

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Ergoterapie

ID studijního oboru: 5342R002



Povědomí českých ergoterapeutů o preterapii a možnosti jejího využití v praxi

*Awareness of Czech Occupational Therapists about Pretherapy
and the Possibilities of Its Use in Practice*

Bakalářská práce

Autor: Kateřina Macků

Vedoucí práce: Bc. Monika Kohoutová

Praha, 30. 11. 2009

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat vedoucí své bakalářské práce, ergoterapeutce Bc. Monice Kohoutové, za její otevřený přístup, odborné připomínky, zajímavé podněty k zamyšlení a podporu v průběhu celého procesu tvorby.

Čestné prohlášení:

Prohlašuji tímto, že jsem zadanou bakalářskou práci zpracovala samostatně a veškerou použitou literaturu a další využití informační zdroje jsem uvedla v seznamu literatury. Souhlasím také s použitím mé práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Podpis studenta

Identifikační záznam:

MACKŮ, Kateřina. *Povědomí českých ergoterapeutů o preterapii a možnosti jejího využití v praxi. [Awareness of Czech Occupational Therapists about Pretherapy and the Possibilities of Its Use in Practice]*. Praha, 2009. 88 s., 6 příl., 4 tabulky, 14 obr..
Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK 2009. Bc. Monika Kohoutová.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Kateřina Macků
Obor: Ergoterapie
Rok imatrikulace: 2006
Vedoucí práce: Bc. Monika Kohoutová
Oponent: Mgr. Kateřina Svěčená
Počet stran: 88

Název bakalářské práce:

Povědomí českých ergoterapeutů o preterapii a možnosti jejího využití v praxi.

Abstrakt bakalářské práce:

Preterapie je metoda navazování kontaktu s lidmi, kteří nereagují na klasické terapeutické působení. Prostřednictvím kontaktních reflexí poskytovaných terapeutem dochází k vytvoření či posílení psychologického kontaktu, který je naprosto žádoucím pro vytvoření terapeutického vztahu a dosáhnutí změny v terapeutickém procesu. Preterapie je využitelná hlavně při práci s osobami s mentálním a/nebo s psychickým postižením.

Teoretická část práce poskytuje základní informace o preterapii, preterapeutickém procesu a jejím možném využití v ergoterapeutické praxi. Praktickou část tvoří dotazníkové šetření zaměřené na informovanost českých ergoterapeutů o preterapii a jejich zájem se s metodou blíže seznámit.

Výstup teoretické části je podložen studiem odborné literatury a prokazuje možnosti využití preterapie v ergoterapii. Výsledky praktické části poukazují na neznalost preterapie mezi českými ergoterapeuty a na poměrně velký zájem o bližší seznámení. Na jeho podkladě vznikla přiložená prezentace se základními informacemi o preterapii.

Klíčová slova:

Preterapie	Ergoterapie
Kontaktní reflexe	Přístup zaměřený na člověka
Psychologický kontakt	Terapeutický vztah

Abstract:

Pretherapy is a method of bringing about a contact with people who are not accessible to usual therapy. Therapist uses contact reflections to make or restore a psychological contact, which is a condition of therapeutic relationship and any changes within the therapy. Pretherapy is available mainly at work with people with mental or psychical disabilities.

Theoretical part includes basic information about pretherapy, its process and possibilities of its use in occupational therapy. Practical part represents a research about awareness of Czech occupational therapists about pretherapy and their interests in further knowledge about it.

Output of theoretical part is based on professional literature and exhibits the possibilities of using pretherapy in occupational therapy practice. Results from practical part point out that pretherapy is unknown method among Czech occupational therapists and that they are quite interested in knowing more about pretherapy. That's why a presentation of pretherapy is enclosed at the end of this thesis.

Key words:

Pretherapy

Contact Reflections

Psychological Contact

Occupational Therapy

Person Centred Approach

Therapeutic Relationship

OBSAH:

1 ÚVOD	1
2 TEORETICKÁ ČÁST	3
2.1 Charakteristika metody preterapie	3
2.1.3 Vznik a definování preterapie	3
2.1.4 Název „preterapie“	4
2.1.5 Indikace a využití preterapie	4
2.2 Carl Rogers a přístup zaměřený na člověka	6
2.3 Základní vztahová nabídka	9
2.3.3 Akceptace (bezpodmínečně kladné přijetí)	9
2.3.4 Empatie (vcítění)	10
2.3.5 Autenticita (opravdovost)	10
2.3.6 Význam základní vztahové nabídky a osobnosti terapeuta..	11
2.4 Teorie preterapie	12
2.4.3 Psychologický kontakt	13
2.4.4 Kontaktní reflexe (práce na straně terapeuta)	14
2.4.5 Kontaktní funkce (proces na straně klienta)	17
2.4.6 Kontaktní chování	18
2.5 Preterapeutická práce a její přínos	18
2.5.3 Práce „preterapeuta“	18
2.5.4 Přínos preterapie	19
2.5.5 Využití preterapie v ergoterapeutické praxi	21
2.6 Přehled problematiky	22
2.6.3 Terapeutický vztah	22
2.6.4 Preterapie x PCA	23
2.6.5 Účinky a účinnost preterapie	27
2.6.6 Výhody a nevýhody preterapie	31
3 PRAKTICKÁ ČÁST	33
3.1 Úvod	33
3.2 Metodologie	34
3.3 Výsledky	35
3.3.3 Výsledky části 1: Vaše povědomí o preterapii	36

3.3.4	Výsledky části 2: Váš zájem o preterapii	40
3.3.5	Výsledky části 3: Sociodemografické ukazatele	41
3.4	Analýza výsledků	42
3.5	Interpretace výsledků	45
3.6	Zmapování situace preterapie se zaměřením na ČR	46
3.6.3	Literatura o preterapii	46
3.6.4	Dostupné kurzy v ČR	48
3.6.5	Příklady pracovišť v ČR obeznámených s preterapií	48
3.6.6	Situace ve světě	50
4	DISKUSE	51
5	ZÁVĚR	55
6	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
7	PŘÍLOHY	62
	Příloha č. 1 – Dotazník	63
	Příloha č. 2 – Preterapeutický rozhovor – ukázka A	66
	Příloha č. 3 – Preterapeutický rozhovor – ukázka B	68
	Příloha č. 4 – Preterapeutický rozhovor – ukázka C	69
	Příloha č. 5 – Kompletní seznam preterapeutické literatury	72
	Příloha č. 6 – Informační materiál o preterapii	82

1 ÚVOD

Dlouhý fylogenetický vývoj rodu Homo dospěl až na úroveň člověka moudrého, Homo sapiens, mezi jehož hlavní charakteristické rysy patří vzpřímené držení těla, rozumová inteligence a schopnost mluvit. Tyto vlastnosti jej, tedy nás, odlišují od našich předchůdců i od jiných živočišných druhů. Schopnost řeči, která je nejvýznamnějším prostředkem, jak představit své vlastní „já“, pohled, celkový výraz obličeje, pohyby, gesta, doteky, postoj těla, přibližování se či oddalování. To vše jsou složky komunikace (z lat. communicatio = spojování, sdělování), obecně lidské schopnosti užívat výrazových prostředků (slovních i neslovních) k vytváření, udržování a pěstování mezilidských kontaktů, vztahů (Klenková, 2006). Komunikovat tedy znamená přijímat, sdílet i dávat.

Člověk byl zrozen a předurčen k žití ve vztahu s ostatními lidmi. Mezilidské vztahy obklopují každého z nás a právě komunikace je jejich základem. Zprostředkovává navázání kontaktu, který může vést k vytvoření vztahu – s rodiči, s přáteli, s terapeuty, či v jeden z nejdůležitějších – vztah se sebou samým. Existující vztah je předpokladem k proběhnutí změny, a proto je terapeutický vztah a jeho úroveň tolik důležitá. Jde o základní potřebu pro dosažení výsledků v terapii.

Během studia oboru ergoterapie jsem absolvovala různorodé praxe. Ze všeho nejvíce na mne zapůsobily mé pobyty v terapeutických komunitách v Mýtě (komunita pro osoby s duševním onemocněním – převážně schizofrenií) a v Camphillu v Českých Kopistech (určeném hlavně pro osoby s mentálním postižením), dlouhodobá praxe v domově pro seniory a také moje vlastní zkušenost z pobytu na psychiatrickém oddělení nemocnice. Mnohokrát jsem se dostala do situací, kdy jsem nevěděla, jak se zachovat, abych vytvořila co nejlepší, nejbezpečnější a nejpříjemnější podmínky pro navázání kontaktu s klientem. Někteří měli problémy vyjádřit, co si myslí, co je trápí a co by rádi dělali. Jiní nemluvili, nebo vydávali pro mě nesrozumitelné zvuky. Z těchto důvodů jsem se rozhodla zaměřit svou momentální pozornost na možnosti a způsoby navazování kontaktu využitelné jak při terapii, tak v běžném životě, a vybrala si téma své bakalářské práce – PRETERAPIE.

Metoda preterapie je určena lidem, kteří se nacházejí mimo kontakt s realitou, s ostatními lidmi a/nebo se svými vlastními city, prožitky. Jejím cílem je umožnit ztracené či nevytvořené kontakty navázat, rozvinout a tím učinit důležitý posun v terapii, v terapeutickém vztahu a hlavně v životě samotných klientů. Zakladatel

preterapie, Garry Prouty (Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005) tvrdí, že „*na každém dně něco musí být.*“ Stejnou myšlenku vyjádřil i Dion van Werde (Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005) následovně. „*V každém člověku je zdravé jádro, byť sebemenší, na něž můžeme dosáhnout a se kterým můžeme komunikovat.*“

Preterapie mne zaujala z několika důvodů. Zaměřuje se na klienty, kteří tzv. nereagují na klasické terapeutické působení. Patří sem převážně osoby s mentálním postižením, s psychickým postižením či s demencí. Dalším kladem je fakt, že preterapeuticky pracovat může kdokoliv, kdo chce s dotyčným navázat kontakt. Jde o prakticky uplatnitelný přístup, který lze integrovat do průběhu celého dne a tím prospět nejen klientům, ale i terapeutům.

Etický kodex ergoterapeuta (ČAE, 2004) hovoří o požadovaných vlastnostech ergoterapeuta. Zmiňuje důležitost schopnosti empatie, autoregulace a emoční vyrovnanosti. Ve vztahu ke klientům je vyžadována akceptace druhé osoby, přístup bez předsudků. Očekává se naprostá rovnost a spravedlnost. Za základní filozofii ergoterapie je považován humanistický přístup zaměřený na člověka, který zároveň tvoří teoretický rámec preterapie. Uvedené charakteristiky jsou potvrzením propojení ergoterapie – přístupu zaměřeného na člověka – preterapie, jenž je důležitým argumentem pro relevantnost výběru tématu a jeho možného přínosu pro obor ergoterapie.

Teoretická část práce obsahuje základní informace o preterapii. Zájemce by se měl v průběhu čtení dozvědět, co je preterapie, komu je určena, kdo ji poskytuje, jak probíhá a jaký přínos může mít její využívání v praxi se zaměřením na praxi ergoterapeutickou. V praktické části představuji výsledky svého výzkumu, jehož cílem bylo zjistit informovanost o preterapii mezi českými ergoterapeuty a jejich zaujatost pro další vzdělávání. Na základě výsledků jsem vytvořila informační materiál o preterapii, který je k nalezení v příloze č. 6 a v prezentaci na přiloženém médiu.

Pro ujednacení terminologie jsem se rozhodla používat ve své práci termíny „Přístup zaměřený na člověka“, resp. Person Centered Approach (PCA), a „klient“. Zakladatel PCA, Carl Rogers, zastával názor, že středem pozornosti nemá být terapeut, ale člověk. Přístup by proto neměl nést jeho jméno („Rogersovský přístup“), ale název „Přístup zaměřený na člověka“ (Holeyšovský, 2001). Termín „klient“ zavedl Rogers namísto termínu „pacient“. Chtěl tím zdůraznit, že klientovi lze důvěřovat ve věcech týkajících se jeho založení a možností sebeřízení. Terapeut za klienta nepřebírá zodpovědnost, jako by tomu bylo v případě pacienta (Vymětal, 1996).

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Charakteristika metody preterapie

2.1.1 Vznik a definování preterapie

Preterapie je metoda navazování kontaktu, jejímž zakladatelem je americký psycholog Garry Prouty. Nechal se inspirovat pracemi Carla Rogerse a Eugena Gendlina, absolvoval sebezkušenostní výcvik v přístupu zaměřeném na člověka i kurz existenciální psychologie. Právě filozofie těchto dvou humanistických psychoterapeutů přinesla pevné základní hodnoty pro rozvoj jeho vlastní metody. První článek o preterapii vydal v roce 1976, první knihu v roce 1994 (Clarke, 2006).



Obrázek č.1: Garry Prouty s manželkou

Zdroj: Internetový zdroj¹

Zkoumáním přístupu zaměřeného na člověka zjistil, že hlavní limitací užívání PCA je koncept „psychologického kontaktu“. Rogers stanovil, že pro kladný postup v psychoterapii musí být dva lidé v psychologickém kontaktu. Nijak jej ale nedefinoval (ani konceptuálně ani metodologicky), což vedlo terapeuty k nevyužívání PCA u osob „kontaktně narušených“, tzn. osob se schizofrenií, autismem, depresemi či s mentálním postižením (Prouty - Cronwall, 1990). Peters (1999) v této souvislosti zmiňuje, že musí existovat rozumné množství kontaktu mezi terapeutem a klientem, aby se mohlo mluvit o smysluplné terapii. Dále uvádí, že právě preterapie je metodou, která přispívá k překonání problémů v komunikaci. Jejím cílem je vytvořit či obnovit kontakt klientů se sebou samými, s lidmi a s okolním světem, a tím je přivést zpět do psychologického kontaktu, který je jim jinak cizí, nezvládnou ho (Peters, 1999; Pörtner, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005).

¹ Dostupné z <<http://www.psychological-wellbeing.co.uk>>

Preterapie reprezentuje teoretický a praktický vývojový posun v PCA (Prouty, 2007; Prouty – Cronwall, 1990), který dle Pörtner (2007) patří v dosavadní historii PCA k těm nejdůležitějším. Nelze ji oddělit od přístupu zaměřeného na člověka, vychází z jeho základů a zpětně přispívá k jeho dalšímu rozvoji. Jde o velice konkrétní, prakticky uplatnitelnou metodu, která přináší Rogersův pojem psychologického kontaktu do praxe. Usnadňuje vhléd, resp. vstup do PCA, a to jak pro studenty, tak pro řadu odborníků (Pörtner, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005). Peters uvádí význam preterapie pro něho samotného následovně: „*Až skrze preterapii se pro mě přístup zaměřený na člověka stal něčím konkrétním.*“ (Pörtner, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005) Clarke (2006) dodává, že preterapie umožňuje terapeutům či zaměstnancům vědět, co říct a jak „být s“ klienty.

2.1.2 Název „preterapie“

Peters (1999) uvádí, že lidská existence je obsažena v kontaktu - se světem, se sebou samým a s ostatními. Je-li přítomen nedostatek těchto tří existenciálních forem bytí, nastává patologická situace. Jestliže má být klient přístupný k terapii, musí být nejprve eliminováno toto kontaktní narušení. Obnovení či vytvoření kontaktů je možné prostřednictvím preterapie, která musí nezbytně předcházet ostatním konvenčním formám terapie, mají-li mít určitý smysl. Právě ono **předcházení** vysvětluje název **preterapie**. Sám Prouty odkazuje při vysvětlování názvu na Carla Rogerse, který popsal psychologický kontakt jako první podmínku terapeutického vztahu a označil ho za tzv. „**před**podmínku“ k jakémukoliv provádění terapie, ošetření, poskytování péče. Z anglického výrazu „**pre**-condition“ tak vznikl název „pretherapy“, v české verzi **preterapie** (Prouty, 2007).

2.1.3 Indikace a využití preterapie

Navazování kontaktů je nezbytné pro plnohodnotný život člověka. Život se odehrává ve vztazích, což může být jedním z vysvětlení poměrně širokého využití preterapie. Umožňuje navázat kontakt lidem, kteří bývají označeni za „nedosažitelné terapií“ nebo za „neschopné kontaktu“. Žijí v neustálém stažení do sebe, nacházejí se mimo kontakt se světem kolem nich, projevují se bizarním způsobem (Pörtner, 2007). Clarke (2006) hovoří o klientech, kteří „nereagují na klasické terapeutické působení“. Jejich chování popisuje následovně: stažení do sebe, sociální izolace, katatonie, halucinace, strach, bizarní řeč těla, fragmentovaná komunikace postrádající smysl,

neschopnost sdělit, co má pro ně samotné smysl, co je trápí. Je velice složité či až nemožné s takovými lidmi dosáhnout určeného cíle, ptát se jich na otázky, porozumět jejich každodenním potřebám, zaujmout je pro terapii a pro další vyjednávání aktivity. Tito lidé jsou mimo dosah psychologického kontaktu vlivem dlouhodobé hospitalizace, mentálního postižení či psychického onemocnění (Pörtner, 2007), důvodem mohou být poruchy učení, psychózy, demence, terminální stádia nemocí, autistické či jinak nekomunikativní stavy a další (internetový zdroj²). Van Werde a Morton (1999, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005) potvrzují, že je možné preterapii využít i u klientů s demencí, případně u klientů umírajících. Cíle terapeutického zásahu jsou pochopitelně v těchto případech omezené, jde o preterapii v té nejčistší podobě – „bytí s“. Roy (1991; 1997, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005) popisuje užití preterapie coby podpůrné metody při léčbě mnohočetné poruchy osobnosti. Klienti postrádají pocit prožitku, zažívají zlomky osobnosti na okraji či úplně mimo vědomí. Tyto disociované prožitky je třeba zvědomit a umožnit jim přístup do světa, čemuž lze dopomoci právě prostřednictvím preterapie. Další oblastí pro preterapii je práce s dětmi, které jsou kulturně zanedbané či mají příznaky „sociálního autismu“ (typický je oslabený kontakt s prostředím zapříčiněný traumatem spojeným s chudobou) (Pörtner, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005).

Používání preterapie je pro každého, kdo chce s klientem navázat kontakt a na jeho základě vytvořit, upevnit či rozvinout vzájemný vztah. Není určena pouze konkrétním profesím (internetový zdroj²). Ukázala se jako užitečný nástroj psychoterapie, ale i metoda použitelná na psychiatrických klinikách či při práci s lidmi s postižením. Je možností pro psychology, psychiatry, sociální pracovníky, zdravotníky, ergoterapeuty, ale i rodinné příslušníky, přátele a další (internetový zdroj³). Začlenění prvků preterapie do své práce je užitečné nejen pro blaho klientů, ale i samotných terapeutů, dojde tím k prohloubení smysluplnosti jejich práce a zvýšení uspokojení z ní (Prouty, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005). Učí pracovníky být jasnými a jednoznačnými ve věcech, které byly a stále jsou brány jako samozřejmost. Díky speciálním instrukcím „how to talk“ měla preterapie velkou odezvu u zdravotních sester (internetový zdroj²). Peters stanovil „uvolnění na straně personálu“ za nejdůležitější dlouhodobý účinek preterapie (Pörtner, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005).

² Introduction to contact work. Dostupné z <<http://www.psychological-wellbeing.co.uk>>

³ Contact Work Concepts. Dostupné z <<http://www.psychological-wellbeing.co.uk>>

Pörtner (in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005) hovoří o preterapii jako o podstatné složce terapeutického procesu využitelné k navazování kontaktů především v psychiatrických léčebnách, v psychoterapeutické praxi, v organizacích pro osoby se speciálními potřebami a ke zvládnání krizových stavů. Hinerkopf, Prouty, Brunswick (1979) doplňují veřejné nemocnice, státní rezidenční zařízení pro klienty s mentálním postižením, soukromé nemocnice, domy na půl cesty, pracovní a rehabilitační workshopy, ve vybraných případech zmiňují možné ambulantní poskytování preterapie.

2.2 Carl Rogers a přístup zaměřený na člověka

„Všechna teoretická i metodologická východiska preterapie mají kořeny v terapeutickém vztahu, jak jej vymezil Rogers.“ (Prouty, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005) Přístup zaměřený na člověka je důležitým propojujícím článkem preterapie a ergoterapie. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla zařadit následující kapitolu týkající se PCA.

Pracovat v duchu nedirektivního přístupu zaměřeného na člověka dle Pörtner (2007; QUIP, 2006) znamená:

- ❖ Nevycházet z představ, jací lidé mají být, ale jací jsou.
- ❖ Nezaměřovat se na deficity, ale na silné stránky klientů. Potenciál k realizaci změn a dalšího rozvoje není v nedostacích, ale v individuálních předpokladech.
- ❖ Brát klienta vážně, věřit mu, pokusit se mu porozumět a podpořit ho v nalezení jeho vlastní cesty, aby se v rámci svých omezených možností vyrovnal s realitou.
- ❖ Nevysvětlovat, ale rozumět a chápat.
- ❖ „Být s“ člověkem, nikoliv pro něj.
- ❖ Nehledat a nenacházet řešení pro jiné lidi, ale činit to společně s nimi.
- ❖ Nedělat něco za ostatní, ale umožňovat jim to (uznat právo na riziko, potřebu vlastních zkušeností).
- ❖ Pomoci klientovi si sám pomoci.

PCA podporuje klientovo sebevědomí a sebeuvědomění, umožňuje mu být svým vlastním průvodcem v terapeutickém procesu (Clarke, 2006). Dle Rogerse je nejlepší

terapeutickou nabídkou uznat zodpovědnost člověka za vlastní život (Vymětal, 1996). „*Cílem terapeutického procesu je zdraví klienta tj. jeho změna či růst ve směru již dříve naznačeného posunu, k tzv. plně fungujícímu člověku.*“ (Junková, 2002)

Hlavním Rogersovým východiskem je subjektivní zkušenost člověka. „*Ani Bible ani proroci ani Freud ani výzkum ani Boží zjevení či lidské poselství nemůže mít větší váhu než moje vlastní přímá zkušenost.*“ (Rogers, 1961; in Vymětal, 1996) Jeho pohled na člověka jde shrnout do tří hlavních bodů. Člověk je vrozeně dobrý a moudrý, špatné vlastnosti se berou vlivem vnějších okolností (př. výchova). Lidské bytosti je vlastní rozvojová tendence. Člověk potřebuje žít smysluplně, rozumět sobě, světu a mít osud ve svých rukou (Petrová – Marksová, 2008).

Přístup zaměřený na člověka vychází z předpokladu růstu a pozitivní změny v každém člověku, který je možný právě a především ve vztahu s druhými lidmi. Za základní charakteristiku všech živých organismů, tedy i člověka, je považována aktualizační tendence - tendence k růstu, rozvoji a naplňování pozitivních možností. U lidských bytostí z ní vyplývá postulát, že jsme schopni svět i sebe poznávat a měnit, ale zároveň neseme za své počínání odpovědnost (Junková, 2002). Vymětal (1996) ji chápe jako vrozený zdroj zdravého rozvoje a života člověka. Nese v sobě důležitou motivaci k terapii, neboť tendence ke zdraví a zdokonalování je nám vlastní. Další lidskou charakteristikou je sociálnost, spolubytí s druhými. Po celý život žijeme zasazení v mezilidských vztazích. Dle Bubera (1969; in Vymětal, 1996) se lidský život odvíjí zásadně ve vztazích, jejichž povaha je buď osobní, nebo neosobní, existujeme vždy s protějškem. Kvalita vztahů má základní význam pro formování osobnosti, její rozvoj i duševní zdraví. Zvláště bezvýhradné přijetí a akceptace druhými vede k pocitu bezpečí, vědomí vlastní hodnoty a důvěře ve svět, jenž se pak stává domovem (Junková, 2002). Vymětal (1996) uvádí, že právě vztah spolu s vrozenou rozvojovou tendencí člověka, je podmínkou změny osobnosti a chování žádoucím směrem. Za příznivých podmínek je každý jedinec schopen se optimálně a sociálně rozvíjet (Nykl, 2004).

„*Na člověka zaměřený směr je stále se rozvíjející forma mezilidského vztahu, která podporuje růst a změnu. Vychází z následující základní hypotézy: Každému člověku je vlastní potenciál růstu, který může být ve vztahu k jedné osobě (např. terapeutovi) aktivován. Předpokladem je, že tato osoba zažívá a zároveň sděluje klientovi své vlastní reálné bytí, svoji vlastní emocionální náklonnost a nanejvýš senzibilní nehodnotící porozumění.*“ (Rogers, 1985; in Nykl, 2004)

Rogers sestavil na základě proběhlých výzkumů všeobecně platné podmínky terapeutického procesu, resp. podmínky změny osobnosti v terapeutické situaci (Nykl, 2004). „*Skutečný terapeutický proces nezačíná hned při prvním setkání terapeuta s klientem, nýbrž v momentě splnění těchto podmínek. Rogers svůj názor vyjadřuje v hypotéze, že terapie nikdy nezačne bez těchto podmínek.*“ (Nykl, 2004)

Podmínky terapeutického procesu (Rogers, 1991; in Nykl, 2004):

- 1) Dvě osoby se nacházejí v kontaktu.
- 2) První osoba (klient) se nalézá ve stavu inkongruence, je zranitelná nebo plná strachu.
- 3) Druhá osoba (terapeut) je kongruentní ve vztahu.
„Kongruenci rozumíme zásadní shodu mezi sebeobrazem – sebepojetím a hlásícími se vnitřními, vrozenými potřebami jedince i zkušenostmi přicházejícími z prostředí. Inkongruence označuje mezi nimi rozpor.“ (Vymětal, 1996)
- 4) Terapeut pociťuje vůči klientovi bezpodmínečně kladné přijetí.
- 5) Terapeut se empaticky dovídá o obsahu psychických hodnot klienta.
- 6) Klient vnímá alespoň v malém množství podmínky 4 a 5, totiž bezpodmínečné pozitivní přijetí své osoby terapeutem a empatické porozumění.

