- Within *working* and *termination* phases of therapy, the alliance significantly contributed to emotional processing and indirectly contributed to outcome.

Experiencing Scale

1. **Objective and intellectual**, giving no evidence of the personal significance of events they describe.
2. **Personal but detached**; no explicit reference to feelings, reactions, or internal states.
3. **Reactions** to external events begin to appear.
4. **Marked shift inward** with a focus on exploration of feelings and internal experiences. At Level 4 clients are in direct contact with their fluid experience and speak 'from' it as opposed to 'about' it.

5. **Questions about experience** and the self are raised and explored from an internal perspective.
6. **Newly realized feelings** and experiences are integrated and explored to produce personally meaningful constructions and resolve issues.
7. Shifts and new understandings in one particular area of experience are **broadened to a wider range** of experiences giving clarity and meaning.

**Process Outcome Link.
Depth of Experience**



Increase in Experiencing on Core themes related signif. to outcome (Goldman et al 2005)

Increase in Experiencing on Emotion Episodes related signif. to outcome (Pos et al 2003)

Emotional Arousal

- Deepening experiencing may be a core ingredients of change for many therapy approaches but the role of emotional arousal is still unclear.

Client Emotional Arousal Scale-III

1. **Person does not express emotions.**
Voice or gestures **do not** disclose any emotional arousal
2. **Acknowledgement but very little arousal in voice or body.** Almost **completely restricted**
3. **Person acknowledges emotions.**
Arousal is **mild** in voice and body
4. **Arousal is moderate in voice and body**
Emotional voice is present, arousal still **somewhat restricted**
5. **Arousal is fairly intense in voice and body**
Speech patterns deviate **markedly** from the client's baseline
6. **Arousal is very intense and extremely full**
Freely expressing emotion, with voice and body.
7. **Arousal is extremely intense and full**
Complete disruption of speech, uncontrollable

Hypothesis: Making sense of *aroused* emotion predicts outcome

1) Emotional arousal in the middle phase of therapy would predict final outcome.

2) High levels of Experiencing in the middle and late phases of therapy would substantially increase the outcome variance predicted by arousal (Warwar & Greenberg 2003)

Perceptual Processing

Hypothesis: Making sense of *aroused* emotion predicts outcome

1) Emotional arousal in the middle phase of therapy would predict final outcome.

2) High levels of Client Perceptual Processing in the middle phases of therapy would substantially increase the outcome variance predicted by arousal (Missirilian et al 2005).

Levels of Client Perceptual Processing (LCPP)

- (I) Recognition
- (II) Elaboration
- (III) Externally focused differentiation
- (IV) Analytic differentiation
- (V) Internally focused differentiation
- (VI) Re-evaluation
- (VII) Integration.

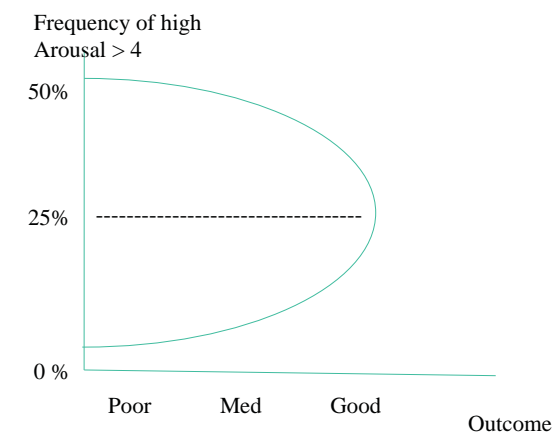
Levels I-III are representative of automated, or a non-reflective mode of processing.

Levels IV-VII represent deliberate or controlled and reflective manners of processing.