V PCA byl vytvořen koncept tvrdící, že terapeutická změna není založena na technikách nebo dovednostech terapeuta, ale na přítomnosti jasně vymezených postojů terapeuta. Jsou-li tyto postoje účinně vyjádřeny a klientem vnímány, pak se stanou hlavními determinantami terapeutického procesu a účinnosti terapie. Rogers určil tři lidské vlastnosti, pro terapii nejdůležitější postoje terapeuta, které vytváří podmínky pro sociální růst jedince (Junková, 2002). Vymětal (1996) je označil jako základní vztahovou nabídku. Jedná se o akceptaci (bezpodmínečně kladné přijetí), schopnost empatie a autenticitu terapeuta (opravdovost, kongruenci). Uvedené postoje terapeuta tvoří celek, vzájemně se doplňují, ovlivňují a musí se projevovat vždy současně. Jsou nutné bez ohledu na to, jedná-li se o vztah mezi terapeutem a klientem, rodičem a dítětem, učitelem a žákem, zaměstnavatelem a zaměstnancem – platí prakticky v každé situaci, ve které je cílem osobní rozvoj (Nykl, 2004). Jejich přítomnost spolu s nedirektivním zrcadlením klientových postojů a sdělovaných významů posiluje dle Rogerse (1978; in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005) sebeutváření a seberealizaci klienta a tvoří základ přístupu zaměřeného na člověka.

2.3 Základní vztahová nabídka

2.3.1 Akceptace (bezpodmínečně kladné přijetí)

„Akceptace znamená základní postoj, kdy terapeut je vůči pacientovi zcela otevřen, vstřícný, přijímá ho bezvýhradně jako hodnotnou bytost zasluhující si úctu a respekt.“ (Vymětal, 1996)

Dává klientovi jistotu, že se může oddat pocitu, který ho v daném okamžiku naplňuje – zlosti, zmatenosti, hněvu, poddanosti, lásce, vzpouře, sebedůvěře apod. (Nykl, 2004). *„Akceptovat druhého neznámá nekriticky s ním souhlasit, dávat mu za pravdu apod., nýbrž jej brát (jeho projev, jeho názory apod.) jako něco, co je pro něho subjektivně důležité a na co má právo.“ (Vymětal, 1996)*

Dle Rogerse jde o hlavní podmínku vztahové nabídky, bez níž nelze splňovat další dvě podmínky. Být druhým bezpodmínečně přijat a následně pak moci být skutečně sám sebou, beze zbytku a bez přetvářky, je základní lidskou vztahovou potřebou, jež je biologicky zakotvená. *„Abych mohl ‚přežít‘, musím být ostatními lidmi, nejméně však jedním člověkem, přijat, a to v jakékoliv fázi života.“* Akceptace se projevuje zejména v neverbálním chování terapeuta – v jeho vstřícné a přijímající poloze těla, v gestech, v mimice a trpělivém naslouchání, v tónu hlasu a zvláště v plné a soustředěné pozornosti (Vymětal, 1996).

„Akceptování druhých je významné pro obě strany vztahu, neboť, jak pravil Rogers, uspokojením potřeby pozitivního přijetí druhé osoby zažívá jedinec nezbytně také uspokojení své vlastní potřeby pozitivního přijetí.“ (Nykl, 2004)

To, jak se vnímáme, prožíváme, myslíme a hodnotíme sebe i vztahy pro nás subjektivně významné, se nejlépe formuje a rozvíjí právě v takovém prostředí, které je vztahově stabilní, vřelé a lidskou bytost plně akceptující. Akceptace patří k fenoménu domova – protože doma jsem tam, kde jsem druhými přijat, domov je spolehlivým, bezpečným a jistým místem, s nímž jsem obeznámen a jež mi mj. dovoluje být sám sebou (Vymětal, 1996). Pörtner (2007) potvrzuje důležitost rodiny a jí vytvářeného zázemí. Uvádí, že mnoho problémů by nemuselo vzniknout, kdyby principy PCA byly přítomny po celou dobu vývoje jedince, tedy od raného dětství. Rodina by měla poskytnout dostatečně velký životní prostor pro vyjádření a uskutečnění potřeb každého člena rodiny.

2.3.2 Empatie (vcítění)

„Empatie je schopnost projevující se v tom, že s různou mírou přesnosti zachycujeme aktuální prožívání druhého člověka, které souvisí s určitými obsahy jeho vědomí, tedy i zkušenostmi, spolu s individuálními významy, jež pro něho tyto obsahy a zkušenosti mají.“ (Vymětal, 1996)

Terapeut přesně cítí klientem zažité osobní významy a toto porozumění vůči klientovi projevuje. Právě vyjádření pocitů může klientovi pomoci, nikoliv mínění a hodnocení (Nykl, 2004). Dostatečně empatický je člověk tehdy, jestliže zkušenost druhého prožívá jako zkušenost vlastní. Nesmí však dojít k déletrvajícím identifikacím, jedinec si pořád uchovává vlastní identitu a pohybuje se v modu „jakoby“ (Vymětal, 1996).

Rogers (1980; in Vymětal, 1996) zdůrazňuje, že empatie není stavem, nýbrž procesem. Empatické chování terapeuta probíhá v psychoterapeutickém prostoru vytvořeném bezpodmínečnou akceptací druhého, zároveň tento prostor udržuje, prohlubuje a dále rozvíjí. Terapeut pozorně naslouchá, aktivně se snaží co nejvíce porozumět tomu, co slyší a vidí. Pochopené sděluje, aniž by hodnotil, důraz je kladen na přítomnost – „tady a teď“. Projevení empatie se děje prostřednictvím verbální i neverbální komunikace, využitím tzv. komunikačních jednotek, mezi které patří aktivní naslouchání, empatické poznámky, účastné a zájem vyjadřující otázky, zrcadlení, parafrázování a reflexe (Vymětal, 1996).

2.3.3 Autenticita (opravdovost)

„Autenticita je rysem osobnosti a znamená, že terapeut je v každém okamžiku ve svém jednání sám sebou, tedy konkrétním, nezáhadným člověkem, jehož projev a komunikace jsou jasné a odpovídají terapeutovu momentálnímu prožívání a smýšlení.“ (Vymětal, 1996)

Tato proměnná se skládá ze dvou hlavních dimenzí – autenticita vůči sobě a projev této autenticity vzhledem ke vztahovému protějšku. Autentický člověk nic nepředstírá, sobě ani druhému nic nenalhává, do žádné role se nestylizuje, je trpělivý, taktní a tolerantní, což je samozřejmé, pokud druhého bezpodmínečně akceptuje. Terapeut vlastní autenticitou nabízí mezilidské setkání, vnáší do terapie sám sebe (Vymětal, 1996). Být autentický znamená vnímat své pocity a opravdově je symbolizovat, otevřeně prožívat citění a postoje, které jsou v daném okamžiku

přítomny. Rogers míní, že v terapeutickém vztahu je rozhodující, že „terapeut“ je ve vztahu přesně sám sebou, ať již toto sám sebou znamená cokoliv (Nykl, 2004).

„Je to nejzákladnější podmínka, která podporuje osobnostní růst klienta. Terapie je účinná, je-li terapeut ve vztahu takový, jaký skutečně je, bez předstírání a fasády. Jde teoreticky o shodu, kongruenci, kdy terapeut pociťuje na prožitkové úrovni nebo tělesné úrovni to, co je jasně přítomno v jeho vědomí a k dispozici pro přímé vyjádření klientovi, je-li to vhodné.“ (Rogers, 1980; in Vymětal, 1996)

2.3.4 Význam základní vztahové nabídky a osobnosti terapeuta

Vztah je terapeutický, pokud klient zakouší bezpodmínečně kladné přijetí, empatii a opravdovost terapeuta (Prouty - Cronwall, 1990). V PCA jsou výše uvedené postoje pokládány za hybnou sílu terapeutického vztahu a za podstatné pro navození pozitivní změny u klienta. Rogers (1967; in Junková, 2002) předpokládal přímou úměrnost mezi přítomností podmínek a terapeutickou změnou klienta. Tvrdil, že čím vyšší bude stupeň opravdovosti terapeuta, tím zřetelnější bude posun a větší konstruktivní změna osobnosti klienta po terapii. Čím zřetelnější bude pro klienta bezpodmínečné přijetí terapeutem a čím více dá terapeut najevo empatické porozumění, tím větší bude klientovo zapojení v procesu terapie a jeho následná změna osobnosti (Junková, 2002).

Osobnostní zralost včetně akceptace sebe, úroveň sebepoznání a vnitřní stabilita spolu s aktuálním duševním a tělesným stavem terapeuta, jsou okolnosti prvořadě důležitosti pro bezvýhradné přijetí druhého člověka, empatický i autentický projev. Člověk je schopen akceptovat druhého do té míry, do jaké akceptuje sám sebe. Snadněji akceptuje ten, kdo je osobnostně zralý a vnitřně stabilní. Jen vysoce autentický terapeut může být vůči sobě i druhému otevřený a je schopen klienta plně akceptovat. Porozumění sobě, druhému a vzájemnému vztahu je pro akceptování klienta velmi důležité. Nejen proto jsou autenticita s empatií přímo úměrné úrovni akceptace (Vymětal, 1996). Van Werde (Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005) vyzdvihuje důležitost vyrovnání terapeuta, neboť stupeň, v jakém je kongruentní, ve shodě sám se sebou, je pro terapii naprosto zásadní.

„Přistoupíme-li k nějakému člověku či věci bez předsudků, zjistíme, že objekt, který sledujeme, nás může na rovině citů hluboce oslovit. Právě proto bychom se v první řadě měli odpoutat od dosavadních pocitů sympatie či antipatie vůči danému člověku nebo předmětu, vzdát se veškerých faktů, abychom byli bez omezení otevření jejich

působení, aby se nás mohly vnitřně dotýkat.“ (Van Werde, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005)

Důležitý je fakt, že se uvedené podmínky musí projevovat vždy současně, vzájemně se doplňovat a ovlivňovat.

„Terapeut se může vůči pacientovi chovat vysoce a „naplno“ autenticky tehdy, jestliže předcházel po delší dobu akceptující a empatické chování terapeuta, které pacient přijal, a vytvořil vztah umožňující setkání, jehož součástí může být i konfrontace, společné přemýšlení atd. Naopak akceptace a empatie jsou terapeuticky účinné jedině tehdy, jestliže pacient vnímá terapeuta od samého počátku jako ryziho, důvěryhodného, tedy někoho, kdo se nestylizuje a je sám sebou.“ (Vymětal, 1996)

2.4 Teorie preterapie

Peters (1999) vyvodil z hlavní Proutyho práce dva zásadní aspekty preterapie. Prvním je nutnost pracovat s kontaktem, přesněji řečeno s absencí kontaktu. Druhým aspektem je způsob jednání a zacházení s chováním klientů. Pro Proutyho, na rozdíl od většiny terapeutů pracujících v rámci PCA, často jen sotva znatelná exprese chování může být startujícím bodem pro celou terapii.

„Prouty ve svém přístupu nabízí prostor pro druhé lidi a svět. Primitivní předexpresivní (nekomunikativní) vyjádření, která někdy bývají nesrozumitelná, jsou podle jeho názoru důkazem o hluboce osobním a tedy i jedinečném způsobu prožívání.“ (Van Werde, 2002; in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005)

Jedná se o nedirektivní metodu, jejímž výsledkem by měla být spontánní změna specifického chování klientů (Hinterkopf – Prouty – Brunswick, 1979). Zabývá se vytvořením a vývojem teorie a praxe psychologického kontaktu, který již Rogers stanovil jako první podmínku terapeutického vztahu (internetový zdroj⁴).

„Preterapie naplňuje z teoretického hlediska Rogersovu koncepci psychologického kontaktu jako první podmínky terapeutického vztahu. Obsahuje definice, techniky a postupy pro měření změn chování. Představuje systematické rozšiřování terapie zaměřené na osobu i na klienty, kteří obtížně navazují kontakt.“ (Prouty, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005)

Je založena na principu reflektování, nazývaném též zrcadlení, což znamená, že terapeut klientovi reflektuje, resp. zrcadlí to, co vnímá. Zde bych ráda upozornila na

⁴ Contact Work Concepts. Dostupné z <<http://www.psychological-wellbeing.co.uk>>

rozdílné cíle při využívání zrcadlení. Jako první použil princip zrcadlení v psychoterapii, a to na kognitivní úrovni, Otto Rank. Opakoval, co mu klienti sdělili, aby lépe pochopil jejich způsob uvažování. Carl Rogers zrcadlení rozšířil na emocionální rovinu. Reflektoval, aby přesněji poznal pocity a prožitky svých klientů. Prouty používá zrcadlení proto, aby pomohl klientům navázat kontakt s realitou, se sebou samými a s druhými lidmi (Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005).

Primární aplikace preterapie se zabývá vytvořením kontaktu pomocí základních kontaktních funkcí. Sekundární aplikace se týká obnovení kontaktu, který již dříve existoval a je žádoucí jej aktuálně oživit, rozvinout a umožnit klientovi jeho prožití (Peters, 1999). Pörtner (2007) zmiňuje primární aplikaci hlavně u klientů s mentálním postižením. Sekundární aplikace je využívána nejčastěji u klientů s psychózou.

2.4.1 Psychologický kontakt

Psychologický kontakt je soubor terapeutických technik, psychologických funkcí a měřitelných výstupů chování. Jedná se o na sobě závislý terapeutický systém (Prouty – Cronwall, 1990). Dle Clarke (2006) se člověk nachází v psychologickém kontaktu s druhou osobou, jestliže vyvolá její změnu, která je adekvátní ke sdílené situaci. Odpověď, ať už pozitivní nebo negativní, je důležitá pro potvrzení, že jsou obě osoby v kontaktu. Je-li úroveň kontaktních funkcí pod hranici psychologického kontaktu, jde o problematické fungování nazývané předexpresivní chování. Jde o esenciální kontakt nutný pro každého člověka, aby se mohl zapojit a účastnit se vzájemného vztahu (internetový zdroj⁵).

„Důraz kladený na pojem kontakt a na aktivity rozvíjející kontakt mezi terapeutem a klientem mnohdy hraje klíčovou roli při všeobecných úvahách o duševním zdraví a dokáže spojovat pomyslnou propast například mezi pacientem a klientem, mezi zdravím a nemocí.“ (Van Werde, 2000; in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005)

Psychologický kontakt je podle Proutyho (Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005; Prouty, 2007) **vymezen na třech úrovních:**

- ❖ **kontaktní reflexe** (práce na straně terapeuta – sada terapeutických technik facilitujících kontakt s klientem)

⁵ Contact Work Concepts. Dostupné z <<http://www.psychological-wellbeing.co.uk>>

- ❖ **kontaktní funkce** (proces na straně klienta – sada psychologických funkcí, klientovy vnitřní procesy)
- ❖ **kontaktní chování** (sada kontaktního chování, soubor náhlých projevů, výstupů chování, podle kterého se hodnotí změny klientova kontaktu)

2.4.2 Kontaktní reflexe (práce na straně terapeuta)

Kontaktní reflexe jsou hlavní komunikační jednotkou PCA a zároveň základem preterapeutické práce. Jedná se o komunikační techniku, která facilituje kontakt klienta s prožíváním jeho každodenního života. Poskytuje klientovi komunikační síť různých úrovní, aby měl dostatek příležitostí vyjádřit, co potřebuje, navázal s terapeutem vztah a posunul se z předexpresivního stavu na úroveň exprese (Prouty, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005). Reflektování probíhá za účelem dosažení a zvýšení úrovně expresivního chování klienta tak, aby byl schopen účastnit se aktivit denního života a byl mu zpřístupněn léčebný účinek terapie (Clarke, 2006).

„Reflektování přispívá k vytvoření postoje zaměřeného na klienta, podporuje navazování kontaktu v každodenním životě a zvyšuje porozumění postiženým lidem. Především pro silně agresivní, destruktivní a verbálně agresivní klienty může být přístup užívající kontaktních reflexí srozumitelný, dává jim jistotu. Reflexe zabraňují vystupňování agrese mezi klienty a personálem.“ (Peters, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005)

Reflexe pomáhají klientovi navázat kontakt s vlastním prožíváním, a proto jsou velice důležité. Převádění pocitů do slov je proces, jímž si klienti teprve své prožitky plně uvědomují, jedině takto mohou vědomě zažívat, co se v jejich životě odehrává (Pörtner, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005).

„Terapeut pacienta reflektuje tehdy, jestliže co nejpřesněji slovně a celým svým chováním zachycuje obsah, prožitek a význam toho, co mu pacient bezprostředně, ve stručné a konkrétní podobě sděluje. ... Reflexe musí mít ráz nabídky, hledání, nikoliv konstatování či dokonce tvrzení. Je důležité, abychom nevnášeli do sdělení pacienta něco, co tam není, varujeme proto před vlastní projekcí.“ (Vymětal, 1996)

Reflexe jsou realistické a konkrétní. Nehádají, neinterpretují a nevytváří žádné závěry, pouze přesně vrací to, co člověk vidí a slyší (Clarke, 2005). Právě když jsou neříkavé, nekritické, provedené se soucitem, respektem a lidskostí, pak jsou nejefektivnější (Clarke, 2006). Reflexe mají stránku obsahovou (to, o čem druhý hovoří), emoční (aktuální prožívání toho, co sděluje) a významovou (subjektivní

význam klientova sdělení) (Vymětal, 1996). Komunikace musí probíhat na té rovině kontaktu, na níž se klient právě nachází. Rychlost reflektování je třeba přizpůsobit klientovu tempu (Pörtner, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005). Neméně důležité je udržovat potřebný odstup od klienta, nechat mu jeho vlastní prostor tak, aby vnímal úctu vůči své osobě (Clarke, 2005).

Existuje pět druhů kontaktních reflexí (Prouty, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005):

1) situační reflexe (SR) - situational reflection (SR)

- cíl: Podnítit kontakt s realitou.
- průběh: Terapeut sleduje klientovu aktuální situaci, prostředí a reflektuje jeho chování, popisuje každou realistickou situaci, která se odehrává právě v tom okamžiku v jeho bezprostředním okolí.
- příklad: „*Pavel drží hrnek v ruce*“ „*Díváte se na díru na podlaze.*“

2) obličejové reflexe (OR) - facial reflection (FR)

- cíl: Rozvinout citový kontakt.
- průběh: Terapeut sleduje klientovu tvář a slovně reflektuje jeho předexpresivní emoce.
- příklad: „*Máte slzy v očích.*“ „*Vypadáte ustrašeně.*“

3) tělové reflexe (TR) - body reflections (BR)

- cíl: Pomoci klientovi snáz žít ve svém těle, překonat tělesné odcizení.
- průběh: Terapeut reflektuje klientovo držení těla, jeho pohyby a gesta buďto slovně, nebo tělesně, tzn. zaujímáním stejné polohy, pozice. Reflexe napodobením bývají pro klienta více konkrétním.
- příklad slovního reflektování: „*Pavel se kolébá.*“ „*Vaše levá ruka je zdvižena.*“

4) slovní reproduktivní reflexe (SRR) - word-for-word reflections (WWR)

- cíl: Stimulovat komunikační kontakt. Podpořit klientovo vyjádření.
- průběh: Terapeut pozorně naslouchá a reflektuje každé jasné, konkrétní slovo, i když věta či kontext jsou nesmyslné. Příležitostně se reflektují i zvuky.

- příklad: „ ...(*nesouvislý projev klienta, nesrozumitelný*) ... *běžet, (nesouvislý projev klienta, nesrozumitelný)* ... *strom, (nesouvislý projev klienta, nesrozumitelný)*.“
terapeut bude reflektovat dvě vyslovená slova: „Běžet.“ „Strom.“

5) zopakované reflexe (ZR) - reiterative reflection (RR)

- cíl: Navázat opětovný kontakt.
- průběh: Terapeut zopakuje tu reflexi, která byla účinná, která vyvolala určitou reakci. Může jít o dlouhodobou nebo krátkodobou reflexi.
- příklad: „*Minulý týden jste řekla dítě a teď kolébáte panenku, jako byste držela dítě.*“
(*dlouhodobá reflexe*) „*Usmál jste se*“ ... „*Pořád se usmíváte*“ (*krátkodobá reflexe*)

Podle Burtona (1973; in Prouty, 2007) je lidský obličej z pohledu evoluce a fylogeneze označován jako expresivní orgán lidské jedinečnosti. Mnoho chronických klientů je ovlivněno psychosociální izolací, institucionalizací a medikací. Svoje pocity projevují právě výrazem v obličejí, nikoliv slovně. Pörtner (2007) podotýká, že osoby s mentálním postižením či s psychózou často něco cítí, ale slovně to nevyjádří. Může to být z důvodu rezignace, strachu, nedostatku odvahy, důvěry. Někdy se stane, že nerozpoznají pocity jako svoje vlastní. Použitím obličejových reflexí může terapeut facilitovat kontakt s jejich vlastním cítěním a současně klientům umožnit poznání, že jejich city jsou postřehnutelným, vnímatelným lidským zážitkem, do kterého se může zapojit i druhá osoba a společně jej sdílet (Pörtner, 2007).

Boss (1994; in Prouty, 2007) popisuje lidský organismus jako “pohyb vpřed” („bodying forth“), což znamená především to, že tělo je expresivní. Tělové reflexe, coby empatické odpovědi na projevy organismu, ve výsledku dokážou posunout stav klienta směrem k verbální komunikaci. Pörtner (2007) poukazuje na potřebu opatrnosti a pozornosti při provádění tělových reflexí. Nikdy by se neměly blížit parodování, jde o vcítění se do polohy, pozice druhého člověka za účelem lepšího porozumění jeho pocitům.

Většina klientů nacházejících se v předexpresivní úrovni se projevuje úlomkovitou řečí, nesouvislými větami, ojedinělými slovy, mohou se vyskytnout příznaky echolálie – opakování slov a vět, slovní salát, neologismy. Reflektováním vyřčených slov terapeut přijímá klienta jako rovnocenného partnera v komunikaci, umožňuje mu prožít pocit „jsem přijat“, a tím povzbuzuje jeho další projev (Prouty, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005). Pietrzak sledovala projevy klientů v souvislosti

s užíváním osobních zájmen. Udává, že nejvíce se v kontaktních reflexích vyskytují křestní jména („Jan mává pažemi.“). Při terapii klientů trpících halucinacemi se používá zájmeno „to“, čímž se klient dostává do významového odstupu a do většího psychologického bezpečí, takže i lépe spolupracuje (Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005).

Pörtner (2007) upozorňuje, že i když kontaktní reflexe na první pohled vypadají poměrně jednoduše, je hodně pracné se je naučit využívat správně jako komunikační techniku. Prouty sám označil princip reflektování za jednoduchý, ale umění reflektování za složité (Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005).

2.4.3 Kontaktní funkce (proces na straně klienta)

Peters (1999) zmiňuje, že preterapie je založena na konceptu kontaktu. Prouty (1994; in Clarke, 2006) popsal tři systémy, ve kterých můžeme být v kontaktu, a nazval je kontaktními funkcemi. Jedná se o kontakt s realitou, citový kontakt a komunikační kontakt.

Realitní kontakt (kontakt s realitou) je naše uvědomění si světa (lidí, míst, věcí a událostí), tedy všech součástí realitní struktury. Setkávání s lidmi na různých místech je nedílnou součástí reality, nacházíme se v nepřerušovaném kontaktu s věcmi a v dočasném kontaktu s událostmi (Prouty, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005). Vše je součástí naší existence, má své místo a je vázáno na určitý čas (Clarke, 2005).

Emocionální kontakt (citový kontakt) je uvědomění si svých nálad, pocitů a emocí. Je nedílnou součástí lidské existence, směřuje naše životy k plnému nasazení a k naplnění potenciálu osobnosti (Prouty, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005). Přístupnost našich citů nám pomáhá být žijícím, nikoliv robotem (Clarke, 2005; 2006).

Komunikační kontakt je symbolickým vyjádřením reality a emocí druhým lidem prostřednictvím slov a vět. Umožňuje nám zprostředkovat pocity a myšlenky sociálně přijatelnou cestou tak, aby druzí mohli porozumět (Clarke, 2005). Jde nejen o přenos informací, ale i o smysluplné vyjádření našich prožitků světa a sebe samých vztahené k druhým lidem (Prouty, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005).

Pokud jsou všechny tři systémy plně funkční, můžeme vést naše životy adekvátně, a jak nejlépe jsme schopni. V opačném případě tomu tak není. Bez kontaktu s realitou nesdílí klienti s terapeutem vzájemné „tady a teď“, bez citového kontaktu nepřístupní svoje nálady, pocity a emoce, bez komunikačního kontaktu se verbálně nevyjádří. Cílem preterapie je udržování a posilování všech tří typů kontaktních funkcí

tak, aby se klient mohl postupně ukotvit v expresivním stupni chování a zapojit se do denních aktivit (Clarke, 2006). Význam kontaktních funkcí potvrzuje Peters (1999) výrokem: „*Moje existence je můj kontakt se světem, se mnou a s ostatními*“.

2.4.4 Kontaktní chování

Změny vznikající v kontaktním prostředí posílením kontaktních funkcí prostřednictvím kontaktních reflexí se nazývají kontaktní chování. Výsledné charakteristiky chování se vymezují jako kontakt realitní (slovní projev týkající se lidí, míst, událostí, věcí), emocionální (užití pocitových slov či projevení emoce chováním těla, výrazem tváře), a komunikační (použití slov a vět). Tyto tři roviny se nahrávají, popisují a skórují a na jejich základě se hodnotí vzniklé změny v psychologickém kontaktu klienta. Navázáním kontaktu a převzetím kontroly nad svým životem dojde ke zvýšení kvality života jedince, rozvíjí se „bytí v kontaktu“ zaměřené na „tady a teď“ (Prouty, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005).

Existuje hypotéza, která předurčuje zvyšování realitního, emocionálního i komunikačního kontaktu používáním preterapie. Obecně lze říci, že pilotní studie dospěly k důkazům hovořícím ve prospěch preterapie a v její účinnost. Prokázaly např. signifikantní nárůst očekávaného zaměření kontaktů (Hinterkopf – Prouty - Brunswick, 1979; Prouty, 1994), zvýšení reliability (DeVre, 1992), zvýšení pojmové validity (Prouty, 1994), očekávané zvýšení kontaktů a reliability (Dinacci, 1994; 1995) (Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005).

2.5 Preterapeutická práce a její přínos

2.5.1 Práce „preterapeuta“

Na kurzu o preterapii uvedl Dion van Werde (QUIP, 2006) postoje, které je potřeba vědomě zaujmout, chceme-li pracovat preterapeuticky.

- ❖ Vždy se setkáváte s klientem poprvé.
- ❖ Odhadněte úroveň.
- ❖ Ohodnoťte předexpresivní vztahování a zakoušení klienta a važte si toho.
- ❖ Přizpůsobte se úrovni klienta.
- ❖ Stoupejte se zvyšující se úrovni.
- ❖ Klient ví věci nejlíp a musí rozhodovat.

- ❖ Nemyslete si, že víte.
- ❖ Buďte vstřícní, zvěte, nabízejte.
- ❖ Buďte empatičtí, aniž znáte referenční rámec.
- ❖ Usilujte o kontakt více než o obsah.
- ❖ Berte v úvahu tempo, rytmus, vzdálenost.
- ❖ Buďte uvědomělí.
- ❖ Buďte organičtí, nikoliv strnulí.
- ❖ Buďte přítomní.
- ❖ Ve hře jsou různé vrstvy, avšak vnímejte zrakem, sluchem a berte na vědomí konkrétní věci, které se dějí teď.
- ❖ Porušujte rovnováhy.
- ❖ Rozhodujte o svých akcích.
- ❖ Celé tajemství terapie je „být s“.
- ❖ Připojte se ke klientovi.
- ❖ Nalezněte zdravé a silné oblasti fungování a pracujte s nimi.
- ❖ Doved'te klienta k tomu, aby záleželo na něm.

Prouty vyzdvihuje význam empatického pozorování a sledování při používání kontaktních reflexí. *„Pozorování je aktivní vyhledávání nových zkušeností, sledování je přijímání těchto zkušeností pomocí zrakového vnímání.“* Obvyklé reakce klienta jsou drobné nenápadné pohyby těla, výraz tváře, zvuky, mrkání okem. Seběmenší reakce se může stát výchozím bodem pro navozování dalšího kontaktu (Prouty, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005).

2.5.2 Přínos preterapie

Specifický přínos preterapie získaný prohlubováním a rozšiřováním konceptu psychologického kontaktu je teoretický i praktický. Z teoretického hlediska přispěla preterapie k vymezení důležitých pojmů. Praktický přínos je postaven na konkrétní práci terapeuta, který využitím kontaktních reflexí může navázat kontakt s klientem (Pörtner, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005).

„Nikdo nám nikdy nikde neřikal, že prostě „bytí s“ pacientem a jednoduché reflektování může být tak mocné.“ (Van Werde, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005)

„Lidé z oboru velmi rychle poznají, že preterapie je metoda, kterou již v různé míře uplatňují. Různé druhy reflexí jim nepřipadají neznámé, zvláště mají-li zkušenosti s malými dětmi. Děti totiž také chtějí pracovat na nízkém stupni fungování. Musíte se tak chovat, jestliže se k nim chcete přiblížit.“ (Van Werde, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005)

Dle Pörtner (2007) existují dva hlavní výstupy preterapie. Prvním je zapojení klienta do aktuálního psychoterapeutického procesu. Druhý se týká výrazného zlepšení kvality života klienta. V obecném užití je preterapie sama o sobě součástí dobré efektivní komunikace. Je hodnotná a obecně terapeutická hned ze tří důvodů. Odstraňuje osobní a sociální izolaci klienta. Umožňuje komunikaci o jeho každodenních potřebách, na základě které lze zaměřit poskytované služby na zkvalitnění života klienta. Podporuje a rozvíjí emocionální vyjádření klienta, což je důležitý předpoklad terapeutické změny (internetový zdroj⁶).

Pozitivní výstupy pro klienta (internetový zdroj⁶): snížení psychotické úzkosti a tísně, zapojení do aktivit všedního dne, podpora klientovy důvěry v terapeuta, projevení emocí, pocity a kognitivní funkce na úrovni potřebné k integrování bolestivých zkušeností, možnost volby založené na skutečně vnímané informaci od terapeuta, posílení a uvědomění si vlastního postavení, vedení svého života naplňujícím plnohodnotným způsobem, integrace do společnosti.

Pozitivní výstupy pro zaměstnance (internetový zdroj⁶): rostoucí povědomí o různých typech fungování a chování, hlubší porozumění jednotlivým úrovním chování, prožívání a přičinám úzkosti, schopnost snížit klientovu úzkost, tíseň, rozvoj dovedností, jak zmírnit klientovy halucinace, bludy, zvýšená schopnost jednat s klienty a získat si jejich důvěru, větší působení na klienta, zapojení se do klientova procesu uzdravování, nárůst uspokojení z prováděné práce, posílení vlastního postavení.

„Jsem trpělivější, nevadí mi čekat, dokážu se ptát na drobné otázky, nenaléhám na pacienty, přistupuji k nim krůček po krůčku, od Proutyho jsem se naučil, že je důležité řídit se tempem pacientů.“ (Luc Roelens, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005)

⁶ Introduction to contact work. Dostupné z <<http://www.psychological-wellbeing.co.uk>>

„Jde o koncept, který zdůrazňuje blaho a individualitu osoby, o niž pečujeme. Zároveň umožňuje zaměstnancům, aby prožívali svou práci jako užitečnou a uspokojivou. Je to také koncept posilující a využívající zdroje všech, kterých se to týká.“ (Pörtner, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005)

2.5.3 Využití preterapie v ergoterapeutické praxi

Jak z předchozích kapitol vyplývá, preterapie umožňuje klientům navázat potřebný kontakt pro zapojení se do každodenních aktivit. Posílením a udržováním psychologického kontaktu klienta významně zvyšuje kvalitu jeho života i poskytovaných služeb.

V koncepci oboru ergoterapie, kterou schválil výbor České asociace ergoterapeutů v roce 2008 je uvedeno, že *„ergoterapie podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí.“* (Jelínková – Krivošíková, 2007)

Díky společnému filozofickému základu, kterým je humanistický nedirektivní přístup zaměřený na člověka, je možné předpokládat, že právě preterapie bude v budoucnu jednou z metod užívaných ergoterapeuty pro podporu participace klientů v jejich vlastním životě.

Dion van Werde za přispění Luca Mulkerse a Etienna De Bucka (Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005) popisuje, jak probíhá ergoterapie na psychiatrické klinice Sint Amandus v belgickém Beernemu. Ergoterapeutická skupina na této klinice byla založena v roce 1978. Jejím cílem bylo vyvinout lepší terapeutické metody pro práci s chronicky nemocnými klienty, především šlo o stimulaci jejich aktivity. Práce odborníků se opírala o humanistickou psychologii a hypotézu, že aktivity klientů povedou k většímu navazování kontaktu. Ukázalo se však, že tomu tak není. Nabízené aktivity mohly zasáhnout jen zhruba 80% klientů, a to pouze na povrchní úrovni. Klienti přistupovali k aktivitám s nezájmem, spíše mechanicky. Předpoklad, že aktivity podpoří kontakt, se tudíž nepotvrdil.

V roce 1989 uspořádal Prouty na klinice svůj první seminář, kterým se započal projekt preterapeutické péče o chronicky nemocné klienty. Prvky preterapie se podařilo včlenit do každodenního kontaktu ergoterapeutů s klienty. Na oddělení byl vytvořen prostor, jenž nabízí klientům větší nezávislost a podněcuje je k tomu, aby za svou

aktivitu přebrali více zodpovědnosti. Sami si tak mohou vybrat, zda budou něco dělat a budou aktivní, nebo zůstanou pasivní. Intervence, které probíhají, lze však zřídka označit za preterapii. Spíše jde o reflektující naslouchání. Reflexe napomáhají navázat kontakt terapeuta s klientem, v jehož důsledku se aktivněji zapojuje do nabízených činností. Působí jako motivační faktor. Umožňují klientovi např. navázat kontakt s konkrétním pracovním materiálem, který zpětně utvrzuje kontakt klienta s prostředím, s realitou. Při výrobě produktů se klade důraz na proces činnosti jako takový, nikoliv na výsledek.

Jeden ergoterapeut poznamenal: *„Kromě toho, že jsme pacientům nabízeli klasické aktivity, vyvinuli jsme na oddělení specifický způsob práce cílený na psychotické pacienty. Chápal jsem kontakt jako východisko, ať už pro společnou práci nebo pro práci s materiálem, když jsem chtěl, aby to mělo smysl. Během prvního seznamovacího sezení s pacientem, v průběhu terapie nebo při společenských setkáních s pacienty, jsem začal vědomě i nevědomě více užívat reflektování.“*

Preterapie pomáhá vynést na povrch pro klienta důležité významy, které slouží coby inspirace a prostředek pro navození konkrétní interakce mezi klientem a terapeutem. Vedle práce ve skupinách (rozdělené dle úrovně dosaženého kontaktu klienta) probíhají ještě dílny rozvíjející tvořivost a pohybové aktivity. Z ergoterapeutických činností, které podporují ukotvení klienta v přítomnosti a pomáhají mu soustředit myšlenky na to, co se děje „tady a teď“, jsou vyzdvihovány hlavně nejrůznější činnosti propojené s koloběhem přírody a její proměnlivostí během ročních období. V roce 1994 proběhl na klinice Sint Amandus další seminář Garry Proutyho a následně se osamostatnil projekt preterapie s názvem „Persoonsgerichte contactbenadering“ (PGCB, volně přeloženo jako podpora kontaktu se zaměřením na klienta). Je zajímavé, že podle informací z roku 2005 na něm pracovali celkem tři lidé, a to tři ergoterapeuti (Van Werde, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005).

2.6 Přehled problematiky

2.6.1 Terapeutický vztah

Východiskem preterapie, jak jsem již zmiňovala v předcházejících kapitolách, je přístup zaměřený na člověka, jehož zakladatelem je Carl Rogers. Svou práci zaměřil na rozvíjení vztahu, neboť se domníval, že vztah je centrálním terapeutickým faktorem při práci s klientem (Hinterkopf – Prouty – Brunswick, 1979) a vůbec nejpodstatnějším

prvkem terapeutického procesu (Peters, 1999). Vztahy k lidem mají primární význam pro formování osobnosti. Význam vztahu potvrzuje Mrkvička (1992; in Vymětal, 1996) prohlášením, že „*být ve vztahu k sobě, být o sobě, znamená být osobou, lidské bytí je bytí osobní.*“ Buber (1996; in Vymětal, 1996) doplňuje, že osobou je ten, kdo žije ve skutečném kontaktu, čili ve skutečné vzájemnosti se světem na všech rovinách, na nichž se člověk může se světem potkat.

De Haas (1985; in Peters, 1999) poukazuje na Rogersovo originální formulování základních charakteristik terapeutického vztahu. Nejprve totiž stanovil, co není terapeutovi dovoleno (forma „*don't*“) – například nedávejte rady, nemoralizujte, nenapomínejte atd. Práci terapeuta nazval nedirektivní, což se ujalo pro celkové označení PCA. Pozitivní formulace popisující terapeutovu práci přišly později spolu s definováním podmínek terapeutického procesu. Byly popsány tři hlavní postoje, které terapeut musí zaujmout – být empatický, respektující a být kongruentní. Tímto představil Rogers termín „*client-centered*“. Původně kladl největší důraz na empatii, kterou následně vystřídala kongruence (Peters, 1999).

„Rogers vždy popisoval pouze to, co považoval za důležité, tedy jakési jádro věci, další upřesnění a konkrétní naplnění principů nechával na terapeutech, bylo pro něj typické, že respektoval individuální styly terapeutů.“ (Pörtner, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005)

Většina terapeutů vycházející z PCA charakterizuje svůj způsob práce jako aktivní proces ovlivňování, jsou odborníci na proces, našli metodu aktivních zásahů, aniž by se uchýlili k manipulaci či autoritářské kontrole, objevuje se tendence ke specifikování práce terapeutů u různých typů klientů, v různých prostředích apod. (Pörtner, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005).

„Rogers vnesl do vztahu mezi terapeutem a klientem řadu demokratických prvků, vycházel z klientovy předchozí zkušenosti, nikoli z teoretických vědomostí, podporoval v lidech odvahu, aby byli sami sebou, aby sami sobě věřili. Tento nedirektivní přístup rozšiřoval klientovu duševní svobodu.“ (Prouty, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005)

2.6.2 Preterapie x PCA

Přestože Rogers souhlasil s faktem, že psychologický kontakt je první podmínkou terapeutického vztahu, jeho teorie nikdy nenabídla prostředky, jak případně tento kontakt vytvořit, je-li porušen či zcela chybí (Peters, 1999). Právě vytvořením a

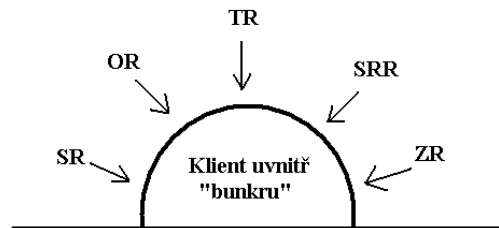
vývojem psychologického kontaktu, teoreticky i prakticky, se zabývá preterapie. Dion van Werde (QUIP, 2006) uvádí následující srovnání. Pro Rogerse, coby zakladatele PCA, je nedůležitější v terapii vztah. Eugen Gendlin, zastánce existenciální psychoterapie, vyzdvihuje význam zakoušení. Pro Proutyho preterapii je nejpodstatnější kontakt. Z teoretického hlediska můžeme hovořit o čtyřech různých typech kontaktu, které korespondují s úrovněmi ukotvení klienta. Jedná se o nejzákladnější existenciální kontakt, tedy právo existovat a být uznáván jako člen lidského společenství, které zaručuje společnost. Druhým typem je zmíněný psychologický kontakt, který je možné obnovit pomocí preterapie. Je charakterizovaný konkrétním povědomím o realitě, o citových stavech a schopností komunikovat o tom všem kongruentním a sociálně srozumitelným způsobem. Následuje upevnění a posílení obnovených kontaktních funkcí probíhající nácvikem v kontaktním prostředí. Čtvrtým typem je kontakt kulturní. Souvisí s kulturní identitou, vnímáním sebe jako součásti širší skupiny se společnými prvky (Van Werde, 2002; in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005).

Rogers během své práce nenabízí žádná řešení, ale zůstává s pocity klienta. Proutyho metoda klienty neaktivizuje, nestimuluje, nic není očekáváno (Petrová – Marksová, 2008). Na kurzu o komunikaci pořádaném o.s. POHODA bylo zdůrazňováno, že nejtěžší je dělat právě to „nic“, které pomáhá. Dion van Werde stanovuje jako stěžejní princip preterapie „bytí s“ a připomíná, že klient je jedinečný a je odborníkem na svou zkušenost (QUIP, 2006). Osobnost terapeuta musí být nejen obeznámena se základními koncepty PCA i preterapie, ale musí je přijmout za své vlastní. Má-li být autentická a zároveň nenabízet řešení, je nutné, aby nenabízení řešení bylo projevem vlastního chtění. V opačném případě prokáže inkongruenci (Petrová – Marksová, 2008).

„Pro porozumění lidem s postižením je podstatný postoj, s jakým k nim přistupujeme. Přístup zaměřený na klienta je proto užitečný. Zároveň potřebujeme také aktivně jednat,“ říká Hans Peters. Dále dodává: *„Přístup zaměřený na klienta v podstatě odmítá aktivitu, zatímco behaviorální terapie odmítá pečlivé naslouchání. Ale předtím než začneme jednat, potřebujeme rozumět.“*

Peters vnímá preterapii jako součást PCA, jejíž koncept poslouží jako dokonalý most mezi PCA a behaviorální terapií. Podle něj je Prouty jediný, kdo v přístupu zaměřeném na člověka vědomě jedná. Preterapie tak v sobě slučuje porozumění a jednání (Pörtner, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005). Prouty použil pojem „mostění“ („to bridge in“) pro označení procesu vytvoření cesty, spojení, kterou se lze

dostat do světa klienta nereagujícího na terapii. Preterapie je podle něj instrument, obsahující jak metodologické, tak terapeutické aspekty pro stavbu takových cest, resp. mostů (internetový zdroj⁷). Dion van Werde připodobňuje stav klienta k situaci, kdy je uzavřen v bunkru. Nic se nedostává ven, nic neprochází dovnitř. Jakmile klient na něco zaměří své vědomí, může vyhlédnout z bunkru a zároveň druhého pustit dovnitř. Je třeba chtít proniknout nikoliv násilím, ale nabízením kontaktu ukázat cestu a společně začít budovat most (QUIP, 2006).



Obrázek č.2: Působení kontaktních reflexí

Zdroj: QUIP, 2006

Přístup zaměřený na člověka se zabývá procesem získávání a prožívání zkušeností (Rogers, 1961; Gendlin, 1964; in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005), které jsou pro Rogerse naprosto stěžejním východiskem (Vymětal, 1996). V psychoterapii existuje důležitý požadavek kladený na terapeuta týkající se pochopení klientovy skutečné, nikoliv interpretované, zkušenosti. Řada terapeutů bohužel reaguje na základě svých schematických představ o klientově prožívání, vnímají pouze všeobecný základ symbolických významů, nikoliv to konkrétní vyjádření, které za nimi skutečně je. Wim Lucieer (in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005) souhlasí: „Konkrétno je v psychoterapii velmi důležité, neustále nás něco svádí k abstraktnosti, a pak najednou ztratíme druhého člověka.“ Peters (1984; in Peters, 1999) uvedl, že mnoho terapeutů je neúspěšných v důsledku toho, že jsou kompletně orientováni pouze jedním směrem, jsou dychtiví po vědění, co klient cítí, ale nejsou schopni konkrétně reagovat na základní pocity klienta, sáhnout až do úplného jádra, vnitřku, podstaty. Právě v Proutyho práci nachází důležitý přínos pro redukci těchto problémů, neboť Prouty přesunul základní element kontaktu do praktické roviny terapie (Peters, 1999).

Zde je vidět další krok v posunu PCA. Podle Bubera (1964; in Prouty, 2007) může být preterapie popsána jako směřování ke konkrétnosti, jež je její základní charakteristikou a naprosto klíčovým poznatkem. „Jedná se o zvláštní způsob nazírání

⁷ Contact Work Concepts. Dostupné z <<http://www.psychological-wellbeing.co.uk>>

na prožívanou zkušenost. Onou zkušeností myslíme vše konkrétní, to, co skutečně vnímáme a vidíme, okamžité prožitky - konkrétní židli, konkrétní zvuk, konkrétní pocit.“ (Prouty, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005) Spoléhá na zcela konkrétní reflexe. Je založena na konkrétním kognitivním fungování klienta (Prouty, 2007), terapeut se musí přizpůsobit jeho konkrétnímu vnímání. Prouty zavádí pojem „takovost“ („As itself“), kterým poukazuje na význam porozumění konkrétně prožívané zkušenosti a doplňuje jej třemi doporučeními pro dobrou práci terapeuta. *„Snažte se reagovat na přímý prožitek toho, co je ‚zde a nyní‘, co na vás v tomto okamžiku působí. Snažte se reagovat na klientův ‚naturalistický‘, skutečný prožitek v okamžiku, kdy je přítomen. Terapeut se musí dívat stejně intenzivně, jako naslouchá.“* (Prouty, 1994; in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005)

V minulosti proběhlo několik výzkumů prokazujících důležitost konkrétnosti pro porozumění zkušenosti klientů, kteří mají poškozený mozek či trpí psychózou. Gelb a Goldstein (in Gurswitch, 1966; in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005) provedli experiment, jehož výsledky ukázaly, že probandi s mozkovým poškozením vnímají velice konkrétně (odstíny jedné barvy vnímali jako různé barvy) a vyjadřují se přesně. Probandi bez mozkového poškození své vjemy kategorizují a provádí jejich abstrakci, vnímají tzv. kategoricky (odstíny jedné barvy označili jako tutéž barvu). Obdobný výstup, že klienti s poškozeným mozkem a jedinci trpící psychózou vnímají svět kolem sebe velice konkrétně, uvedl již v roce 1955 Arieti (Prouty, in Prouty – Van Werde - Pörtner, 2005).

Přístup zaměřený na člověka je limitován pro osoby bez mentálního postižení, neboť Rogers (1957; in Prouty – Cronwall, 1990) považoval za nutnost určitou intelektuální úroveň pro využití PCA. Preterapie reprezentuje teoretický a praktický vývojový posun v PCA (Prouty, 2007; Prouty – Cronwall, 1990). Vedle zaměření hlavní pozornosti na kontakt je dalším rozdílem její užívání i u klientů, kteří jsou tzv. na nízké úrovni, jak Prouty sám nazval stav těžkého mentálního postižení, demence či regrese (Petrová – Marksová, 2008). Preterapie má v sobě potenciál přinést více klinické pravdivosti, jistoty, uspokojení a lidskosti do prostředí mentálního postižení (Clarke, 2006). Peters (2005) dodává, že hodnota preterapie v aplikaci na stereotypní a kompulzivní chování minimálně u osob s mentálním postižením je vysoce podceněná. McWilliams (1996; in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005) popisuje aplikaci kontaktních reflexí při práci s mladou ženou s těžkým mentálním postižením, která slovně vůbec nekomunikovala. Reflexe byly poskytovány její matkou, jež byla

instruována. Kontaktní práce se tak dostala do průběhu celého dne, stala se každodenní součástí života klientky. Výsledkem bylo zintenzivnění kontaktu se světem (zvýšená pozornost k okolí a událostem v něm), vyšší zájem o kontakt s druhými lidmi (pokles tendence se izolovat, účast při rodinných aktivitách) a zlepšení kontaktu s vlastní osobou (usměvavé reakce na svůj obraz v zrcadle). Z celkového pohledu došlo ke snížení psychické izolace a k nárůstu psychické účasti.

Peters (1999) tvrdí, že přestože jsou primární aplikací preterapie situace, kdy je porušen kontakt (tzv. contact disturbance), mohou být reflexe (hlavně OR a SRR) velice důležité i v následné individuální verbální terapii. Jinými slovy pro smysluplné užití preterapie nemusí být nutně trvalá ztráta či porucha kontaktu (Peters, 2005). Preterapeutické reflektování umožňuje vedle navázání kontaktu i hlubší propracování problémů, nabízí klientovi příležitost prožít si svůj vlastní strach, paniku apod., která se děje uvnitř něho (Peters, 1999). Wim Lucieer (in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005) dodává, že reflexe učí a pomáhají naslouchat. Pokud jsou ale používány samostatně, nejedná se o preterapii, jejíž koncept je širší.

„Preterapie navíc není jen účinná forma terapie (například při léčbě psychóz a depresí), ale i postoj a způsob komunikace s náročnými klienty. Reflexe jim pomáhají, aby se zklidnili a celkově zpomalili. V tomto směru působí pozitivně na psychotické klienty. Preterapie je zvláště vhodná pro lidi s těžkým postižením. Při aplikaci v případech mírného postižení může být reflektování někdy příliš konfrontační.“ (Prouty, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005)

2.6.3 Účinky a účinnost preterapie

Garry Prouty vydal svůj první článek v roce 1976. Tři roky poté publikoval ve spolupráci s dalšími odborníky výsledky pilotní studie týkající se aplikace preterapie na klienty s chronickou schizofrenií. Cílem studie bylo zjistit, zdali by metoda preterapie ve výsledku vedla ke zvýšení komunikace, kontaktu s realitou a se svými pocity a ke snížení výskytu chování vedoucího k jejich úpadku. Za tímto účelem byl vytvořen preterapeutický dotazník a posuzovací stupnice, „the Pretherapy Questionnaire with rating scale“, protože do té doby neexistovaly žádné prostředky, které by sledovaly chování požadované pro terapii. Dotazník byl zaměřen na klientovu schopnost komunikovat s realitou a se svými pocity, posuzovací škála byla vytvořena pro měření chování, jež podporuje/znemožňuje klientův kontakt s realitou, vlastními pocity a kontakt komunikační. Pilotní studie se účastnilo 14 klientů s diagnostikovanou

dlouhotrvající chronickou schizofrenií s vysokou náchylností k recidivám a různou šířkou fungování. Průměrný věk byl 48 let, průměrná délka hospitalizace 20 let. Byli vybráni z jednoho oddělení centra Manteno Mental Health Center, aby se zamezilo rozdílům v množství a kvalitě léčby. Po dobu šesti měsíců byla účastníkům studie poskytována jedna hodina individuální terapie týdně – pro experimentální skupinu se jednalo o preterapii, kontrolní skupina obdržela stejné množství pozornosti od stejných odborníků ve formě rekreačních aktivit. Každý jedinec byl sledován paraprofesionálním terapeutem školeným v PCA nebo experimentální psychoterapii (Prouty – Kubiak, 1988).