Frequency of Emotional Arousal

- The absolute deviation from a frequency of 25% for ratings of 5 or more correlated significantly ($p < .01$), with outcome on BDI ($r = .504$) & GSI ($r = .484$)
- Clients who expressed high levels of emotional arousal for moderate amounts of time (approximately 25% of the total time in therapy over the three sessions) had the most relief of depressive symptoms.
- Clients having both higher and lower frequencies of high emotional arousal achieved worse outcomes.
- Too much or too little high arousal emotion is a predictor of poorer outcomes

Relationship Between Deviation from a Frequency of 25% for Ratings of 5 or More on the Expressed Emotional Arousal Scale and Outcome



Results

- Working alliance correlated significantly with the Beck Depression Inventory ($-.38$)
- Moderate frequency of heightened emotional arousal added significantly to the prediction of outcome variance (14%).
- This combination predicted 42% of outcome variance on BDI and 51% on GSI.
- Moderate amounts of heightened emotional arousal improve predictions of therapeutic outcome.

Emotional Productivity

q Emotional productivity refers to productive emotional processing

q Emotional processing refers to the process of how clients deal most effectively with their emotion in therapy

© Auszra, Greenberg, Herrmann, 2008

Emotional Productivity

An emotional expression is considered therapeutically productive if a client experiences a *primary emotion* in such a way that ...

© Auszra, Greenberg, Herrmann, 2008

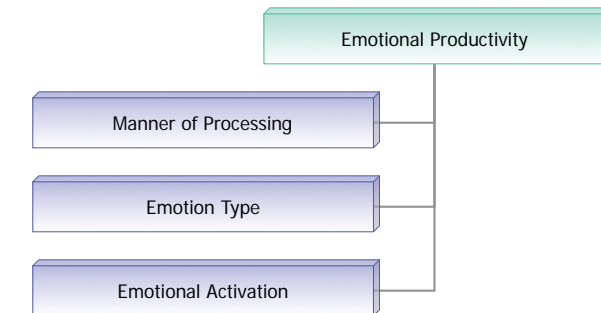
Emotional Productivity

An emotional expression is considered therapeutically productive if a client experiences a primary emotion in such a way that ...

- a client can extract the useful information inherent in an adaptive emotion (*Emotion Utilization*)
- a maladaptive emotion has the potential to be transformed into a more adaptive emotional experience (*Emotion Transformation*)