Výsledky této pilotní studie ukazují, že preterapie má efekt na zvýšení komunikace a kontaktu s realitou, ale neobjevilo se signifikantní zvýšení emocionálního kontaktu. Velká změna v kontaktu s realitou může být odůvodněna tím, že všechny preterapeutické zásahy souvisí s realitou, všechny reflexe uznávají existenci nabídnuté, prožité zkušenosti, čímž klientovu realitu posilují a upevňují. Nedostatečně prokazatelné zlepšení emocionálního kontaktu může být způsobeno tím, že nebylo možno pracovat s klienty intenzivněji (déle než šest měsíců, více než hodinu týdně). Psychoterapeuti pracující s takovými klienty tvrdí, že trvá minimálně rok, než se projeví viditelná změna. Závěry této studie jsou omezené, je potřeba dalších výzkumů, nicméně naznačují efektivitu využití preterapie u léčby klientů s chronickou schizofrenií (Prouty – Kubiak, 1988). Peters (1999) uvádí, že tato studie položila vědecký základ pro preterapii a její další vývoj. Prouty ji zařadil do své hlavní práce „Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy. Applications to schizophrenic and retarded psychoses“. Podobný výzkum uskutečnil v Belgii De Vre v roce 1992.

Druhou významnou studii provedl Prouty v roce 1990. Byla zaměřena na využití preterapie u dospělých osob s těžkým mentálním postižením (Prouty – Cronwall, 1990). Základní hypotézou bylo, že klient by prokázal vyšší úroveň kontaktu s realitou, emocionálního i komunikačního kontaktu jako výsledek preterapie. Bylo nahráváno každé sezení terapeuta s klientem, poté doslovně přepsáno do formuláře pro skórování. Přepis prováděl terapeut a dva další nezávislí hodnotitelé, kteří byli předem vyškoleni v používání skórovacích záznamů. Klientům bylo poskytnuto zhruba 100 sezení ročně. Po dvou letech se jak terapeuti provádějící terapii, tak pozorovatelé, shodli, že došlo k navýšení kontaktu s realitou i kontaktu komunikačního. Nicméně předpokládané zvýšení emocionálního kontaktu nebylo prokázáno. Ve studii se pokračovalo další dva roky. Podle popisu zdravotníků klienti projevovali větší schopnost komunikace a

sociálních kontaktů. Objektivní data ze záznamů terapií potvrzují nárůst sociální komunikace a kontaktu s realitou. U některých došlo k takovému zlepšení, že mohli být zařazeni do předpracovního programu. Celkové výsledky potvrdily předpoklad, že preterapie snižuje symptomatologii onemocnění, zvyšuje a zlepšuje kontakt s realitou a komunikaci, což umožňuje účastnit se dalších programů. Nedostatek podporujících důkazů pro zlepšení emocionálního kontaktu nepřímou poukazuje na fakt, že klient neprošel psychoterapií tak, jak je klasicky koncipována a že preterapie některé klienty s mentálním postižením posune v psychoterapeutickém procesu vpřed, jiné nikoliv (Prouty – Cronwall, 1990).

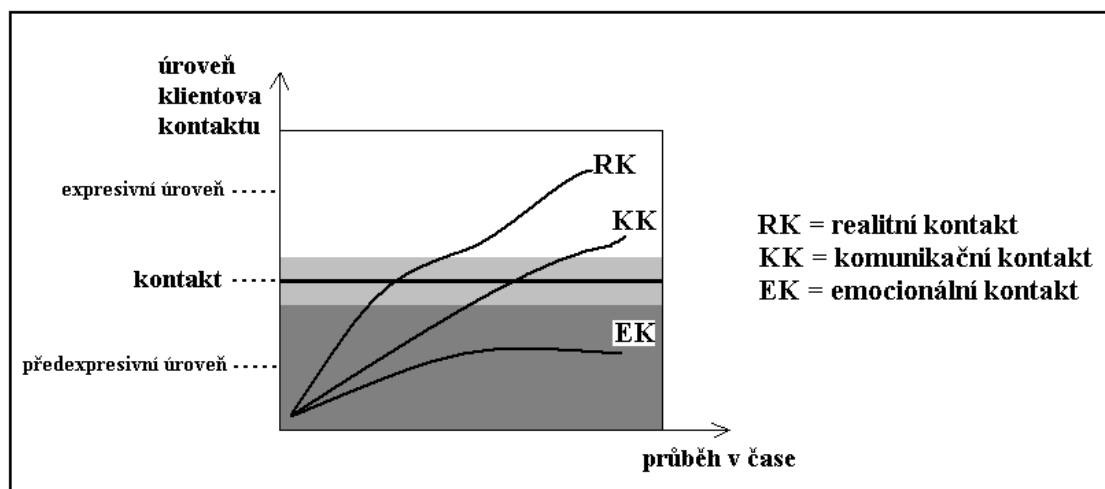
Dion van Werde na základě svých vlastních zkušeností z psychiatrické kliniky souhlasí s výsledky studií a potvrzuje význam kontaktu v terapii a hlavně v životě klienta (Van Werde, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005). Podle něj platí nepřímá úměrnost: Čím větší je kontakt, tím více se snižuje symptomatologie onemocnění (QUIP, 2006).



Obrázek č.3: Vztah mezi kontaktem a symptomatologií

Zdroj: QUIP, 2006

Ze studií, jež realizoval Prouty (1994; in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005) vyplývá, že terapeutický proces může být neuvěřitelně složitý. Lze odlišit roviny kontaktu s realitou, s emocemi a s druhými lidmi. Tyto kontaktní funkce se však během času nevyvíjejí stejně.



Obrázek č.4: Vývoj kontaktních funkcí v závislosti na čase

Zdroj: Van Werde, in Prouty – Van Werde, Pörtner, 2005

Nejrychleji se vyvíjí kontakt s realitou, který jako první dospěje na kongruentní rovinu. Komunikační kontakt má obdobný průběh, ale pomalejší. Emocionální kontakt zůstává na předexpresivní úrovni. Na základě toho lze stanovit významnou hypotézu – realitní, emocionální a komunikační kontakt lze ovlivňovat každý samostatně.

Další studii provedla Penny Dodds, působící při Univerzitě v Brightonu, která zaměřila svůj zájem na potenciální možnost využití preterapie při práci s osobami s demencí. Hlavní výzkumná otázka její studie byla, zdali se může personál pracující s osobami s demencí naučit používat preterapii - kontaktní reflexe v jejich práci. Dílčí otázky sledovaly, co se stane, když se to personál naučí a použije kontaktní reflexe, jaké budou odpovědi klientů, zdali a jaké modifikace či adaptace budou potřeba pro využití preterapie u této skupiny klientů.

Výsledky ukázaly, že se personál může naučit používat kontaktní reflexe. Podle Dodds má personál poměrně málo příležitostí k objevování detailů jejich interakce s klienty. Právě kontaktní reflexe směřují jejich pozornost na opravdu detailní zkoumání toho, co vlastně říkají, jak klienti, tak oni sami. Nicméně používání kontaktních reflexí v praxi se ukázalo poměrně složité. Personál je často zapojen do více aktivit najednou (komunikace s klienty, plnění praktických povinností apod.) a postrádá dostatek času. Současně nepříznivě působí rušivé vlivy prostředí (internetový zdroj⁸). Van Werde (Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005) uvádí, že samozřejmě nelze zanedbávat ostatní práci na oddělení na úkor preterapie. Je si plně vědom vytíženosti personálu. Věci na oddělení, které je třeba udělat za jakýchkoli podmínek (např. rozdání léků, příprava aktivit, podpora klientů, výdej jídla atd.), zabírají dle jeho odhadu zhruba 70% času. Na specifický přístup, v tomto případě na preterapii, pak připadá zbývajících 30%. Van Werde jim přikládá velikou váhu. Věří, že i menší díl práce může ovlivnit větší díl, neboť „*i troška kvasnic má vliv na chuť celého bochníku, byť vypadá zanedbatelně.*“

Dodds vedle časového omezení zmiňuje jako další možnou zábranu pro používání preterapie navýšení emocionálního vyjadřování klientů s demencí. Pro personál to může být náročné až nepříjemné, ne vždy se s tím umí v pracovním prostředí vyrovnat. Během studie se také ukázalo, že část personálu shledává trapným reflektovat nonverbálně klientovy tělové a obličejové exprese, slovní vyjádření či zvuky, které pro pracovníky poztrácejí smysl. Pro klienta ale právě takovéto projevy mohou být nesmírně významné. Zapojení se do světa osob s demencí je složité a

⁸ Introduction to contact work. Dostupné z <<http://www.psychological-wellbeing.co.uk>>

potřebuje podporu. Kontaktní reflexe jsou pouze jednou z mnoha komunikačních technik (další např. reminiscence, hodnotící terapie apod.), mezi jejichž užitím se personál rozhoduje (internetový zdroj⁹).

2.6.4 Výhody a nevýhody preterapie

Hlavní nevýhodou preterapie, která může způsobit problémy v postupu léčby, je její filozofický konflikt s tradičními behaviorálními přístupy zvláště v oblasti klientovy autonomie. Preterapie, protože jde o nedirektivní přístup, nemění žádné specifické chování, jejím výsledkem by měla být spontánní změna specifického chování (Prouty – Kubiak, 1988). Peters (1999) zmiňuje za hlavní nedostatky malý důraz na diagnózy a použití termínů (např. psychotik, autista apod.) bez přesného definování. Prouty zastává názor, že se intervence musí nejprve soustředit na obnovu kontaktu, neboť za všemi termíny stojí porušení kontaktu. Teprve poté bude klient přístupný pro obvyklé formy terapie. Pro Proutyho je léčba halucinací, bludů a dalších poruch kontaktu (s různými diagnostickými kategoriemi) stejná, s čímž Peters souhlasí pouze částečně. Podle něj je shodná pouze do té doby, než se obnoví primární kontaktní funkce. Následná terapie se může lišit dle diagnóz, proto je diagnostika po obnovení kontaktu nezbytná.

Druhá neshoda mezi Prouty a Petersem se týká medikace. Prouty upřednostňuje léčbu klientů bez medikace. Peters uvádí, že u řady klientů s mentálním postižením je klinický obraz organicky poškozen. Otázka, zda medikace není nutná, by měla být alespoň položena ke zvážení (Peters, 1999).

Úzkost, zahlcení, ztracení vlastního kontaktu s realitou či depersonalizace terapeutů, pocity bolesti, frustrace a někdy i vztek z klientových vztahových hranic a bariér. To vše jsou možné účinky preterapeutického působení na straně terapeuta. U mnoha klientů se zpočátku může projevit dočasné zhoršení, regrese. Obvykle jde o reflexi, která odpovídá bližšímu a přímějšímu kontaktu s malformovanou zkušeností, jež doposud nebyla klientem přijata do jeho osobní struktury. Každé chování má ale svou příčinu, význam, který však nemusí být porozuměn ani rodinou, ani personálem, ani klientem samotným. (Prouty – Kubiak, 1988).

Na pomezí výhod a nevýhod stojí fakt, že preterapie navyšuje vyjadřování. Zvýšené vyjadřování snižuje kapacitu pro trénování jedení, vyprazdňování a dalších denních činností a životních dovedností. Na druhé straně obnova komunikačního

⁹ Introduction to contact work. Dostupné z <<http://www.psychological-wellbeing.co.uk>>

kontaktu může výrazně zlepšit kvalitu života klientů, neboť jsou schopni účastnit se dalších programů. (Prouty – Kubiak, 1988).

Výhody korespondují s hlavním cílem, kterým je obnova či vytvoření psychologického kontaktu. Preterapie poskytuje empatické odpovědi i vysoce izolovaným a regredovaným formám lidské zkušenosti a umožňuje jejich integraci. Teoretickou výhodou preterapie je, že vytváří a definuje speciální pojmy, které musí být řešeny, aby terapie mohla pokračovat. Dalším kladem je její efektivnost a nízké náklady, neboť preterapeuticky pracovat může po proškolení a pod supervizi řada tzv. paraprofesionálů. Kontaktní reflektování mohou používat i členové rodiny, přátelé a další (Prouty – Kubiak, 1988). Preterapie napomáhá komunikačním dovednostem a rozvoji schopnosti pracovníků umět nabídnout empatickou přítomnost.

Mnoha profesionálům chybí vědecký důkaz pro naslouchání klientům a bytí empatickým. Právě zde se uplatní metoda preterapie, definována jako obnovení či vytvoření psychologických funkcí nezbytných k léčbě, jako vědecky uplatnitelný přístup poskytující potřebný evidence base (internetový zdroj¹⁰). Obnovení komunikace je v praxi vnímáno jako blížící se možnost přechodu v klasickou terapii. Tento proces může zabrat různě dlouhou dobu, mezi šesti měsíci a dvěma lety. Teoreticky a ideálně by tato kritéria ukončila preterapii a připravila klienta pro psychoterapii (Prouty – Kubiak, 1988). Prakticky ale není možné namalovat pevnou linii mezi preterapií a psychoterapií. V psychoterapii probíhající klasickou cestou může klient během chvilky ztratit povědomí o světě, o sobě samém nebo o lidech kolem, právě v takových případech jsou základní kontaktní reflexe často tou nejsmyslnější a nejvíc pomáhající intervencí (Leijssen, Roelens, 1988; in Peters, 2005).

Na závěr teoretické části je třeba zmínit možnosti vzniku chyby při jejím zpracování. Stěžejním nebezpečím, které bylo nasnadě během tvorby celé teoretické části, jsou mé vlastní interpretace textů, jež jsem v převážné většině překládala z anglického jazyka. Samozřejmě by se nemělo jednat o hlavní významové odchylky, ale určité nuance v detailech sdělení během překladu vzniknout mohly. Pro více podrobných informací v ucelené podobě odkazuji čtenáře na seznam použité literatury či přílohu č. 5, kde si mohou konkrétní publikaci, jež je oslovila najít a s ní dále pracovat.

¹⁰ Introduction to contact work. Dostupné z <<http://www.psychological-wellbeing.co.uk>>

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Úvod

Výběr vlastního tématu s sebou přinesl několik důležitých zamyšlení. Existuje vztah preterapie - ergoterapie? Je to skutečně metoda využitelná v praxi? Jaký význam by mohla mít pro ergoterapii? Tyto a podobné otázky spolu se zjištěním, že v české literatuře se o preterapii lze dozvědět velice málo a že by mohla být mnohým lidem nápomocná, mě vedly ke stanovení si hlavního cíle práce. Zmapovat situaci týkající se informovanosti českých ergoterapeutů o preterapii, seznámit zájemce s podstatou preterapie, možnostmi jejího využití v ergoterapeutické praxi a nabídkou dalšího vzdělávání.

Formulace problému: Čeští ergoterapeuté nejsou dostatečně informováni o metodě preterapie a jejím možném přínosu pro terapii.

Formulace výzkumné otázky: Jsou čeští ergoterapeuté dostatečně informováni o metodě preterapie a jejím možném přínosu pro terapii?

Formulace hlavního cíle: Zjistit výši informovanosti ergoterapeutů v ČR o metodě preterapie a jejím možném přínosu pro terapii.

Formulace dílčích cílů: Uceleně shrnout podstatu preterapie a její možný přínos pro terapii (viz teoretická část). Dle analýzy vyplněných dotazníků stanovit co nejefektivnější způsob, kterým by šlo zvýšit informovanost ergoterapeutů v ČR o metodě preterapie a pokusit se ho realizovat (informační leták, www stránky apod.).

Praktickou část své bakalářské práce jsem pomyslně rozdělila ve dvě části – první je zaměřená na povědomí českých ergoterapeutů o preterapii a tvoří ji dotazníkové šetření. Poskytuje odpověď na výzkumnou otázku. Výstupem této části je informační materiál o preterapii rozeslaný zájemcům z řad respondentů a volně dostupný v mé práci v papírové podobě (příloha č. 6), i v podobě elektronické na přiloženém médiu. Druhá část je směřována k mému vlastnímu vzdělávání se a zkušenostem s preterapií, které se mi během celého roku podařilo nasbírat, a to jak v České republice, tak ve Švédsku, kde jsem absolvovala čtvrtletní studijní stáž v rámci programu Erasmus. Uvádím zde přehled dostupné literatury v českém jazyce, nabídku kurzů a příklady zařízení preterapii nakloněných jako inspiraci pro další vzdělávání ostatních pracovníků. Zároveň tímto nevelkým výčtem poukazuji na možná ovlivnění neznalosti preterapie v ergoterapii, jenž z výsledků výzkumu vyplynula.

3.2 Metodologie

Vzhledem k povaze předmětu zkoumání jsem si pro svoji práci zvolila kvantitativní výzkum, typ deskriptivní. Za účelem získání odpovědí od co možná největšího počtu respondentů mi jako metoda sběru dat posloužil strukturovaný dotazník. Dotazník patří mezi metody reaktivní, kdy každá zkoumaná osoba ví, že je součástí výzkumu (Disman, 2007). Vytvoření dotazníku probíhalo postupně. V první fázi jsem si sepsala fakta, která se potřebují od respondentů dozvědět. Následoval výběr typu otázek, jejich formulace a nabídka odpovědí tak, aby byla kompletní. Druhá fáze se týkala rozčlenění dotazníku na části, sestavení pořadí otázek, ověření jejich srozumitelnosti a důležitosti a v neposlední řadě vytvoření průvodního motivačního dopisu. Po několika úpravách vznikla pracovní verze dotazníku, kterou jsem použila pro pilotní studii. Proběhla v květnu 2009 a celkem se jí zúčastnilo 17 lidí (13 studentů ergoterapie, dva ergoterapeuti, dvě osoby zabývající se výzkumem a tvorbou dotazníků). Na základě diskutovaných připomínek jsem upravila některé formulace, vysvětlila pojmy a sestavila finální verzi dotazníku.

Celkem dotazník obsahoval osm hlavních otázek s několika podotázkami. Byl rozdělen do tří částí – část týkající se povědomí respondenta o preterapii (otázky 1-5), část vyjadřující jeho zájem o preterapii (otázky 6-7) a část se sociodemografickými ukazateli. Využila jsem různé typy otázek – uzavřené pro získání přesných údajů, otevřené pro dokreslení uceleného náhledu na danou problematiku a jednu otázku škálovou pro kvantitativní zachycení postoje respondenta k vlastnostem terapeutického vztahu. U některých otázek byla možnost více odpovědí. V závěru jsem požádala o případné uvedení pracovišť, kde se metoda preterapie využívá či kde se s ní respondenti setkali. Dotazník v plné verzi je uveden v příloze č. 1.

Dotazník jsem vytvořila ve dvojí podobě – v klasické tištěné papírové verzi a ve verzi internetové, pro kterou jsem využila webovou službu přístupnou na adrese www.easyresearch.cz. Umožňuje zajímavé vytvoření dotazníku, jeho distribuci emailem či umístění odkazu na internetu a následné zpracování výsledků. Jako hlavní výhody této služby jsem shledala šetření času respondentů, menší náklady, větší atraktivitu, zaručení anonymity a preciznost ve zpracování výsledků (eliminace chyb, které by mohly vzniknout při ručním hodnocení). Základním statistickým souborem, cílovou populací, na kterou jsem chtěla zobecňovat závěry, byli ergoterapeuti v České republice. Výběrový soubor vznikl na základě příležitostného výběru. Byl tvořen

účastníky, kteří splňovali dvě kritéria – absolvované či právě probíhající studium oboru ergoterapie a momentální působení v ČR. Nepodařilo se mi vytvořit podmínky tak, aby pravděpodobnost, že se jedinec dostane do výběrového souboru, nebyla ničím ovlivněna. Z tohoto důvodu nemohu hovořit o náhodném výběru ani o reprezentativním vzorku (Disman, 2007). Nicméně na základě poměrně vysokého počtu zodpovězených dotazníků považuji výsledky mého výzkumu za nesoucí určitou hodnotu.

Sběr dat probíhal celkem dvěma odlišnými způsoby. První část proběhla na 21. celostátní odborné konferenci České asociace ergoterapeutů, která se konala koncem května 2009. Dotazník v papírové podobě byl přidán k ostatním materiálům, jež dostali všichni účastníci konference při zaregistrování své účasti. Žádost o vyplnění a odevzdání dotazníku byla uvedena v úvodní řeči při zahájení konference. Tímto způsobem jsem získala za dva dny konference zhruba polovinu konečného počtu odpovědí, dotazník zodpovědělo 52 respondentů. Druhá část sběru dat byla spojena s internetovou verzí. Začátkem června jsem rozeslala emailovou korespondencí žádost o vyplnění dotazníku spolu s odkazem na dotazník (uveřejněný na internetu) na adresy ergoterapeutů. Seznam adres jsem vytvořila z přehledu pracovišť, kde jsme mohli vykonávat během studia ergoterapeutickou praxi, spolu s využitím ročníkových adres mých spolužáků stávajících či dřívějších. Při rozesílání jsem použila princip sněhové koule - všechny dotazované jsem požádala o případné přeposlání odkazu dalším ergoterapeutům. Žádost o vyplnění dotazníku spolu s odkazem jsem poslala celkem dvakrát (na stejné adresy) s časovým odstupem tří týdnů. Odkaz na dotazník byl po tuto dobu uveden i na stránkách České asociace ergoterapeutů. Celkově trvalo sbírání dat přesně jeden měsíc a dotazník zodpovědělo celkem 106 respondentů. Během výzkumu byla dodržena naprostá anonymita všech účastníků.

3.3 Výsledky

V této kapitole jsou uvedeny výsledky jednotlivých otázek. Z důvodu dvojího typu sběru dat jsem nejprve musela výsledky zkompletovat. První část dotazníků, jejichž sběr proběhl na konferenci, jsem převedla do elektronické podoby. Po ukončení sběru dat druhé části jsem sloučila oba výzkumy do jednoho a dále již pracovala s vyhodnocením výsledků všech zodpovězených dotazníků poskytnutým zmíněným serverem.

V grafickém znázornění výsledků převažoval graf, jelikož jsem ho shledala nejnáročnějším pro prezentaci výsledků. Tabulky byly uvedeny u otázek, kde bylo více možných odpovědí. Percentuální hodnocení by proto nebylo na stejné úrovni jako u ostatních otázek, což by mohlo být zavádějící. Tabulku společně s grafem jsem vytvořila pouze u jediné otázky, otázky škálové, pro větší přehlednost výsledných odpovědí. Výsledky otevřených otázek jsem tu neuváděla, protože přímo nesměřovaly k hlavnímu cíli práce. Jejich úloha sloužila spíše k doplnění a dokreslení mého náhledu a představy o situaci preterapie mezi českými ergoterapeuty.

3.3.1 Výsledky části 1: Vaše povědomí o preterapii

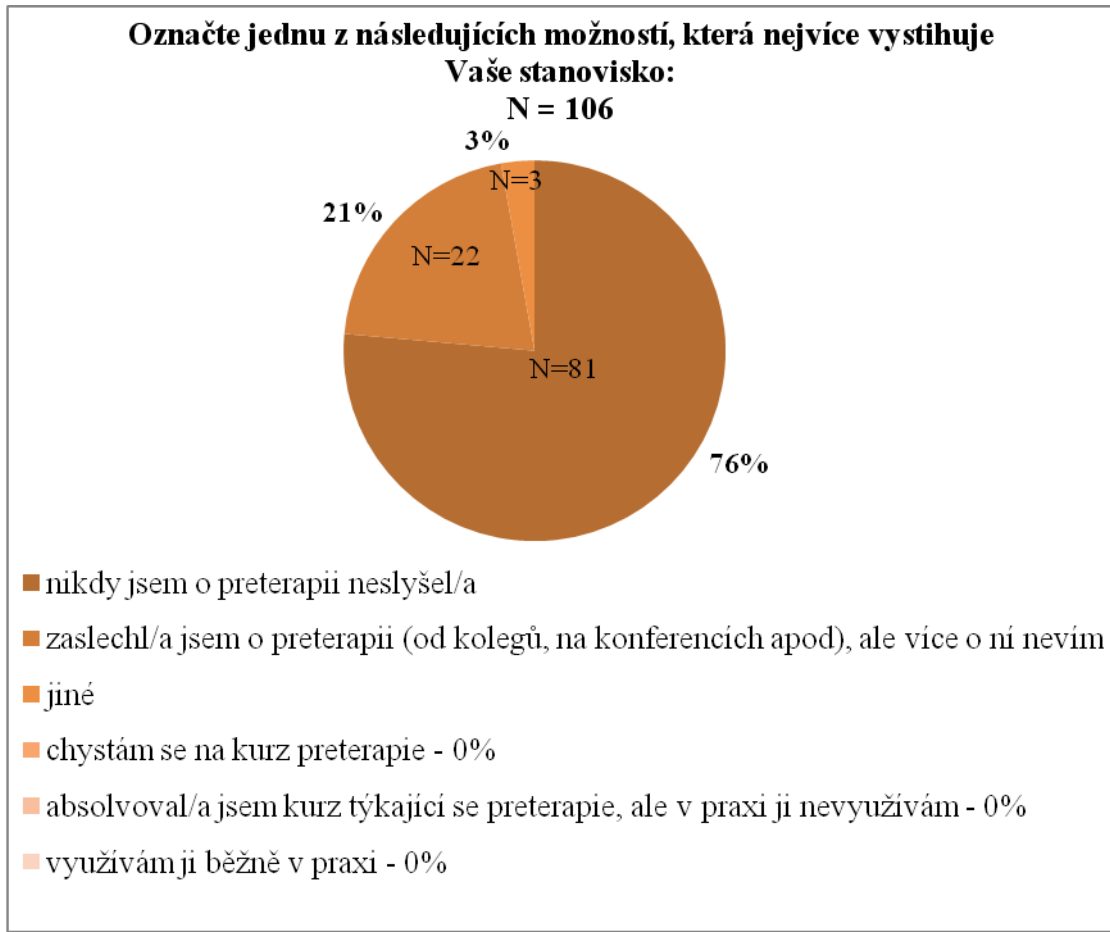
Otázka č. 1:

Hlavními oblastmi Vašeho ergoterapeutického zájmu jsou osoby s *(můžete zaškrtnout více odpovědí)*:

Oblast zájmu	Počet odpovědí
Fyzické postižení	71
Kombinované postižení	44
Psychické postižení	31
Smyslové postižení	26
Mentální postižení	25
Jiné	11

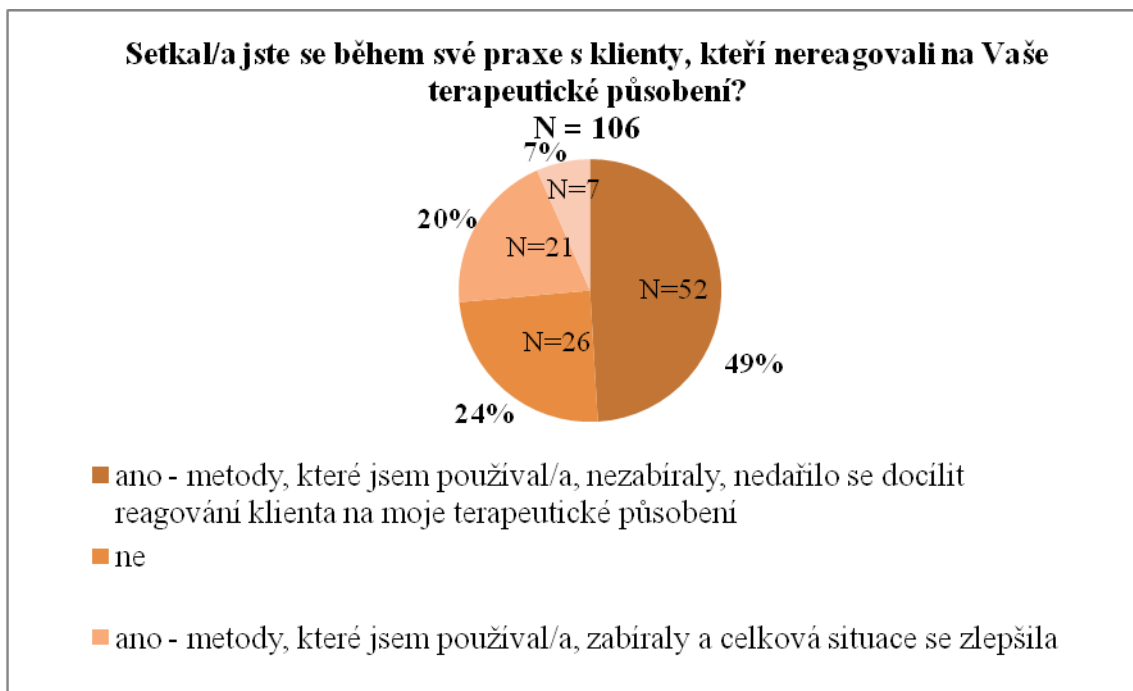
Tabulka č. 1: Oblasti ergoterapeutického zájmu respondentů

Otázka č. 2



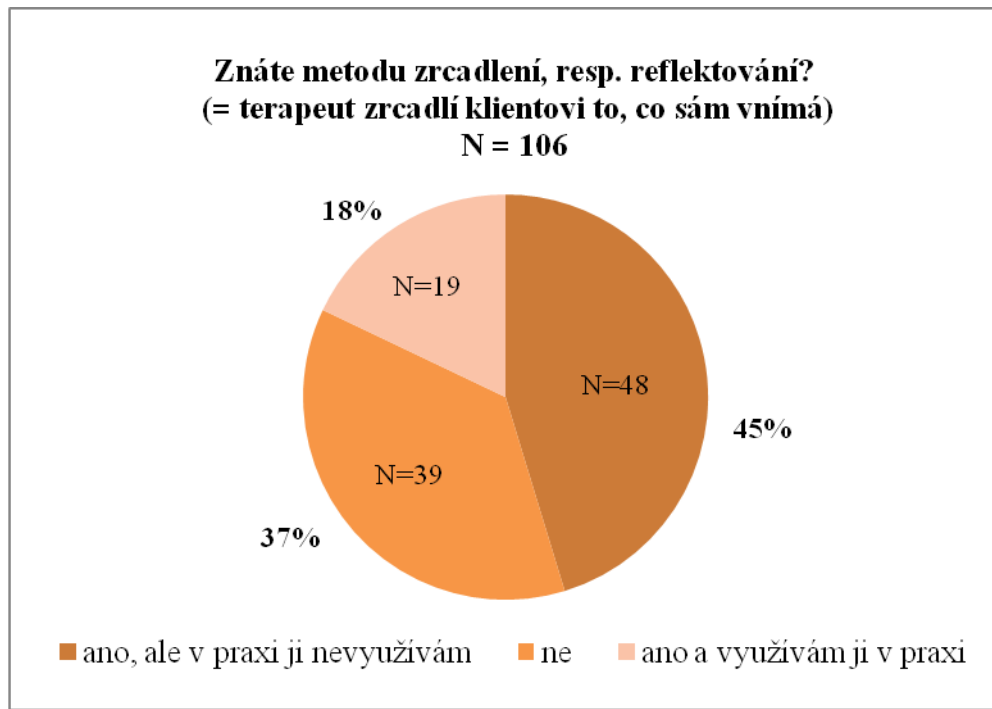
Graf č. 1: Stanovisko respondentů vůči znalosti preterapie (N=celkový počet respondentů)

Otázka č. 3



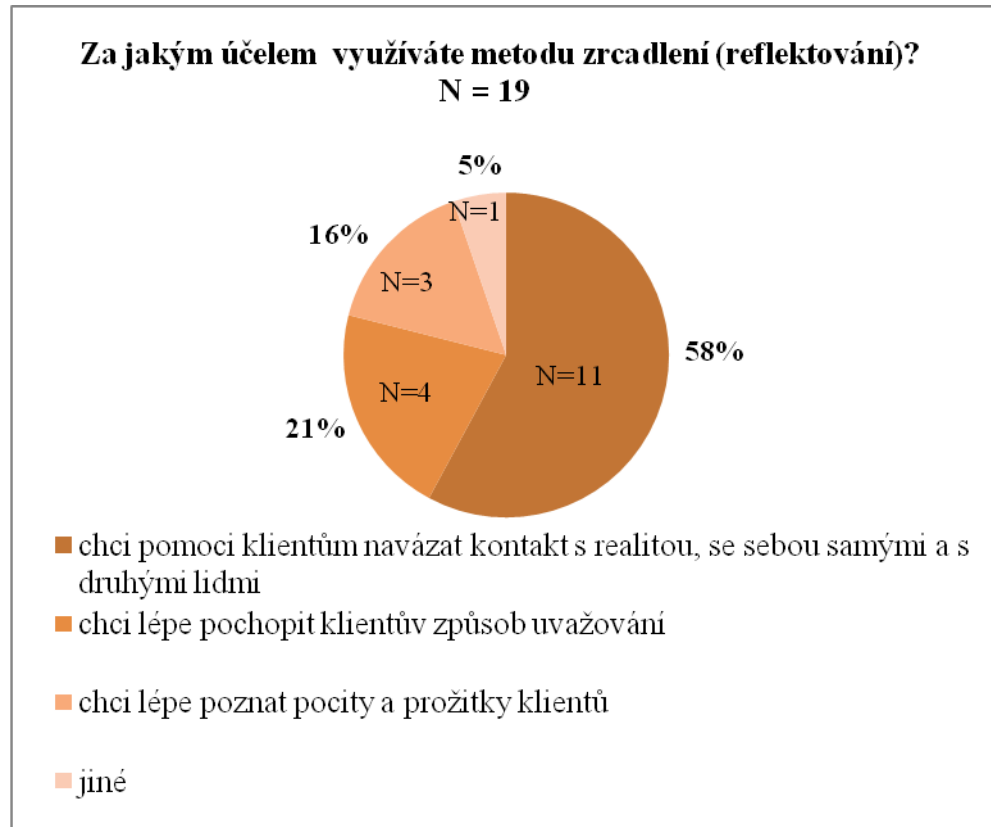
Graf č. 2: Setkání se respondentů s nereagováním na terapeutické působení

Otázka č. 4



Graf č. 3: Znalost respondentů metody zrcadlení, resp. reflektování

Otázka č. 4a



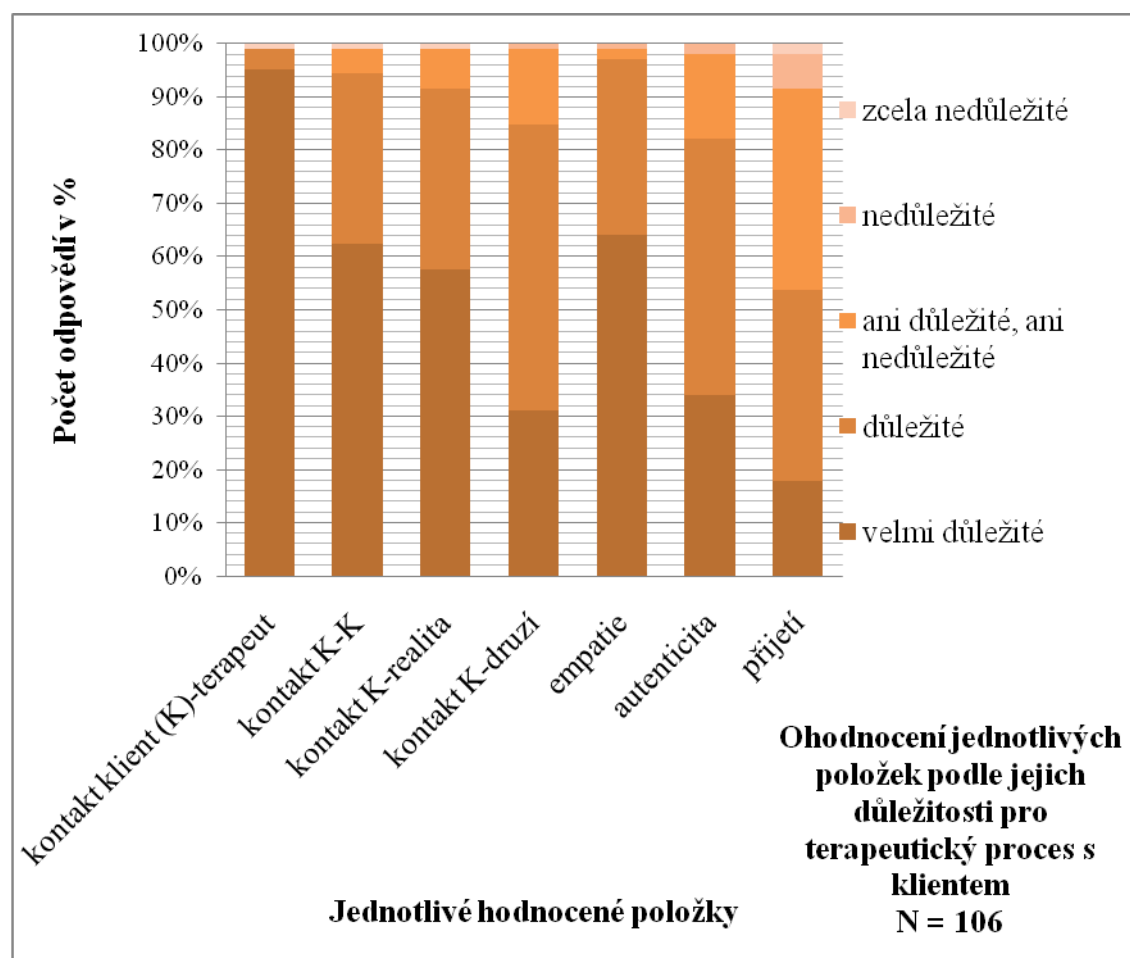
Graf č. 4: Účel využívání metody zrcadlení

Otázka č. 5

Zakroužkováním jednoho čísla na škále 1-5 ohodnoťte jednotlivé položky podle jejich důležitosti pro Váš terapeutický proces s klientem (1 = velmi důležité, 2 = důležité, 3 = ani důležité, ani nedůležité, 4 = nedůležité, 5 = zcela nedůležité):

	velmi důležité	důležité	ani důležité, ani nedůležité	nedůležité	zcela nedůležité
kontakt klient (K)-terapeut	95,3	3,8	0	0	0,9
kontakt K-K	62,3	32,1	4,7	0	0,9
kontakt K-realita	57,5	34	7,5	0	0,9
kontakt K-druzí	31,1	53,8	14,2	0,9	0
empatie	64,2	33	1,9	0,9	0
autenticita	34	48,1	16	1,9	0
Přijetí	17,9	35,8	37,7	6,6	1,9

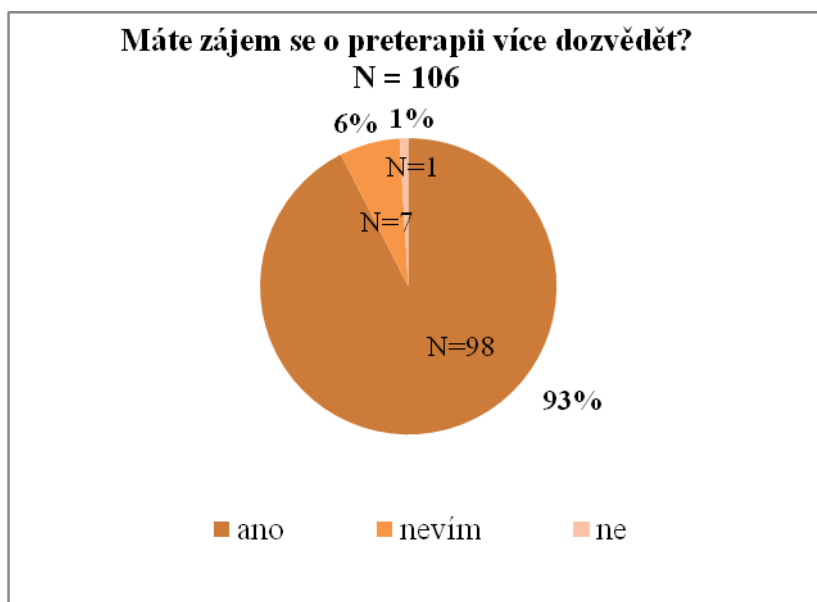
Tabulka č. 2: Ohodnocení důležitosti položek pro terapeutický proces respondentem (výsledky v %)



Graf č. 5: Ohodnocení důležitosti položek pro terapeutický proces respondentem

3.3.2 Výsledky části 2: Váš zájem o preterapii

Otázka č. 6



Graf č. 6: Zájem respondentů o preterapii

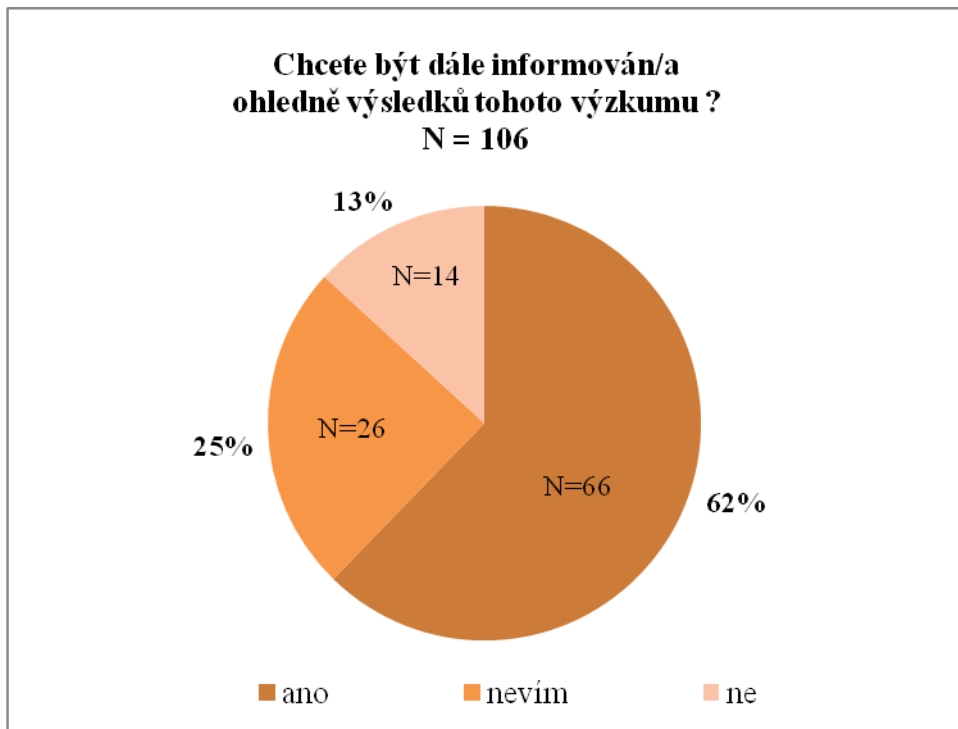
Otázka č. 6a

Jakou formou se chcete o preterapii více dozvědět? (můžete zaškrtnout více odpovědí):

Forma	Počet odpovědí
Přednáška	59
Internetové stránky	59
Elektronická forma (prezentace, dokument)	55
Tištěná forma (leták, brožura)	51
Absolvování kurzu	38
Diskuse s odborníky	22
Jiné	1

Tabulka č. 3: Forma, kterou se chtějí respondenti o preterapii více dozvědět

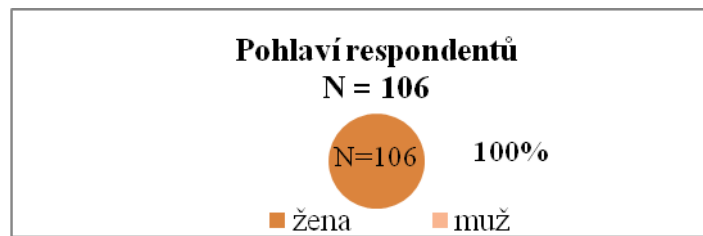
Otázka č. 7



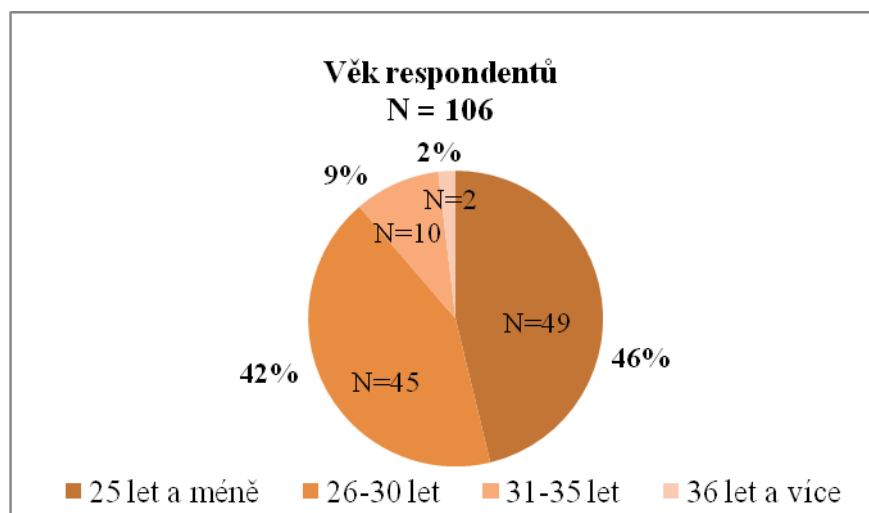
Graf č. 7: Zájem respondentů být informován o výsledcích tohoto výzkumu

3.3.3 Výsledky části 3: Sociodemografické ukazatele

Otázka č. 8



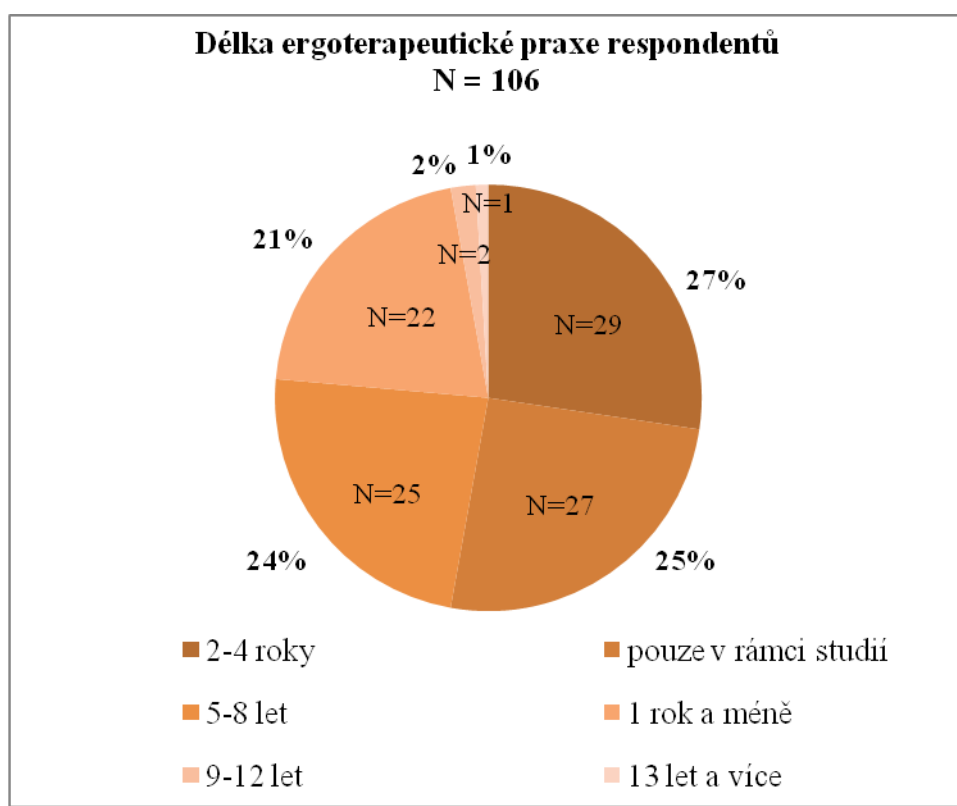
Graf č. 8: Pohlaví respondentů



Graf č. 9: Věk respondentů

Typ vzdělání	Počet odpovědí
Ukončené vzdělání VŠ - obor ergoterapie - Praha	43
Jiné ukončené vzdělání (VŠ, VOŠ)	32
Student oboru ergoterapie	30
Ukončené vzdělání VŠ - obor ergoterapie - Ústí nad Labem (Teplice)	7
Ukončené vzdělání VŠ - obor ergoterapie - Plzeň	1

Tabulka č. 4: Vzdělání respondentů (více možných odpovědí)



Graf č. 10: Délka ergoterapeutické praxe respondentů

3.4 Analýza výsledků

V této kapitole následuje analýza výsledků. Pro lepší představu výběrového souboru uvádím nejprve výsledky části sociodemografické. Další body již korespondují s pořadím otázek v dotazníku. Závěr je věnován kombinacím výsledků různých odpovědí a možným chybám, které mohly během sběru dat a jejich zpracování vyvstat. Uvedené procentuální výsledky jsou zaokrouhleny na jednotky.

- ❖ Celkem se výzkumu zúčastnilo 106 respondentů, což dle Dismana (2007) odpovídá střednímu rozsahu výběrového souboru. Všichni respondenti byli ženského pohlaví.
- ❖ Nejčastější věková skupina byla mladší 25 let - necelá polovina respondentů (tj. 46%), zhruba desetina respondentů (tj. 11%) byla starší než 30 let. S tím souvisí i délka ergoterapeutické praxe – necelé tři čtvrtiny respondentů (tj. 73%) neměly v době plnění dotazníku praxi delší než čtyři roky, jedna čtvrtina respondentů (tj. 25%) se s praxí zatím setkala pouze v rámci studií.
- ❖ Dvě pětiny respondentů (tj. 41%) vystudovaly obor ergoterapie na Univerzitě Karlově v Praze, přes čtvrtinu respondentů (tj. 28%) tvořili soudobí studenti ergoterapie.
- ❖ Respondenti se nejvíce zajímali o osoby s fyzickým a kombinovaným postižením.
- ❖ Přes tři čtvrtiny respondentů (tj. 76%) o preterapii nikdy neslyšely. Žádný respondent ji dosud v praxi aktivně nevyužíval.
- ❖ Více než dvě třetiny respondentů (tj. 69%) uvedly, že se během své praxe dostaly do situace, kdy klient nereagoval na jejich terapeutické působení. Polovině respondentů (tj. 49%) se nepodařilo docílit reagování klienta ani použitím určitých ověřených metod.
- ❖ Během své praxe metodu zrcadlení využila pouze necelá pětina respondentů (tj. 18%), a to převážně za účelem pomoci klientovi navázat kontakt s realitou, se sebou samým a s druhými lidmi. Necelá polovina respondentů (tj. 45%) metodu v době vyplňování dotazníku znala, ale nevyužívala ji.
- ❖ Téměř všichni (tj. 95%) se shodli v hodnocení důležitosti položky „navázání kontaktu klient-terapeut“ a shledali ji „velmi důležitou“. Více než polovina respondentů stanovila za „velmi důležitou“ i položku „empatie“ (tj. 64%), „navázání kontaktu klienta se sebou samým“ (tj. 62%) a „navázání kontaktu klienta s realitou“ (tj. 58%).