© Auszra, Greenberg, Herrmann, 2008

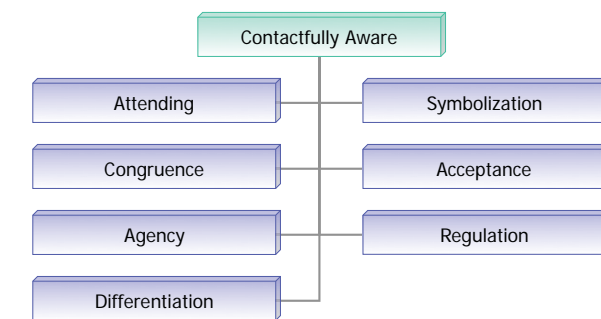
Emotional Productivity



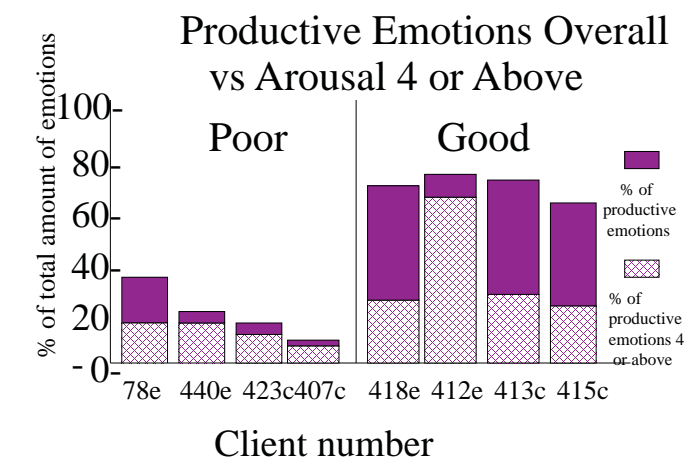
Auszra, Greenberg & Herrmann, 2007

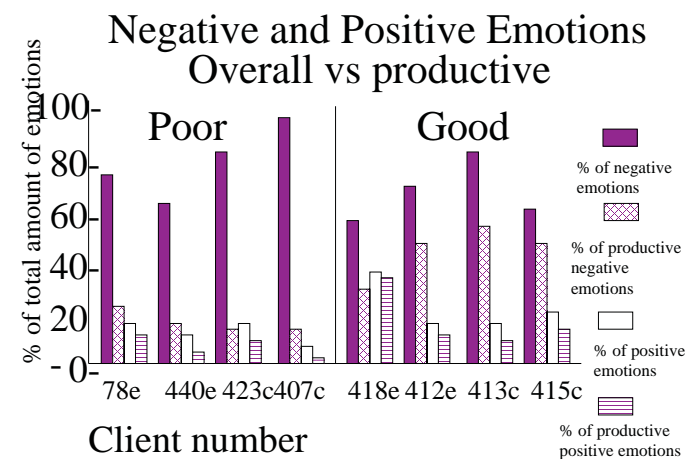
46

Manner of Processing



© Auszra, Greenberg, Herrmann, 2008

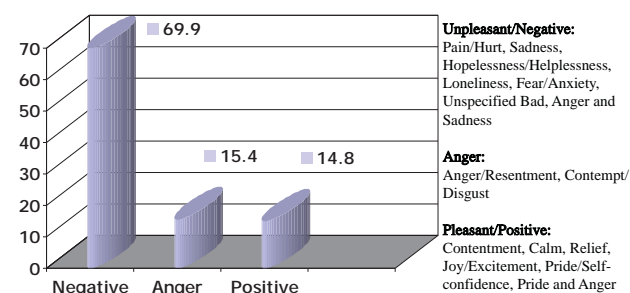




Process variable	Total R ²	Changes in R ²	F Change	Df	Beta
Step 1					
EP beginning phase	.119	.119	9.70	1.72	-.345**
Step 2					
EP* beginning phase					-.299**
Working alliance	.198	.80	8.79	1.71	-.286**
Step 3					
EP beginning phase					-.300**
Working alliance					-.268*
HA* working phase	.204	.005	5.98	1.70	-.076
Step 4					
EP beginning phase					-.090
Working alliance					-.088
HA* working phase					-.054
EP* working phase	.657	.454	33.11	1.69	-.756**

*HA High Arousal > 3; EP Emotional Productivity

Percentages of Specific Types of Productive Emotion



Conclusion

- q Emotional Productivity is a therapeutic process variable that changes over time
- q Productive emotional processing seems to go beyond the mere activation and expression of emotional experience.
- q It seems to be the increase in the ability to process activated primary emotion in a specific manner that is associated with successful psychotherapy outcome

Types of Emotion

Hypotheses

In samples of chair dialogue across treatment:

1. Proportion of, and increase in *Secondary Emotions* will predict outcome
2. Proportion of, and increase in *Primary Adaptive Emotions* will predict outcome
3. Proportion of *Primary Maladaptive Emotions* will predict outcome

Emotional Sequences

Hypotheses

4. The Sequence of *Primary Maladaptive Emotion followed by Primary Adaptive Emotion* will predict outcome.
5. The Sequence of *Secondary Emotion followed Primary Maladaptive followed by Primary Adaptive Emotion* will predict outcome.

Sampling

wN = 30 of EFT Clients

w3 sessions were coded:

First chair work session; (approx. 4th session)

Best chair work session according to the degrees of resolution scale (DRS);

Better of two sessions preceeding the best chair work session (according to DRS);

Summary of Results

- Activation overall and in the first session predicts outcome.
- The effect of activation is partially mediated by the proportion of Secondary/Instrumental Emotions and fully mediated by the proportion of Primary Adaptive Emotions.

Summary of Results

- Increase in Primary Adaptive from session one to best session predicts outcome“the more the better“
- Proportion of Primary Adaptive Emotions overall fully mediates the effect of Secondary Emotions and of activation on outcome.
- Proportion of *Primary Maladaptive Emotions* in first session predicts outcome.
- Increase in Primary Maladaptive emotions, or the amount in middle or best sessions, does not predict outcome.