Zhruba polovina respondentů umístila na druhé místo („důležité“) položky „navázání kontaktu klienta s druhými lidmi“ (tj. 54%) a „autenticita“ (tj. 48%). Celkově získalo nejméně důležitosti „bezpodmínečně kladné přijetí klienta terapeutem“.

❖ Většina respondentů (tj. 93%) vyjádřila zájem se o preterapii více dozvědět – nejvíce formou přednášky, internetových stránek či elektronickou formou. Pouze jedna odpověď byla negativní.

❖ Necelé dvě třetiny respondentů (tj. 62%) uvedly, že chtějí být informovány o výsledcích tohoto výzkumu.

❖ Jedním z hlavních pozitivních výstupů je zájem respondentů se o preterapii více dozvědět a chuť být informován o výsledcích tohoto výzkumu, což uvedli převážně respondenti mladší než 30 let.

❖ Z výsledků dále vyplynulo, že o preterapii zaslechli nejvíce nynější studenti ergoterapie či absolventi oboru ergoterapie na UK v Praze nemající praxi delší než čtyři roky.

❖ Z respondentů zabývajících se osobami s mentálním postižením zaslechla o preterapii necelá třetina (tj. 32%).

❖ Téměř dvě třetiny respondentů zabývajících se osobami s mentálním postižením (tj. 63%) se během své praxe setkaly se situacemi, kdy se jim nepodařilo docílit reagování klienta na terapeutické působení. Více než polovina takto zaměřených respondentů (tj. 56%) znala metodu zrcadlení, ale v praxi ji v době plnění dotazníku využívala necelá pětina (tj. 16%)

❖ Z respondentů zaměřených na osoby s psychickým postižením zaslechla o preterapii pouze necelá pětina (tj. 17%), metodu zrcadlení znaly téměř tři čtvrtiny (tj. 71%), ale v praxi ji využívala v době plnění dotazníku pouze pětina takto zaměřených respondentů (tj. 19%).

❖ Sedm respondentů uvedlo do oblasti ergoterapeutického zájmu kategorii „jiné“ s upřesněním – senioři, polymorbidita.

❖ Podotázka týkající se vysvětlení preterapie (pro ty, kteří o preterapii alespoň zaslechli) byla vyplněna celkem 25 respondenty, z toho jednoznačně převládaly přibližující se a správně preterapii charakterizující odpovědi, čtyři respondenti nevěděli, jak pojem vysvětlit a dvakrát byla preterapie popsána jako příprava na terapii bez bližšího určení

❖ Doplnující otázku ptající se na pracoviště, kde je preterapie využívána či kde se s ní respondenti setkali, zodpověděl jediný respondent a zmínil tři pracoviště - o. s. Pohoda, Psychiatrická léčebna Bohnice a Psychiatrické centrum Praha.

Během sběru dat a následné analýzy výsledků mohlo dojít ke vzniku chyby a tím ke zkreslení výsledků výzkumu. Prvním nebezpečím byl přepis části zodpovězených dotazníků do elektronické podoby. Je to jediná situace, které jsem se nemohla, v případě dvojího typu sběru dat, vyvarovat. Druhým nebezpečím bylo nedodržení základního kritéria pro účast ve výběrovém souboru - během zpracování jsem vyřadila tři dotazníky, které uváděly jiné studium než ergoterapie. Tento omyl mohl vzniknout při distribuci dotazníku za využití principu sněhové koule, ale i při vyplňování dotazníků na konferenci. Třetí možností vzniku chyby byla duplikace odpovědí od jednoho samého respondenta, ke kterému se dostala jak tištěná verze dotazníku, tak podoba elektronická. Posledním dvěma situacím jsem mohla předejít či je alespoň minimalizovat zvýrazněním a zdůrazněním podmínek a pravidel účasti ve výzkumu.

3.5 Interpretace výsledků

Následující kapitola obsahuje shrnutí výsledků se zaměřením na praktický výstup mé práce a její přínos pro obor. Z důvodu poměrně vysokého počtu odpovědí (v poměru k počtu ergoterapeutů v ČR s přihlédnutím na současné studenty) jsem provedla statistickou indukci – výsledky zjištěné ve výběrovém souboru jsem přenesla na soubor základní (Disman, 2007) a to i přesto, že dle typu výběru (výběr příležitostný) se jednalo o nereprezentativní výběrový soubor.

Z analýzy výsledků vyplynulo, že čeští ergoterapeuti metodu preterapie v době psaní této práce většinou neznali, v praxi ji vůbec nevyužívali, přitom situace, které by vybízely k jejímu používání, se během jejich praxe s klienty objevovaly. Metoda zrcadlení byla obecně známější, ale v praxi taktéž příliš nevyužívána. Kontakt mezi klientem a terapeutem byl považován u většiny ergoterapeutů za velmi důležitý, za důležitý byl považován kontakt klienta se sebou samým a empatie.

Ať pracuje ergoterapeut s jakýmkoliv klienty, bez navázání určitého vztahu s klientem není možné dělat pokroky. Právě zde se spojuje zájem všech ergoterapeutů. Bez prvního navázání kontaktu, následně vztahu, by mohli pracovat pouze při nedodržení humanistických principů přístupu zaměřeného na člověka, čímž by se odklonili od základní filozofie ergoterapie, a hlavně by tím pravděpodobně nedosáhli dobrých terapeutických výsledků. Tento fakt spolu s velikým zájmem se o preterapii více dozvědět mi potvrdil smysl této práce a její relevantnost k oboru.

Na základě odpovědí na otázku týkající se formy, kterou by se dále chtěli zájemci o metodě dozvědět, jsem si stanovila svůj praktický výstup z této práce. Internetové stránky bohužel teď nejsem schopna vytvořit ze dvou důvodů, technických a profesních. Nemám za sebou dostatečné množství praxe s využíváním preterapie, abych s čistým svědomím vytvořila stránky, kde by bylo vše důležité a potřebné. Stejně žádoucí byla přednáška, kterou bych ráda uskutečnila na příští celostátní odborné konferenci České asociace ergoterapeutů, kde bych představila svou bakalářskou práci. Na dalším místě požadovanou elektronickou verzi jsem splnila vytvořením prezentace v programu PowerPoint, kterou jsem rozeslala na adresy uvedené ve vyplněných dotaznících. Zároveň je k nalezení v tištěné podobě v příloze č. 6 a v elektronické verzi na přiloženém médiu. Prezentace je základem mojí přednášky plánované na příští rok a obsahuje základní fakta a odkazy týkající se možností využívání preterapie v ergoterapii.

3.6 Zmapování situace preterapie se zaměřením na ČR

3.6.1 Literatura o preterapii

V úvodu této kapitoly musím bohužel konstatovat, že se mi nepodařilo najít žádný článek či knihu, která by se podrobněji zabývala využitím preterapie v ergoterapeutické praxi. Pouze v knize Preterapie (Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005) je uvedena krátká podkapitola s názvem „Ergoterapie a podpora kontaktu“.

Oslovila jsem několik odborníků s cílem objevit propojující literaturu, ale neúspěšně. Garry Prouty a stejně tak Catherina Clarke mě odkázali na Diona van Werde, koordinátora Pre-Therapy International Network a Amandu Lowe z PreTherapy Institute in the United States. Dion van Werde mi poskytl seznam literatury týkající se preterapie (příloha č. 5), ale žádnou konkrétní práci nezmínil. Amanda Lowe mi poslala pár užitečných článků, ale naneštěstí žádný o propojení preterapie s ergoterapií. Potěšujícím alespoň zůstává, že mi všichni potvrdili možnost využití preterapie v ergoterapii a projevíli radost z mého zájmu a práce. Touto cestou mi bylo dokonce nabídnuto publikování bakalářské práce (v případě vytvoření anglické verze) ve dvou časopisech - The International Pre-Therapy Review a The Person-Centered Review. Jedinou určitou informací tedy zůstává, že v roce 1998 holandský ergoterapeut Peeters napsal o preterapii v ergoterapii práci s názvem „Ergotherapie bij psychosegevoelige mensen: een pretherapeutische invalshoek“ (volný překlad – „Ergoterapie u lidí náchylných k psychózám: preterapeutický úhel pohledu“), která bohužel nebyla dosud publikována.

Převážnou část literatury potřebné pro napsání této práce tvořily cizojazyčné knihy, články a další studijní materiály pro širší tematický kontext, které jsou uvedeny v seznamu použité literatury (kapitola 6).

Literatura dostupná na českém trhu nabízí pouze jedinou knihu o preterapii, kterou vytvořila trojice autorů – Garry Prouty (americký psycholog, zakladatel preterapie), Dion Van Werde (belgický psycholog, koordinátor mezinárodní organizace Pre-Therapy International Network) a Marlis Pörtner (švýcarská psycholožka a psychoterapeutka). Kniha je rozdělena do tří částí. První část popisuje vznik, teorii, užití v praxi, vliv dalších psychoterapeutických směrů. Druhá část je věnovaná aplikaci preterapie na psychiatrickém oddělení. Poslední část uvádí přehled současné situace v Evropě. Kniha obsahuje řadu příkladových rozhovorů, kazuistik, přehledných grafů. Na druhou stranu poměrně velká část je věnována trochu až beletristicky psanému úvodu a osobnímu pozadí, které vedlo Proutyho k preterapii. Nicméně jako základní literatura o preterapii je jistě doporučeníhodná.

Dalším českým podkladem pro moji práci byla diplomová práce Vojtěcha Herentina, absolventa pedagogické fakulty Univerzity Jana Purkyně v Ústí nad Labem, kterému tímto děkuji za zapůjčení práce i řady podnětných studijních materiálů. Je to jediná závěrečná práce týkající se preterapie, kterou se mi v České republice podařilo objevit.

3.6.2 Dostupné kurzy v ČR

Absolvovat kurz v České Republice týkající se preterapie je možné dvěma způsoby. Základní jednodenní kurz s názvem „**Proutyho preterapie a její využití při práci s klientem**“ nabízí vzdělávací agentura Edupol (více informací na www.edupol.cz). Motto kurzu je následující - „*To, co můžeme klientovi nabídnout, je především lidství.*“ Pod vedením Mgr. Evy Petrové a Bc. Andrey Marksové lze získat základní vhled do preterapeutické práce, do filozofie této metody, prohlédnout si využívání preterapie na videoukázkách a vyzkoušet si ji navzájem s účastníky kurzu. Z důvodu rozsahu kurzu jde pouze o nastínění základů problematiky. V prosinci 2008 jsem se tohoto kurzu zúčastnila. Získala jsem tím bližší představu o preterapii a řadu zajímavých a pro svoji práci důležitých informací a kontaktů.

Druhou možností je podstatně obsáhlejší seminář „**Navazování kontaktu s lidmi, kteří tzv. nereagují, a praktický výstup pro skupinu pracovníků**“ pořádaný občanským sdružením QUIP (více informací na www.kvalitavpraxi.cz). Jedná se o ryze praktický nácvik používání prvků preterapie při přímé práci s klientem, terapeuti pracují pod dohledem konzultantky s předem vybranými klienty pravidelně jednou týdně po dobu minimálně půl roku. Nedílnou součástí jsou i diskuse o proběhlých intervencích. Na stránkách občanského sdružení QUIP se lze dočíst také o každoročních konferencích s názvem „Pro změnu“, jejichž součástí bývají zajímavé přednášky i praktické workshopy. V říjnu 2007 proběhl dvoudenní workshop zaměřený na preterapii, jehož lektory byli G. Prouty, D. Van Werde, M. Pörtner. V únoru 2008 vedla jednu z přednášek M. Pörtner.

Vedle výše zmíněných kurzů preterapeutických existuje řada kurzů zaměřených na komunikaci. Já jsem se zúčastnila kurzu „**Komunikace s lidmi s mentálním postižením**“ pořádaným občanským sdružením POHODA (více informací na www.pohoda-help.cz). V duchu motto „*Komunikovat je mnoho dávat*“ jsme si několika praktickými cvičeními vyzkoušeli navazovat kontakt bez užití verbálních prostředků, aktivní naslouchání, popsali si možné bariéry vznikající na obou stranách komunikace a učili jsme se dívat na člověka skrze to, kam se může posunout, co všechno dovede, nikoliv z negativní stránky.

3.6.3 Příklady pracovišť v ČR obeznámených s preterapií

Za účelem bližšího poznání preterapie a jejího praktického využívání jsem se snažila najít pracoviště, kde se preterapie využívá, což nebylo jednoduché. Svoji

dlouhodobou praxi ve třetím ročníku jsem nakonec absolvovala v **občanském sdružení POHODA**, které mi bylo doporučeno coby velice propagující humanistický přístup Carla Rogerse. Posláním sdružení POHODA je podporovat normální, důstojný a plnohodnotný život občanů s mentálním a kombinovaným postižením, případně organickým postižením mozku v místní komunitě poskytováním sociálních služeb. Metodika POHODY a tedy i veškerých jejích služeb vychází z přístupu zaměřeného na člověka. Během praxe jsem měla možnost se přesvědčit, že všechny programy a nabízené služby opravdu fungují na základě zmíněné filozofie. Přesto preterapii bohužel aktivně nikdo neznal, ale nebránili se, abych ji vyzkoušela v praxi s klienty. Nadšená celkovým přístupem, se kterým jsem se tam setkala, vyzkoušela jsem si preterapeuticky pracovat s klienty po dobu pěti týdnů. Nejvíce jsem prvky preterapie využívala při práci s mladou ženou ve věku 23 let se středně těžkým mentálním postižením. Nešlo o kvalifikované preterapeutické působení, ale spíše o využití některých znalostí a zkušeností, které jsem do té doby získala s cílem umožnit klientce navázat kontakt s realitou. Hodně jsem se zaměřila na používání reflexí, a to převážně slovních, situačních a zopakovaných reflexí. Terapeuti sami poukazovali na zajímavé jednání a vedení terapií a na daleko větší zapojení klientky do programu, do denních aktivit. Za poměrně krátkou dobu bylo možné pozorovat změny v chování klientky a v jejím kontaktu s realitou, s okolím.

Druhým pracovištěm, které jsem navštívila, a kde se pracuje na základě filozofie Carla Rogerse s prvky preterapie, je **Denní stacionář Úsměv** v Ústí nad Labem, jehož ředitelkou je Bc. Andrea Marksová. Stacionář pomáhá rodinám v péči o postižené dítě nebo již dospělé osoby. Snaží se je společně s rodinami vést k samostatnosti, posilování jejich sebevědomí, především pak vyplnit pobyt aktivitami jak výchovně vzdělávacími, tak pracovními, sportovními i zájmovými. Při všech těchto aktivitách plně respektují individualitu uživatelů a jejich potřeby. V době mé návštěvy byly ve stacionáři čtyři „vychovatelky“, přičemž preterapii využívá v praxi paní ředitelka a jedna z vychovatelek, se kterou jsem absolvovala individuální terapii založenou převážně na slovním reflektování, navazování na klientovu komunikaci zopakováním poslední řečené věty. Vyzdvihovala důležitost dobré, příjemné a klidné atmosféry. Více informací na www.volny.cz/socialni.pece .

Na doporučení ředitelky Úsměvu jsem si domluvila schůzku na dalším pracovišti - **Denní a týdenní stacionář Jihlava** pro děti a dospělé s mentálním a kombinovaným postižením. Posláním stacionáře je poskytování kvalitních sociálních

služeb klientům s důrazem na respektování jejich práv, přátelskou atmosféru a příjemné prostředí. Cílem je co nejvíce samostatný a nezávislý klient v mezích daných jeho postižením, který žije co nejvíce běžným způsobem života a dostává od okolí pouze nutnou podporu dle individuální potřeby. Více informací na www.stacionar-jihlava.cz. Z důvodu zavádění standardů týkajících se individuálního plánování nechala paní ředitelka proškolit personál v preterapii za účelem nalezení možností, jak individuálně plánovat i s klienty verbálně, augmentativně ani alternativně nekomunikujícími. Školení bylo jednodenní a proběhlo prostřednictvím zmíněné společnosti EDUPOL. Proškolení zaměstnanci reagovali poměrně kladně na novou metodu, nicméně do praxe ji zavedli nakonec pouze dva z nich – vychovatelka a fyzioterapeutka, kterou jsem měla možnost při jedné takové příležitosti vidět – využívala hlavně obličejových a situačních reflexí.

3.6.4 Situace ve světě

Preterapie se zrodila ve Spojených státech amerických ve státě Illinois v roce 1966. První seminář za hranicemi USA zorganizoval Prouty v holandském městě Breda v roce 1985. Od té doby navštěvoval Evropu pravidelně a preterapie v Evropě se začala rozvíjet. Svůj terapeutický přístup prezentoval na mezinárodních konferencích, v některých evropských zemích uspořádal semináře a kurzy. V roce 1995 byla založena v Amsterdamu organizace Pre-Therapy International Network se sídlem v belgickém Gentu, jejímž koordinátorem je Dion Van Werde. Hlavním úkolem organizace je podpora výměny informací, spolupráce mezi zeměmi a odborníky a vyvíjení výukových a výcvikových programů. Jednou za čtvrtletí publikuje informační bulletin, jednou ročně pořádá setkání členů organizace (Pörtner, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005). Podle informací z roku 2008 byla preterapie prezentována v následujících státech: Čína, Japonsko, Rusko, Rumunsko, Slovensko, Česká republika, Rakousko, Německo, Švýcarsko, Itálie, Řecko, Španělsko, Portugalsko, Francie, Nizozemí, Belgie, Anglie, Skotsko, Dánsko, Austrálie, Kanada, USA (Prouty, 2008).

Na podzim 2009 jsem v rámci programu Erasmus absolvovala tříměsíční studijní stáž ve Stockholmu. Jedním z úkolů bylo rámcově zjistit informovanost o preterapii mezi švédskými ergoterapeuty. Tázala jsem se téměř každého ergoterapeuta, se kterým jsem měla možnost hovořit, ale všechny odpovědi byly záporné. Stejně dopadla i snaha najít v knihovnách preterapeutickou literaturu. Posledním krokem byla mailová komunikace se zástupcem FSA (The Swedish Association of Occupational Therapists), ze které vyplynul závěr, že preterapie je ve Švédsku zatím naprosto neznámou metodou.

4 DISKUSE

Téma preterapie jsem si zvolila na základě tří pro mě určujících stanovisek – práce s osobami s mentálním a/nebo s psychickým postižením, seznámení veřejnosti s novou metodou a uplatnění této metody v ergoterapii. Podrobným studiem dostupných materiálů a uskutečněných výzkumů jsem v preterapii záhy objevila všechny potřebné aspekty k napsání této, z mého pohledu užitečné práce. Potvrdila jsem si, že se jedná o skutečně uplatnitelnou metodu při práci s klientem, která je využitelná i v ergoterapeutické praxi. Pokud bych měla shrnout několik klíčových zdůvodnění, byla by to: nutnost kontaktu pro navázání vztahu, nutnost vztahu pro smysluplnou terapii, nutnost smysluplné terapie pro terapeutický účinek, posun v terapeutickém procesu a nutný posun v terapii pro motivaci a zvýšení kvality života klienta. Za tím vším stojí kontakt. Pokud není dostatečně vytvořený, může ergoterapeut využít preterapii.

Preterapie patří v České republice k novým metodám, což s sebou přináší řadu otazníků a sporných situací. Obecně u nových metod je nejprve potřeba je na základě podložených studií a zkušeností vysvětlit a zdůvodnit. Až poté se zájem odborníků a veřejnosti o získání dalších informací může zvýšit, nebo naopak rozplynout. Na mysli vyvstávají naprosto obyčejné, ale o to důležitější otázky. Je tato metoda účinná? Je v praxi skutečně uplatnitelná? Kdo ji může využívat? Jaké jsou podmínky? Jaký prospěch z toho plyne pro klienta?

Několik významných studií, které se snažily přinést odpovědi na výše uvedené otázky, proběhlo ve Spojených státech amerických a ve státech západní Evropy, kde má preterapie kořeny, resp. delší tradici. V souhrnu jejich výsledky potvrzují účinky preterapie. Shledávají užití preterapie za potřebné a vhodné u klientů, kteří nereagují na klasické terapeutické působení z důvodu nedostatečně navázaných či rozvinutých kontaktů. Prostřednictvím preterapie lze dosáhnout jednoho z nejdůležitějších článků terapeutického procesu, kterým je psychologický kontakt klienta. Smysl preterapie souvisí se smyslem terapie. Má-li být terapie smysluplná, je potřeba existence určitého kontaktu, vztahu mezi terapeutem a klientem. Při absenci této existence je možné využít právě preterapii jako metodu navazování kontaktu. Tuto myšlenku dokládá název „preterapie“.

Filosofický základ preterapie je uložen v přístupu zaměřeném na člověka. Jak v textu práce uvádím, PCA je důležitým spojením preterapie a ergoterapie. Z mého pohledu však není pouze jejich podkladem, ale je dobrým průvodcem každého člověka.

Učí nás, jak být ve vztahu s druhými lidmi, jak se chovat a jednat způsobem, jakým bychom sami chtěli, aby s námi bylo jednáno – plným uznání, empatie a otevřenosti.

Pochopit vnímání a chování klienta, který se nachází mimo dosah realitního, komunikačního a/nebo emocionálního kontaktu, je poměrně obtížné. Pomůže představa situací, kdy se člověk na ulici otočí po zaslechnutí svého jména, kdy zůstane žít ve snu i po probuzení, nebo kdy se na něčem domlouvá s osobou, jejíž jazyk je pro něj naprosto neznámým. Jejich společným znakem je nedostatek určitého z kontaktů. Každý člověk se s obdobnými situacemi občas setká, nicméně netrývají dlouho a po chvíli dojde k jejich rozřešení. Rozhlédnutím zjistí, že šlo pouze o shodu jmen, opláchnutím obličeje procitne a použitím rukou, nohou a důvtipu se nakonec dorozumí. U klientů s mentálním či s psychickým postižením se mohou podobné pocity nedorozumění či zmatení vyskytovat po celý den, bez přestání. Na jejich odstranění zdaleka nestačí procitnutí nebo rozhlédnutí. Zde je nasnadě využít potenciál preterapeutického působení, poskytnout možnost navázat kontakt a zapojit se zpátky do života v reálném světě. Preterapie nabízí příležitost k vybudování mostu, ale nikoho k ničemu nenutí. Každý člověk se rozhodne sám. Kdo chce a komu vyhovuje takový způsob práce, ten nabídku přijme. V opačném případě je potřeba společně hledat jinou vyhovující metodu.

Výše zmíněný odstavec bych ráda doplnila vlastním postřehem ze studijní stáže ve Stockholmu. Na začátku pobytu jsem švédsky neuměla jediné slovo. Nerozuměla jsem nikomu a nikdo nerozuměl mně. Má verbální komunikace byla omezená na minimum. Veškerý kontakt mi zprostředkovávala komunikace neverbální. Svou pozornost jsem zaměřila na poslouchání zvuků, hlasů a sledování osob, míst, věcí a obrazů. Podobná situace nastala i v závěru mé stáže při práci s lidmi seniorského věku s demencí, opět jsme komunicovali převážně neverbálně za využití reflexí. Vlastní zkušeností jsem si uvědomila, jak velkou část sdělení člověk vyjadřuje prostřednictvím svého těla, gest a výrazu. Druhým důležitým zjištěním byl fakt, že zdaleka ne ve všech případech byl nablízku někdo, kdo by měl čas a byl ochoten ho věnovat empatickému naslouchání a zpětnému reflektování.

Z prozatímních studií vyplynul závěr, že preterapeutickým působením dochází k podstatnému zlepšení realitního a komunikačního kontaktu. Výrazné navýšení emocionálního kontaktu prokázáno nebylo. Základem emocionálního kontaktu je vnitřní svět klienta, rodinné prostředí a podpora, která je mu od raného věku poskytována těmi nejbližšími. Zde mě napadlo několik otázek, které by mohly být předmětem dalších výzkumů. Jaký je vztah mezi zapojením rodiny do terapie a výší emocionálního

kontaktu klienta? Pokud se využitím preterapie naváže realitní i komunikační kontakt a klient se bude více zapojovat ve společných rodinných aktivitách, dojde ke zvýšení motivace rodiny pro zapojení se do procesu léčby? Záviseí navýšení emocionálního kontaktu na tom, zdali poskytuje preterapeutické reflexe rodinný příslušník nebo terapeut?

Na výše zmíněnou otázku navazuje další zatím do podrobností neprozkoumaná oblast. Jedná se o rozdíly účinků preterapie v závislosti na počtu osob, kteří s klientem preterapeuticky pracují. Zařízení uvedená v kapitole 3.6.3 se shodovala v původní myšlence, kterou bylo začlenění preterapie do práce celého personálu. Prvotní záměr byl jistě dobrý, předpokládal vyšší účinnost působení. Preterapie ale patří k metodám, jejichž používání nelze nikomu nařídít. Tímto se dostávám k velice důležitému aspektu preterapie a tou je osobnost „preterapeuta“. Jedince s naprosto opačnými rysy, než preterapie předpokládá, lze těžko donutit k tomu, aby okamžitě po školení začal být autentickou, empatickou a plně akceptující bytostí. Nicméně i přes tento nevyvratitelný fakt se přikláním ke školení kompletního personálu, neboť se domnívám, že i když nebudou preterapii aktivně využívat všichni, mohou téměř nevědomky některé užitečné prvky do své práce začlenit. Zároveň se tím částečně vyřeší neznalost a neuznávání nových metod mezi členy personálu.

Význam osobnosti terapeuta souvisí i s možnými nevýhodami preterapie, které uvádím v kapitole 2.6.4. Týkají se zahlcení terapeuta a ztráty jeho vlastní osobnosti. Pro jejich eliminaci je naprosto nezbytná osobnostní zralost, stabilita, vysoká míra sebepoznání a vnitřní síla terapeuta. Další možné zmíněné nevýhody či rozpory ohledně užívání medikace a aplikace preterapie u rozdílných diagnóz zatím nejsou vědecky dostatečně prozkoumány, aby šlo vyslovit jasné závěry.

Výsledky mého výzkumu nemohu srovnat s žádným obdobným výzkumem, neboť takový pravděpodobně dosud neproběhl. Vyplývá z nich, že preterapie je mezi českými ergoterapeuty neznámou metodou. Tato neznalost může souviset s nepřilíh dlouhou tradicí, s nedostatkem dostupné literatury a kvalitních studií. Poměrně vysoký zájem respondentů o další informace je velice potěšující a pro situaci české ergoterapie příznivý. Značí zvědavost terapeutů, chuť vzdělávat se a rozvíjet sebe a svoji práci poznáváním nových metod, přístupů a jejich případným začleňováním do praxe.

Ergoterapie je od roku 2004 uznávaná jako zdravotnická profese. Zdravotnictví patří k oborům, kde je naprosto nezbytné se neustále vzdělávat v oblasti nových výzkumů, metod, přístupů. Každý člověk je jedinečným originálem a vyhovují mu

různé alternativy řešení. Z toho důvodu je nutné, aby terapeuti znali rozdílné metody, uměli je využívat a mohli klientovi nabídnout právě tu, která co nejvíce koresponduje s jeho potřebami.

Vzdělávání vyžaduje odhodlání, chuť učit se, podporu okolí pro praktické zkoušení čerstvě nabytých poznatků a především dostatek času. Nové metody s sebou nesou riziko nepřijetí ostatních zaměstnanců, neuznání zaměstnavateli či samotnými klienty. Je potřeba dostatek trpělivosti a investovaného času terapeutů pro popis a vysvětlování jejich principů a účinků. Z těchto důvodů by preterapie zpočátku znamenala pro české ergoterapeuty vedle řady výhod a pokroků v terapii i jejich další vytížení, a to jak časové, tak osobnostní.

Je tedy vůbec možné v České republice preterapii začlenit do běžné praxe ergoterapeuta? Nároky kladené na osobnost terapeuta a vyžadované postoje jsem zmiňovala výše. Z filozofického pohledu není začlenění preterapie ničím limitováno, preterapie by v praxi měla být s ergoterapií naprosto kompatibilní. Finanční hledisko je také velice příznivé. Nutné jsou náklady pouze na absolvování vzdělávacího kurzu a případně na doplňující studijní literaturu, žádné speciální pomůcky nejsou potřeba. S časovou náročností je to méně pozitivní. Zavádění jakékoliv nové metody do praxe je minimálně ze začátku časově velice náročné. V dnešní době všudypřítomného časového nedostatku může být preterapie odmítána z důvodu na první pohled velkého časového vytížení. Děje se tak bohužel daleko před porozuměním účinkům metody. Pokud by byl potenciál preterapie plně využíván, mohlo by dojít v rámci dlouhodobějšího pohledu k ušetření času terapeuta (např. navázáním a rozvinutím kontaktů klienta by se snížila potřeba terapií v budoucnosti). Moderní doba s sebou nese i tzv. Evidence based practice, praxi založenou na důkazech. Každý počín terapeuta by měl být podložen výsledky ověřených vědeckých studií, které vysvětlují jeho smysl a význam, a to jak sobě, tak klientovi, jeho blízkým i ostatním členům personálu. Výzkumy týkající se preterapie mohou v některých případech ergoterapeutům posloužit jako tolik potřebný evidence base pro aktivní naslouchání, empatické jednání, reflektování klienta i pro autentické projevy jejich vlastního chování.

Preterapeutickým působením lze klientovi umožnit více se zapojit do aktivit denního života, začlenit se do společnosti a celkově zvýšit kvalitu jeho života. Na základě výše uvedených faktů se domnívám, že zavedení preterapie do praxe ergoterapeuta může být v řadě případů velice užitečné a prospěšné pro obě strany terapeutického vztahu.

5 ZÁVĚR

Bakalářská práce pojednává o preterapii - metodě navazování kontaktu s lidmi, kteří nereagují na klasické terapeutické působení. Jejím filozofickým základem je humanistický přístup zaměřený na člověka, což dokládá spojení mezi preterapií a ergoterapií. Jak z názvu vyplývá, preterapie by měla předcházet samotné terapii, protože bez určitého množství kontaktu nelze dosáhnout terapeutického účinku. Cílem je vytvoření či obnovení kontaktu s realitou (s okolním světem), komunikativního kontaktu (s druhými lidmi) a kontaktu emocionálního (se sebou samým). Zmíněné tři kontakty se nazývají kontaktní funkce. K jejich posílení dochází prostřednictvím kontaktních reflexí poskytovaných terapeutem, případné změny jsou pozorovatelné v projevech tzv. kontaktního chování. Kontaktní reflexe, funkce a chování jsou tři hlavní pilíře psychologického kontaktu, jehož přítomnost je pro terapeutický vztah a změnu naprosto žádoucí a nezbytná.

Teoretická část práce obsahuje základní informace o preterapii - charakteristika metody, vztah k PCA, vysvětlení principu preterapeutického působení, její přínos a využití v ergoterapii. Praktickou část tvoří výzkum týkající se znalosti preterapie mezi českými ergoterapeuty, analýza a interpretace jeho výsledků. Závěr kapitoly je věnován zmapování situace preterapie se zaměřením na Českou republiku.

Detailním studiem materiálů o preterapii jsem došla k závěru, že se jedná o metodu s širokým uplatněním a s velkým potenciálem pro využití v ergoterapii. Z výsledků praktické části bohužel vyplynulo, že preterapie je mezi českými ergoterapeuty neznámou metodou. Někteří ergoterapeuti uvedli, že znají a využívají techniku reflektování. Předpokládám, že řada terapeutů využívá kontaktních reflexí prakticky nevědomky. V obou případech je reflektování snahou o přiblížení se ke klientovi, ale bez vytyčení konkrétních cílů (např. zvýšit úroveň kontaktních funkcí a tím dosáhnout psychologického kontaktu důležitého pro terapeutickou změnu). Právě preterapie je vědecky podloženou metodou, která přináší rozpracování teorie psychologického kontaktu. Vysvětluje účinek kontaktních reflexí a důležitost empatického, bezpodmínečného a kongruentním způsobem vyjádřeného přijetí klienta. Preterapeutickým působením lze dosáhnout posunu klienta na expresivní úroveň, umožnit jeho zapojení do dalších terapií, dosáhnout jím stanovených cílů a celkově výrazně zvýšit kvalitu života klienta.

Většina respondentů projevila zájem se o metodě více dozvědět. Na základě výsledků dotazníku jsem vytvořila prezentaci v elektronické podobě (tištěná verze v příloze č. 7). Jejím rozesláním na adresy zájemců jsem tak splnila část dílčího cíle své práce, kterým bylo co nejefektivnějším způsobem zvýšit informovanost ergoterapeutů v ČR o metodě preterapie. Prezentace mi poslouží i jako základ pro plánovanou přednášku na konferenci České asociace ergoterapeutů v roce 2010.

Hlavním přínosem této práce je seznámení veřejnosti s preterapií, která na základě přístupu zaměřeného na člověka přináší konkrétní prakticky využitelný způsob práce terapeuta s klientem za účelem zvýšení kvality života klienta. Důležitost je kladena na postoje terapeuta projevované vůči klientovi, které by měly být v souladu se třemi základními vztahovými podmínkami. Vzhledem k tomu, že jde o první ergoterapeutickou práci týkající se preterapie v ČR, nabízí nepřeborné množství dalších výzkumů a studií zaměřených například na využití preterapie v ergoterapii u konkrétních skupin klientů, skupinové a individuální preterapeutické působení, zapojení rodinných příslušníků do preterapie a další.

Preterapie se ve světě rozvíjí od poloviny 60. let 20. století. O dvacet let později byl uspořádán první seminář v Evropě, preterapie překročila hranice kontinentu. Dvacet let poté preterapie překonala další hranice - začala se objevovat v České republice. Od té doby probíhají kurzy, semináře, byla vydána první a dosud zatím jediná kniha o preterapii v českém jazyce. Otázkou zůstává, co se stane za dalších dvacet let, zdali se bude preterapie dále rozvíjet či naopak. Na základě výsledků své práce a vlastního utvrzení, že jde o široce využitelnou metodu, doufám, že bude pokračovat její rozvoj. Překonáním hranic neznámosti by mohla proniknout do mysli terapeutů, kteří by ji dle svého autentického, empatického a klienta akceptujícího uvážení kdykoliv použili tak, aby v rámci přístupu zaměřeného na člověka umožnili klientovi dosáhnout zlepšení kvality jeho života.

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla* [online]. Verze 3.3. 1999-2004, poslední aktualizace 11.11. 2004. Dostupné z <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>>.
2. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů* [online]. Verze 3.1. 1999-2004, poslední aktualizace 11.11. 2004. Dostupné z <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>.
3. BOSS, M. *Existential foundations of medicine and psychology*. London: JasonAronson, 1994.
4. BUBER, M. Já a ty. *Psychoterapeutické sešity*. 1969, č. 43.
5. BUBER, M. Elements of the interhuman. In Friedman, M. (Ed.): *The World of Existentialism*. New York: Random House, 1964.
6. BURTON, A. The presentation of the face in psychotherapy. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*. 1973, vol. 10, no. 4.
7. CLARKE, C. Pre Therapy: a Carers Perspective of Prouty's Contact Work. *Meriden* [online]. 2006, vol. 2, no. 11, s. 5-8 [cit. 2008-10-20]. Dostupné z <<http://www.psychological-wellbeing.co.uk>>.
8. CLARKE, C. *Pre-Therapy: Theory and practice of psychological contact* [online]. 2005, [cit. 2008-10-13]. Dostupné z <<http://www.psychological-wellbeing.co.uk>>.
9. CLARKE, C. Prouty's Contact Work: a Carer's Perspective. *Mental Health Practice* [online]. 2005a, vol. 9, no. 1, s. 24-27 [cit. 2008-10-20]. Dostupné z <<http://www.psychological-wellbeing.co.uk>>.
10. *Contact Work Concepts*. [online]. [cit. 2008-10-20]. Dostupné z <<http://www.psychological-wellbeing.co.uk>>.
11. DE HAAS, O. Van Regeriaanse therapie naar procesgerichte gesprekstherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*. 1985, vol. 11, s. 93-94.
12. DE VRE, R. *Prouty's Pre-Therapie*. Gent: Lizenziatsarbeit, Psychologische Fakultät der Universitat Gent, 1992.
13. DINACCI, A. Collquio Pre-Therapeutico: criterio obiettivo di valutazione. *Legge e Psyche, Rivista di Psicologia Giuridica*. 1994, anno III, nr. 1.

14. DINACCI, A. *Experimental Research on the Psychological Treatment of Schizophrenic Clients with Garry Prouty's Pre-Therapy and Innovative Developments*. Wortrag, gehalten bei der 3rd ICCEP Conference, Gmunden, 1997.
15. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 078-80-246-6139-7.
16. *Etický kodex ergoterapeuta České asociace ergoterapeutů*. Praha: ČAE, 2004.
17. GENDLIN, E. T. A theory of personality Change. In Worchel, P. – Byrne, D. (Eds): *Personality change*. New York: Grune and Stratton, 1964.
18. GURSWITCH, A. Gelb-Goldstein's concept of concrete and categorical attitude and the fenomenology of ideation. In Wild, J. (Ed.): *Studies in Phenomenology and Psychology*. Evanston, IL: Northwestern University Press, 1966.
19. HERENTIN, V. *Aplikace preterapie ve vztahu k lidem s mentální retardací*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Pedagogická fakulta, 2007. Vedoucí diplomové práce Mgr. Zdeněk Svoboda, Ph.D.
20. HINTERKOPF, E. – PROUTY, G. – BRUNSWICK, L. A pilot study of pretherapy method applied to chronic schizophrenic patients. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1979, no. 3, s. 11-19.
21. HOLEYŠOVSKÝ, J. Vpsychoterapii jde o vztah. *Psychoterapeutické sešity* [online]. 2001 [cit. 2008-11-17]. Dostupné z <<http://pca-institut.cz>>.
22. *Introduction to contact work*. [online]. [cit. 2008-10-13]. Dostupné z <<http://www.psychological-wellbeing.co.uk>>.
23. JELÍNKOVÁ, J. – KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Koncepce oboru ergoterapie*. Praha: ČAE, 2007.
24. JUNKOVÁ, V. Rogersovská psychoterapie. *Československá psychiatrie* [online]. 2002 [cit. 2008-11-17]. Dostupné z <<http://pca-institut.cz>>.
25. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
26. KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Přednášky k předmětu Bakalářská práce*. 2008-2009.
27. LEIJSEN, M. – ROELEN, L. Herstel van contactfuncties bij zwaar gestoorde patiënten door middel van Prouty's pré-therapie. *Tijdschrift voor Klinische Psychologie*. 1988, vol. 18, s. 21-35.
28. McWILLIAMS, K. *Life Enrichment of Profoundly Retarded Woman*. Vortrag am Pre-Therapy Training Seminar, Osteopathic Hospital, Chicago IL, 1996.
29. MRKVIČKA, J. *Základy psychoterapie a hermeneutika*. In Růžička, J. (Ed.): *Psychoterapie – sborník přednášek I*. Praha: Triton, 1992.

30. NYKL, L. *Pozvání do Rogersovské psychologie: přístup zaměřený na člověka*. Brno: Barrister&Principal, 2004. ISBN 80-86598-69-1.
31. PETERS, H. Pretherapy from a Developmental Perspective. *Journal of Humanistic Psychology* [online]. 2005, vol. 45, no. 62, s. 62-81 [cit. 2008-10-16]. Dostupné z <<http://jhp.sagepub.com>>.
32. PETERS, H. Pretherapy: a Client-Centered/Experiential Approach to Mentally Handicapped People. *Journal of Humanistic Psychology* [online]. 1999, vol. 39, no. 8, s. 8-29 [cit. 2008-10-16]. Dostupné z <<http://jhp.sagepub.com>>.
33. PETERS, H. *Client-Centered terapie en gedragstherapie: een aanzet tot integratie*. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1984.
34. PETROVÁ, E. – MARKSOVÁ, A. Pracovní materiál ke kurzu Proutyho preterapie a její využití při práci s klientem. Praha: Edupol, 2008.
35. PÖRTNER, M. *Psychoterapie pro lidi s mentálním postižením na základě přístupu zaměřeného na člověka* [online]. [cit. 2008-10-20]. Dostupné z <<http://www.kvalitavpraxi.cz>>.
36. PÖRTNER, M. *Trust and Understanding*. 2. vyd. Trowbridge: Cromwell Press, 2007. ISBN 978-1-898-05991-2.
37. PROUTY, G. *A brief history of pre-therapy* [online]. 2008, [cit. 2008-10-20]. Dostupné z <<http://psychological-wellbeing.co.uk>>.
38. PROUTY, G. Pre-Therapy: the Application of Contact Reflections. *American Journal of Psychotherapy* [online]. 2007, vol. 61, no. 3, s. 285-296 [cit. 2008-10-21]. Dostupné z <<http://www.encyclopedia.com/American+Journal+of+Psychotherapy/publications.aspx?pageNumber=1>>.
39. PROUTY, G. - VAN WERDE, D. - PÖRTNER, M. *Preterapie: navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-949-6.
40. PROUTY, G. The Practice of Pre-Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2001, Vol. 31, no. 1, s. 31-40.
41. PROUTY, G. *Theoretical Evolutions in Person Centered/Experimental Therapy. application to schizophrenic and retarded psychoses*. New York: Praeger, 1994.
42. PROUTY, G. – CRONWALL, M. Psychotherapy with a depressed mentally retarded adult: an application of pre-therapy. In Dosen, A. – Menolascino, F.

- Depression in Mentally Retarded Children and Adults*. Leiden: Logon Publication, 1990. ISBN 90-73197-01-5. Kapitola 16, s. 281-293.
43. PROUTY, G. – KUBIAK, M. A. Pre-Therapy with mentally retarded/psychotic clients. *Psychiatric aspects of mental retardation reviews*. 1988, vol. 7, no. 10.
 44. PROUTY, G. – KUBIAK, M. A. The development of communicative contact with a catatonic schizophrenic. *Journal of Communication Therapy*. 1988a, vol. 4, no. 1, s. 13-20.
 45. PROUTY, G. – PIETRZAK, S. Pre-Therapy method applied to persons experiencing hallucinatory images. *Person-Centered Review*. 1988, vol. 3, no. 4, s. 95-103.
 46. QUIP – Společnost pro změnu. *Materiály ke kurzu „Navazování kontaktu s lidmi, kteří tzv. nereagují, a praktický výstup pro skupinu pracovníků“*. 2006.
 47. ROGERS, C. *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG Verlag, 1991.
 48. ROGERS, C. *Die nicht-direktive Beratung*. Frankfurt am main: Fisher Tashenbuch Verlag, 1985.
 49. ROGERS, C. Client-Centered Psychotherapy. In Kaplan, H. I. – Sadock, B. J. – Freedman, A. M.: *Comprehensive Textbook of psychiatry III*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1980.
 50. ROGERS, C. The formative tendency. *Journal of Humanistic Psychology*. 1978, vol. 18.
 51. ROGERS, C. et al. *The Therapeutic Relationship and Its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press, 1967.
 52. ROGERS, C. *On Becoming a Person: a Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin, 1961.
 53. ROGERS, C. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*. 1957, vol. 21, no. 2, s. 95-103.
 54. ROY, B. C. An illustration of memory retrieval with a DID client. Presentation at the Eastern Psychological Association, Washington DC, 1997.
 55. ROY, B. C. A client-centered approach to multiple personality and dissociative process. In Fusek, L. (Ed.): *New Directions in Client-Centered Therapy: Practice with difficult Client Populations*. Chicago: Chicago Counseling and Psychotherapy Research Center, 1991.

56. VAN WERDE, D. The falling man: Pre-Therapy applied to static hallucinang. *Person-Centred Practice*. 2002, vol. 10, no. 2.
57. VAN WERDE, D. Persoonsgerichte psychosenzorg: de tegenstelling „maatschappij“ en „proces“ overstegen? *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*. 2000, vol. 28, no. 4, S. 274-279.
58. VAN WERDE, D. - MORTON, I. The Relevance of Prouty's Pre-Therapy to dementia care. In Morton, I. (Ed.): *Person-Centered approaches to dementia care*. Bicester, Oxon: Winslow Press, 1999.
59. VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996. ISBN 80-202-0605-1.

7 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 - Dotazník

Příloha č. 2 – Preterapeutická práce – ukázka A

Příloha č. 3 – Preterapeutická práce – ukázka B

Příloha č. 4 – Preterapeutická práce – ukázka C

Příloha č. 5 – Kompletní seznam preterapeutické literatury

Příloha č. 6 – Informační materiál o preterapii

Příloha č. 1 - Dotazník

PRETERAPIE

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Macků a jsem studentkou 3. ročníku oboru Ergoterapie na 1. LF UK v Praze. Pro svoji bakalářskou práci (BP) jsem si vybrala téma „**Povědomí českých ergoterapeutů o preterapii a možnosti jejího využití v praxi**“. Prosím Vás o vyplnění následujícího dotazníku, jenž je součástí praktické části méj BP. Cílem je vypracování informačního materiálu, který bude obsahovat základní údaje o preterapii a doporučení týkající se kurzů, odborné literatury, využívání metody v praxi apod.

Dotazník je anonymní, odpovědi budou použity pouze pro zpracování výsledků a jejich interpretaci v méj BP. **Průměrná doba vyplňování je 6 minut. Není-li uvedeno jinak, zaškrtněte pouze jednu z nabídnutých možností.**

Pokud budete mít zájem, ráda Vám poskytnu výsledky tohoto výzkumu. V případě zdárné obhajoby bude BP k nahlédnutí v knihovně Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF UK v Praze. Jakékoliv dotazy či připomínky uvítám na adrese katka.macku@seznam.cz.

Mockrát Vám děkuji za Váš čas.
Kateřina Macků

ČÁST 1. Vaše povědomí o preterapii.

1) Hlavními oblastmi Vašeho ergoterapeutického zájmu jsou osoby s (můžete zaškrtnout více odpovědí):

- fyzickým postižením
- kombinovaným postižením
- mentálním postižením
- psychickým postižením
- smyslovým postižením
- jiné – prosím upřesněte

2) Označte jednu z následujících možností, která nejvíce vystihuje Vaše stanovisko.

- nikdy jsem o preterapii neslyšel/a – přejděte k otázce č. 3
- zaslechl/a jsem o preterapii (od kolegů, na konferencích apod.), ale více o ní nevím - přejděte k podotázce č. 2a
- chystám se na kurz preterapie - přejděte k podotázce č. 2a
- absolvoval/a jsem kurz týkající se preterapie, ale v praxi ji nevyužívám – přejděte k podotázce č. 2a
- využívám ji běžně v praxi – přejděte k podotázce č. 2a
- jiné – prosím upřesněte a přejděte k podotázce č. 2a

2a) Pokuste se vysvětlit svými slovy, co podle Vás preterapie je.

.....
.....
.....

3) Setkal/a jste se během své praxe s klienty, kteří nereagovali na Vaše terapeutické působení?

- ne
- ano – metody, které jsem používal/a, zabíraly a celková situace se zlepšila
- ano – metody, které jsem používal/a, nezabíraly, nedařilo se docílit reagování klienta na moje terapeutické působení
- jiné – *prosím upřesněte*.....

4) Znáte metodu zrcadlení, resp. reflektování? (= terapeut zrcadlí klientovi to, co sám vnímá)

- ne – *přejděte k otázce č. 5*
- ano, ale v praxi ji nevyužívám – *přejděte k otázce č. 5*
- ano a využívám ji v praxi – *přejděte k podotázce č. 4a*

4a) Za jakým účelem využíváte metodu zrcadlení (reflektování)?

- chci lépe pochopit klientův způsob uvažování
- chci lépe poznat pocity a prožitky klientů
- chci pomoci klientům navázat kontakt s realitou, se sebou samými a s druhými lidmi
- jiné – *prosím upřesněte*
.....
.....

5) Zakroužkováním jednoho čísla na škále 1-5 ohodnot'te jednotlivé položky podle jejich důležitosti pro Váš terapeutický proces s klientem.

(1 = velmi důležité, 2 = důležité, 3 = ani důležité, ani nedůležité, 4 = nedůležité, 5 = zcela nedůležité)

Navázání kontaktu klient – terapeut	1	2	3	4	5
Navázání kontaktu klienta se sebou samým	1	2	3	4	5
Navázání kontaktu klienta s realitou	1	2	3	4	5
Navázání kontaktu klienta s druhými lidmi	1	2	3	4	5
Empatie	1	2	3	4	5
Autenticita	1	2	3	4	5
Bezpodmínečně kladné přijetí klienta terapeutem	1	2	3	4	5

ČÁST 2. Váš zájem o preterapii

Preterapie je metoda umožňující klientům, kteří nereagují na terapeutické působení (hl. lidé s mentálním či psychickým postižením), navázat kontakt se sebou samými, s realitou a s druhými lidmi. Je založena na principu kontaktních reflexí - terapeut zrcadlí zpětně klientovi to, co sám vnímá, prostřednictvím reflexí (slovní, tělové, obličejové, situační, zopakované).

6) Máte zájem se o preterapii více dozvědět?

- ne – *přejděte k otázce č. 7*
- nevím – *přejděte k otázce č. 7*
- ano – *přejděte k podotázce č. 6a*

6a) Jakou formou se chcete o preterapii více dozvědět? (můžete zaškrtnout více odpovědí):

- tištěná forma (leták, brožura)
- elektronická forma (prezentace, dokument)
- přednáška
- diskuse s odborníky
- absolvování kurzu
- internetové stránky
- jiné – prosím upřesněte
-

7) Chcete být dále informován/a ohledně výsledků tohoto výzkumu (statistický výstup, informační materiál o preterapii, BP atd.)?

- ne
- nevím
- ano – prosím, uveďte na Vás kontakt
-

ČÁST 3. Sociodemografické ukazatele

8) Zde prosím vyplňte údaje o Vás:

- **Pohlaví:** muž žena
- **Věk:** 25 let a méně 26 – 30 let 31-35 let 36 let a více
- **Vzdělání (označte všechny správné odpovědi):**
 - student oboru ergoterapie
 - ukončené vzdělání VŠ - obor ergoterapie – *prosím upřesněte:*
 - Praha Ústí nad Labem (Teplice) Ostrava Plzeň
 - ukončené vzdělání VOŠ – obor ergoterapie – *prosím upřesněte:*
 - Ostrava Most Teplice
 - další ukončené vzdělání (VŠ, VOŠ) – *prosím vypište:*
 -
 -
- **Počet let Vaší ergoterapeutické praxe:**
 - pouze v rámci studií 1 rok a méně 2-4 roky 5-8 let 9-12 let
 - 13 let a více

Děkuji mockrát za vyplnění!