Summary of Results

- The effect of Primary Maladaptive Emotions in the first session is fully mediated by the proportion of Primary Adaptive emotions.
- The Sequence *Primary Maladaptive to Primary Adaptive* predicts outcome.

Conclusion

What seems central for good therapy outcome:

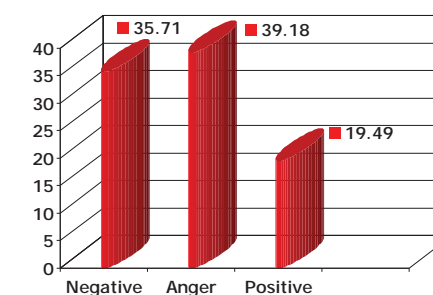
wEmotional activation is important

wSecondary Emotions have to be reduced

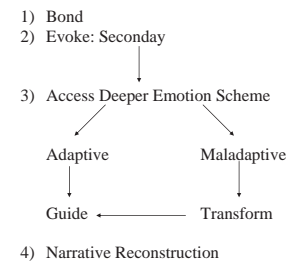
wPrimary Adaptive emotions have to be worked towards

wClients have to *work through* Primary Maladaptive emotions, which involves leaving Primary Maladaptive emotions and entering Primary Adaptive emotions.

Percentage of Negative, Anger-, and Positive Primary Adaptive Emotions



Emotionally Focused Intervention



Features of Process Facilitation

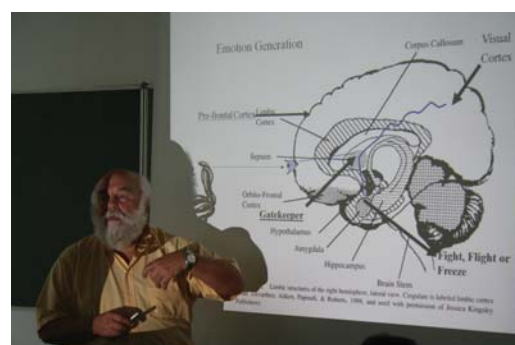
- *Follow* the client's experiential track as it evolves from moment to moment
- *Notice* opportunities for differential facilitation
- *Guide* the process in productive directions
- Throughout recognize the client as an authentic source of experience
- Prize the client's efforts to make sense of his or her experience.

Non Imposing Manner

- The therapist is a process guide who knows something about how to traverse subjective terrains and emotional processes
- Therapists offer their expertise tentatively
- Not impose, directly or indirectly, notions about what a client should be talking about, or what their experience means.
- Attitude of curiosity vs goal directed aim.

PRÍLOHA – FOTOSPOMIENKY

(C) FOTOSPOMIENKY





PCA INŠTITÚT ISTER
BRATISLAVA



UNIVERZITA KOMENSKÉHO V BRATISLAVE

FILOZOFICKÁ FAKULTA – KATEDRA PSYCHOLÓGIE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA – KATEDRA LIEČEBNEJ PEDAGOGIKY



ZBORNÍK – EMÓCIE V ČASE KRÍZY

ZO IV. ČESKO-SLOVENSKEHO SYMPÓZIA PCA S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU
KONANÉHO V BRATISLAVE, 16. - 17.6. 2011.

EDITORKA ZBORNÍKA: JANA ŠPÁNIKOVÁ

RECENZENTKY ZBORNÍKA: MGR. VIERA CVIKOVÁ, PHD.
PHDR. HANA SMITKOVÁ, PHD.

ORGANIZAČNÝ VÝBOR SYMPÓZIA: LÝGIA BÁTOVSKÁ
HANKA SMITKOVÁ
JANA ŠPÁNIKOVÁ
MARTIN MILER
IVAN VALKOVIČ
KATARÍNA MAŤOVÁ
MÁRIA KUPCOVÁ
BARBORA SLÁDEKOVÁ

VYDAVATELSTVO: © UNIVERZITA KOMENSKÉHO V BRATISLAVE

ISBN: 978-80-223-3069-5



TEŠÍME SA NA BUDÚCE SPOLOČNÉ STRETNUTIA.