Dotazník, prosím, odevzdejte do barevné papírové krabice u registračního stolku.

V případě, že dotazník nestihnete odevzdat na konferenci, prosím o vyplnění jeho elektronické podoby na stránkách ČAE (www.ergoterapie.cz).

Vypracovaný informační materiál bude rozeslán zájemcům na jaře 2010.

Pokud víte o některých pracovištích v České republice, kde se metoda preterapie využívá, prosím Vás o jejich uvedení (pro co nejkompletnější přehled v rámci mojí BP). Děkuji.

.....
.....

Přeji příjemný den a hodně zajímavých zážitků nejen v ergoterapeutické praxi.
Kateřina Macků

Příloha č. 2 – Preterapeutická práce – ukázka A

Využití metody preterapie při halucinacích (Prouty – Pietrzak, 1988; in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005).

Klientem je šedesátiletý muž, který se rozvedl a před nedávnem opět oženil. Doporučen na ambulantní léčbu s diagnózou fobické neurózy v akutní depresivní epizodě, možnost hospitalizace kvůli rozvíjející se schizofrenní psychóze. Klient bez medikace.

Výrazné aktuální příznaky, které narušují klientův každodenní život. Objevily se poté, co se oženil s ženou, s níž předtím několik let žil. Klient opakovaně vnímá živé obrazy, prožívá je jako součást reality. Obrazy jsou spojené s hrozbou utopení, vidí v nich lidi bez tváří, kterým někdo ubližuje. Přidružené tělesné obtíže – pocení, vyšší krevní tlak, třes a další projevy úzkosti. Klient se cítí v nebezpečné situaci, ale nedokáže ji vysvětlit.

K = klient, T = terapeut

ZR, TR, OR, SR, SRR = zkratky použitých kontaktních reflexí (viz kapitola 2.4.2), občas je v jedné odpovědi obsaženo více typů reflexí, uvádím pouze jednu z možností

- K: Mám pocit, jako bych se topil.
T: Topíte se.
K: Jo.
T: (ZR) Je to, jak byste se topil.
K: Nemůžu zjistit ... kde jsem.
T: (OR) Kde jste? Máte obličej samou vrásku.
K: Kde ... je to strašné.
T: (TR) To je strašné, celý se chvějete.
K: Je to, jak kdybych se topil. Ano, jsem to já.
T: (SRR) Jste to vy.
K: Já se topím. Není to nic velkého, nejspíš vana nebo tak něco.
T: (SRR) Jste to vy ... vana nebo tak něco.
K: Nemůžu dýchat. (*Ruce mu vystřelí ke krku.*)
T: (TR) Dusí vás to. (*Opakuje pohyb rukama jako klient.*)
K: Je to všude ... tváře, obličej ... jsou všude.
T: (SRR) Jsou všude.
K: Jsou to tmavé tváře, vidím je jasně.
T: (SRR) Jasně vidíte, že to jsou tmavé tváře.
K: Je zima. Už mě skoro má.
T: (SRR) Je zima. Už mě skoro má.
T: (ZR) Je to všude.
K: Jsem ve vaně. Obličej. Jsem ve vaně.
T: (SRR) Jste ve vaně.
K: Jsem to já ... Co se to děje? Jde to po mně. Topím se. Ty tváře jsou ošklivé.
T: (TR) Odvracíte se. Topíte se ... ošklivé.
K: Už mě skoro má.
T: (SRR) Už vás skoro má.
K: Jsou to ty obličej.
T: (SRR) Jsou to ty obličej, jsou ošklivé.

K: Jsou šílené a tmavé.
 T: (SRR) Jsou šílené a tmavé.
 K: Topím se. (*Pláče.*) Je to jen jeden.
 T: (OR) Pláčete. Topíte se. Je to jen jeden.
 K: Dusí mě to. Ve vaně není voda.
 T: (SRR) Dusí vás to. Není voda.
 K: Není tam voda ... ten obličej mě dusí. (*Usedavě se rozpláče. Dlouhá odmlka.*)
 T: (SRR) Není tam voda ... ten obličej vás dusí. Pláčete.
 K: Je to moje bývalá žena. Dusí mě. (*Dlouhá odmlka.*) Aha, jsem v přízemí.
 T: (SRR) Jsem v přízemí.
 K: Pomozte mi. (*Rozpláče se.*)
 T: (SRR) Je to vaše bývalá manželka.
 T: (ZR) Jste v přízemí.
 K: Ano. A je tam zima a tma.
 T: (SRR) Je tam zima a tma.
 K: Postel mám v rohu. Je malá.
 T: (SRR) Postel mám v rohu. Je malá.
 K: Spím v suterénu. Moje manželství mě udusilo.
 T: (SRR) Moje manželství mě udusilo.
 T: (OR) Ve tváři se vám zračí bolest, zorničky máte rozšířené.
 K: Ano, bolí to. Manželství mě udusilo. Jako bych se topil ve vztahu.
 T: (SRR) Bolí vás to, manželství vás dusilo. Váš vztah vám připadá, jako byste se utopil.
 K: Celé ty roky. Dusil jsem se kvůli našemu svatebnímu slibu. Nemohli jsme se rozvést, protože jsme byli katolíci. A když jsem se znovu oženil, vrátily se mi ty hrozné vzpomínky na manželství a náboženství.
 T: (SRR) Manželství je strašné kvůli slibu.
 K: Nemůžu být ženatý. Bojím se, že se udusím a že se ztratím na moři.
 T: (SRR) Nemůžu být ženatý. Bojím se, že se udusím a že se ztratím na moři.
 K: Zrušení svatby trvalo celou věčnost. Bylo to nekonečné. Tak už nikdy žít nechci.
 T: (SRR) Zrušení svatby trvalo celou věčnost. Bylo to nekonečné. Tak už nikdy žít nechci.
 T: (OR) Přestal jste plakat.
 K: Neumím se oženit tak, aby to bylo správně. Kdykoli jdu spát, vzpomenu si na přízemí. Panebože, bylo to hrozné.

Klient se postupně začal vypořádávat s událostmi ze svého minulého i současného manželství, získal náhled na situaci, jak první manželství ovlivňuje jeho stávající. Halucinace posléze odezněly.

Příloha č. 3 – Preterapeutická práce – ukázka B

Využití metody preterapie při krizové intervenci (Prouty – Kubiak, 1988a; in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005). Zkratky viz Příloha č. 2.

Klientka hospitalizována v psychiatrické léčebně z důvodu duální diagnózy – hebefrenní schizofrenie a mentální postižení. Akutní psychotická krize se dostavila při jízdě skupiny klientů mikrobusem.

Klientka seděla na zadním sedadle, krčila se k zemi a měla jednu paži zvednutou. Ve tváři se jí zračil děs, začala hrůzou ječet. Autobus se zastavil. Terapeutka si sedla vedle klientky, měla zavřené oči a pomrkávala víčky. Ostatní klienti vyšli s druhým terapeutem ven.

- K: *(Stále silnějším hlasem.)* Tahá mě dovnitř.
T: (SRR) Tahá mě dovnitř.
K: *(Nadále se choulila do sedadla, levou paži měla pořád nataženou směrem vzhůru. Oči měla pevně zavřené.)*
T: (TR) Vaše tělo se choulí na sedadle. Jednu paži máte nataženou nahoru.
K: (SR) Sedíme v autobuse. Sedíte vedle mě.
K: *(Vykřikla.)*
T: (OR) Carol, právě křičíte.
K: Tahá mě to dovnitř.
T: (SRR) Tahá vás to dovnitř.
T: (SR) Carol, sedíme v autobuse. Sedíte hned vedle mě.
T: (OR) Něčeho se bojíte. Křičíte.
K: *(Křičí.)* Vcucne mě dovnitř.
T: (SRR) Vcucne vás dovnitř.
T: (SR) Sedíme v autobuse, Carol. Sedíte vedle mě.
T: (TR) Máte nataženou paži.
K: *(Začíná zoufale štkát. Paže svěsí do klína.)* Byl to vysavač.
T: (SRR) Byl to vysavač.
K: *(Pohlédne terapeutce do očí.)* Udělala to vysavačem. *(Normálním tónem pokračuje dál.)* Myslela jsem si, že je to pryč. Když jsem zlobila, vždycky zapnula vysavač. Hadici mi dala rovnou na paži. Pokaždé jsem se bála, že mi tu ruku vcucne. *(Štkání ustává. Poznámka autorů – klientka si denně líbala paži až k lokti a neustále si ji hladila.)*
T: (SR) Paži máte pořád tady. Vysavač vám ji nevucnul.
K: *(Usmála se a nechala se terapeutkou obejmout.)*

Téhož dne odpoledne se klientka na terapeutickém sezení ponořila do svých pocitů souvisejích s trestáním, jímž v dětství prošla. Líbání i hlazení paže ustalo. Klientka měla možnost prožít zkušenost, která ji pomohla pochopit souvislost mezi líbáním a hlazením své paže a emočním traumatem z dětství, když jí matka vyhrožovala vysavačem. Nově objevené souvislosti klientka dokázala využít jako základ pro další terapii týkající se její matky.

Příloha č. 4 – Preterapeutická práce – ukázka C

Využití metody preterapie při těžké depresi klienta s těžkým mentálním postižením (Prouty, in Prouty – Van Werde – Pörtner, 2005). Zkratky viz Příloha č. 2.

Mladý klient ve věku 21 let s těžkým mentálním postižením – mentální věk na úrovni dvou let a čtyř měsíců. Obyvatel státního ústavu sociální péče. Vážné symptomy znemožňují vzdělávání a učení se praktickým dovednostem, účast na společných aktivitách oddělení. Mazi příznaky patří proměny nálad, pláč, psychomotorická retardace, obsedantní stereotypní vytrhávání trávy.

Psychologická léčba bez medikace, před zahájením preterapie všechny léky vysazeny. Možnost objektivního hodnocení.

Raná fáze

Terapie probíhá dvakrát týdně půl hodiny. Klient po vtrhnutí do místnosti sedí na židli a řídí imaginární auto. Ruce drží na imaginárním volantu. Vydává zvuky připomínající vrčení motoru, cvakání blinkrů, občas i zvuky nehody. Během prvního roku řídí pomyslné auto při každém sezení. V místnosti je připraven skutečný volant. Oční kontakt navazuje výjimečně.

- T: Ahoj, Dane.
T: (SR) Díváš se na volant.
T: (SR) Oba sedíme na hnědých židlích.
K: Vrum.
T: (SRR) Vrum.
K: Klik, klik.
T: (SRR) Klik, klik.
T: (SR) Dan točí volantem.
T: (TR) Dan kříží ruce. (*Překříží ruce.*)
T: (TR) Tělo se na židli ohýbá dolů. (*Ohne se.*)
K: Vrum, vrum.
T: (SRR) Vrum, vrum.
T: (SR) Hlavami se dotýkáme podlahy.
T: (TR) Ohýbáme se dolů k zemi.
T: (OR) Díváš se.
T: (SR) Díváš se na volant.
K: Í, prsk, sss.
T: (SRR) Í, prsk, sss.
T: (SR) Děláš zvuky jako při bouračce.
K: Klik, klik.
T: (SRR) Klik, klik.
T: (SR) Vydáváš zvuky jako blinkr.
T: (SR) Sedíme ve velké místnosti.
T: (SR) Venku svítí sluníčko.
T: (TR) Díváme se na sebe.
T: (TR) Točíš pažemi. (*Položí ruce na volant*)
T: (SR) Ty točíš volantem a já taky.
T: (OR) Dan se usmívá.

T: (SR) Dan řídí auto už hodně dlouho.
 T: (ZR) Naposledy jsme spolu byli v malé místnosti.
 T: (OR) Vypadáš smutně.
 T: (SR) Děláš zvuky jako při bouračce.
 T: (SR) Ty děláš zvuky a já taky.
 K: Vrum, vrum.
 T: (SRR) Vrum, vrum.
 K: Pí, pí.
 T: (SRR) Pí, pí.
 T: (ZR) Posledně jsi měl červené tričko.
 T: (SR) Dneska máš žluté tričko.
 K: Vrum, vrum.
 T: (SRR) Vrum, vrum.
 K: Vrum, vrum.
 T: (SRR) Vrum, vrum.

Navázání vztahu v průběhu terapie

Klient si uvědomuje zrcadlení jeho chování. Stále řídí auto, ale více se přitom dívá do očí. Usmívá se, cítí, že je podporován kontaktními reflexemi a kontroluje, zdali jsou poskytovány. Kroutí se na židli, nakládá se, vydává zvuky, kroutí pažemi. Ustává zaujetí řízením, objevení dalších hraček. Sleduje svou podobu v zrcadle, dělá na sebe obličej. Ustává plačtivost.

T: Ahoj, Dane.
 K: Ahoj, Mimi.
 T: (SR) Když jsi pozdravil, podíval ses na Mindy.
 T: (SR) Sedíš na židli.
 T: (SR) Hledáš volant.
 T: (OR) Rozhlížíš se po místnosti.
 T: (SR) Vzal sis do ruky volant.
 T: (OR) Usmíváš se.
 K: Vrum. Vrum.
 T: (SRR) Vrum. Vrum.
 T: (OR) Díváš se na Mindy.
 T: (SR) Velké zrcadlo je na stole.
 T: (OR) Vyplazuješ jazyk.
 T: (ZR) Ty vyplazuješ jazyk, já vyplazuju jazyk.
 T: (OR) Když Mindy vyplázne jazyk, usměješ se.
 T: (SR) Oba se díváme do zrcadla.
 T: (SR) Dan a Mindy sedí vedle sebe.
 T: (SR) Dan a Mindy se dívají do zrcadla.
 T: (OR) Dan se usmívá.
 T: (ZR) Ty se usmíváš, já se usmívám.
 T: (OR) Máš rty pevně sevřené.
 T: (SR) Díváš se na Dana do zrcadla.
 T: (OR) Dan se mračí.
 K: Tady.
 T: (SRR) Tady.

T: (OR) Tvoje rty se zase usmívají.
 T: (ZR) Ty se usmíváš, já se usmívám.
 T: (OR) Dan se usmívá.
 T: (SR) Bereš si do ruky volant.
 K: Vrum. Vrum.
 T: (SRR) Vrum. Vrum.
 K: Vrum. Vrum.
 T: (SRR) Vrum. Vrum.
 T: (SR) Díváš se do zrcadla.
 T: (ZR) Dříve jsi řídil pořád.
 T: (SR) Teď řídíš už jen někdy.
 T: (SR) Bereš si do ruky červenomodrou hračku.
 T: (SR) Obracíš hračku v rukách.
 T: (SR) Podáváš mi hračku.
 K: Otevři.
 T: (OR) Díváš se.
 T: (OR) Díváš se na Mindy.
 T: (SR) Chceš vyndat kostky z krabičky.
 T: (OR) Díváš se.
 T: (ZR) Minule jsme seděli na židli.
 T: (ZR) Minule přšelo.
 T: (SR) Dneska svítí sluníčko.
 T: (ZR) Dan předtím řekl „otevři“.
 K: Tady.
 T: (SRR) Tady.
 T: (SR) Chceš dát do díry trojhran.
 T: (OR) Dan se usmívá.
 T: (OR) Ty se usmíváš, já se usmívám.

Po čtyřech letech je klient ve stabilizovaném stavu. Příznaky ustoupily, rozvinula se komunikace. Reaguje více na reálnou skutečnost. Je schopen se zařadit do aktivit oddělení, účastní se společenských, vzdělávacích i pracovních programů. Občas pláče a bývá slovně agresivní. Jeho matka chce v preterapii pokračovat. Uvádí, že díky terapii začal vidět sám sebe.

Příloha č. 5 – Kompletní seznam preterapeutické literatury

Pre-Therapy Reference List - Last update: October 13, 2008

Edited by Dion Van Werde & Mathias Dekeyser for the Pre-Therapy International Network. We intend to keep this list complete, up to date and accurate. However, upcoming publications are not listed.

For information on upcoming work, availability of listed items, or the history of this list, please contact Dion Van Werde (dion.vanwerde@sint-camillus.be). For corrections or additions, please contact Mathias Dekeyser (mathias.dekeyser@psy.kuleuven.be). Upon request, this list can be mailed to you as RTF, Word, OpenOffice, or PDF file.

1. Armenta, J. (2006). **La terapia centrada en el cliente en un contexto psiquiátrico: Del diagnóstico al encuentro con la persona.** *Enseñanza en Investigación en Psicología*, 2, 399-411.
2. Brenner, N. (2006). **Auf der Suche nach Kontakt. Analyse der Prä-Therapie nach Garry F. Prouty bei Menschen mit einer geistigen Behinderung und Kontaktstörungen.** Unpublished doctoral dissertation, Universität Koblenz-Landau, Landau, Germany.
3. Clarke, C. (2005). **Prouty's contact work: a carer's perspective.** *Mental Health Practice*, 9(1), 24-27.
4. Clarke, C. (2006). **Pre-Therapy: A carer's perspective of Prouty's contact work.** *The Meriden West Midlands Family Programme Newsletter*, 2(11), 5-8.
5. Clarke, C. (2007). **A carer's experience of Pre-Therapy and contact work.** In P. Sanders (Ed.), *The contact work primer* (pp. 37-48). Ross-on-Wye, UK: PCCS.
6. Coffeng, T. (1985). **Focussen, een cursus als pre-therapie.** *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 11, 402-409.
7. Coffeng, T. (1988). **Prouty's Pre-Therapy and proto-symbolic method.** Unpublished manuscript. [Paper for teaching psychiatric residents.]
8. Coffeng, T. (1996). **Experiential and pre-experiential approach to early trauma.** In U. Esser, H. Pabst & G.-W. Speierer (Eds.), *The Power of the Person-centered Approach* (pp. 185-204). Köln: GwG.
9. Coffeng, T. (1996). **The delicate approach to early trauma.** In R. Hutterer, G. Pawlowski, P.F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy. A paradigm in motion* (pp. 499-511). Frankfurt am Main: Peter Lang.
10. Coffeng, T. (1998). **Pre-experiencing: a way to contact trauma and dissociation.** *The Folio*, 17(1), 43-53.
 - a. Coffeng, T. (2000). **Prä-experientieller Kontakt mit Trauma und Dissoziation.** (E. Zinschitz, Trans.) In H.-J. Feuerstein, D. Müller, A. Weiser Cornell (Eds.), *Focusing im Prozess* (pp. 51-61). Köln: GwG-verlag.
11. Coffeng, T. (2000). **Experiential and pre-experiential therapy for multiple trauma.** *International Pre-Therapy Review*, 1, 13-30.
12. Coffeng, T. (2000). **Focusing en de experiëntiële dimensie.** In W. Trijsburg, S. Colijn, E. Collumbien, & G. Lietaer (Eds.), *Handboek integratieve psychotherapie* (pp. IV2.2.1-26). Utrecht: De Tijdstroom.
13. Coffeng, T. (2002). **Two phases of dissociation, two languages.** In J. C. Watson, R. N. Goldman, & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century* (pp. 325-338). Ross-on-Wye: PCCS.
14. Coffeng, T. (2002). **Contact in the therapy of trauma and dissociation.** In G. Wyatt & P. Sanders (Eds.), *Therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Volume 4. Contact and perception* (pp. 153-167). Ross-on-Wye: PCCS.
15. Coffeng, T. (2004). **Trauma, imagery and focusing.** *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3(4), 277-290.
16. Coffeng, T. (2005). **The therapy of dissociation: Its phases and problems.** *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 4(2), 90-105.
17. Cornelissens, K. (1991). **Exploratief onderzoek naar de contact-mogelijkheden van verzorgenden met dementerende bejaarden.** Unpublished master's thesis. Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Geneeskunde, Leuven, Belgium. [Eindverhandeling Licentiaat Medische-Sociale Wetenschappen en Ziekenhuisbeleid]

18. Dekeyser, M., Prouty, G., & Elliott, R. (2008). **Pre-Therapy process and outcome: A review of research instruments and findings.** *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 7, 37-55.
19. De Graeve, G. (2005). **Pre-Therapie: eerste hulp bij aangaan van contact.** *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47(10), 701-705.
20. De Vre, R. (1992). **Prouty's Pre-Therapie.** Unpublished master's thesis. Rijksuniversiteit Gent, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Gent, Belgium.
21. Deleu, C. (1990). **Luisteren naar de overstemde.** *Tijdschrift voor sociale hulpverlening vanuit de Antroposofie*, 3, 26-37.
22. Deleu, C. (1992). **Hören und Überhören ...Über das Hören von Stimmen und andere Halluzinationen.** *GwG-Zeitschrift*, 23(86), 10-14.
23. Deleu, C. & Van Werde D. (1998). **The relevance of a phenomenological attitude when working with psychotic people.** In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-Centred Therapy: a European perspective* (pp. 206-215). London: Sage.
24. Dinacci, A. (1990). **Pre-Terapia, una nuova opportunità per il trattamento psicologico del cliente schizofrenico.** Unpublished master's thesis. Università di Siena, Italia.
25. Dinacci, A. (1994). **Colloquio Pre-Therapeutico: Criterio obiettivo di valutazione.** *Legge e Psiche, Rivista di Psicologia Giuridica*, 3(1), 24-32.
26. Dinacci, A. (1997). **Ricerca sperimentale sul trattamento psicologico dei pazienti schizofrenici con la pre-terapia di Dr. G. Prouty.** *Psicologia della Persona*, 2(4), 32-49.
27. Dinacci, A. (2000). **ECPI – Objective Evaluation Criteria for the Pre-Therapy Interview.** *International Pre-Therapy Review*, 1, 31-42.
28. Dinacci, A. (2002). **Touch (physical contact) in Pre-Therapy.** *International Pre-Therapy Review*, 2, 12-18.
29. Dinacci, A. (2003). **La Pre-Terapia in Italia, dieci anni dopo.** *International Pre-Therapy Review*, 3, 4.
 - a. Dinacci, A. (2003). **Pre-Therapy in Italy: Ten years later.** *International Pre-Therapy Review*, 3, 5.
30. Dinacci, A. (2005). **Pre-Therapy: First empathy.** *International Pre-Therapy Review*, 4, 9-10.
31. Dodds, P. (2007). **Pre-Therapy, contact work and dementia care.** In P. Sanders (Ed.), *The contact work primer* (pp. 72-82). Ross-on-Wye, UK: PCCS.
32. Dodds, P., Morton, I., & Prouty, G. (2004). **Using Pre-Therapy techniques in dementia care.** *Journal of Dementia Care*, 12(2), 25-28.
33. Freeth, R. (2007). **The person-centred approach to severe psychopathology and psychosis.** In R. Freeth, *Humanising psychiatry and mental health care. The challenge of the person-centred approach* (pp. 149-161). Oxford: Radcliffe Publishing.
34. Grandicelli, S. (2005). **Establishing contact is the first step.** *International Pre-Therapy Review*, 4, 15-16.
35. Hinterkopf, E., Prouty G. & Brunswick L. (1979). **A pilot study of Pre-Therapy Method applied to chronic schizophrenic patients.** *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 3, 11-19.
36. Hipólito de Jesus, J.E. (2001). **Prouty, G: Evolução teórica na terapia experiencial centrada-na-pessoa. Nota de leitura.** *A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, 7, 89.
37. Huh, C. H., & Prouty, G. (s.d.). **Taoist psychotherapy and client-centered psychotherapy. echos.** Unpublished manuscript.
 - a. Huh, C. H., & Prouty, G. (2006). **La psychothérapie taoïste et la psychothérapie centrée sur le client: échos.** (F. Ducroux-Biass, Trad.) *ACP pratique et recherche*, 4, 37-44.
38. Huisman, I. (1994). **De principes van de pre-therapie van Prouty als middel om in contact te komen met de psychotische mens.** Unpublished manuscript, Assen, Nederland. [Eindverhandeling B-opleiding Psychiatrische Verpleegkunde]
39. Huybrechts, C. (2002). **Pre-Therapie: een cliëntgerichte manier om contact tot stand te brengen bij Reinhart, een adolescent met een contactstoornis.** Unpublished manuscript, Plantijn Hogeschool, Antwerpen. [Eindwerk aangeboden tot het bekomen van het diploma hoger onderwijs van het korte type; opleiding gegradueerde in de orthopedagogie.]

40. Huybrechts, E. (2006). **Cognitieve Gedragstherapie versus Pre-Therapie in de behandeling van hallucinaties.** Unpublished master's thesis. Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Leuven, Belgium.
41. Krietemeyer, B. & Prouty, G. (2003). **The art of psychological contact. The psychotherapy of a mentally retarded psychotic client.** *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2(3), 151-161.
 - a. Krietemeyer, B., & Prouty, G. (2007). **The art of psychological contact: The psychotherapy of a mentally retarded psychotic client.** In R. Worsley & S. Joseph (Eds.), *Person-Centred Practice: Case studies in positive psychology* (pp. 125-134). Ross-on-Wye, UK: PCCS.
42. Knapp, C. (2000). **Relating Rob: A personal account of Client-Centered work with a non-verbal client diagnosed with schizophrenia, mental retardation and brain damage.** *The Person-Centered Journal*, 7(2), 165-170.
43. Laurens, R. (1993). **De uitbouw van een bestaande psychoseafdeling tot een meer contactgericht milieu.** Unpublished manuscript. Vervolmakingscentrum voor Verpleegkundigen en Vroedvrouwen, Brussel, Belgium. [Eindverhandeling Kaderopleiding Nursing]
44. Leijssen, M. (1993). **Creating a workable distance to overwhelming images: comments on a session transcript.** In D. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers (129-147)*. London: Constable.
45. Leijssen, M. & Roelens, L. (1988). **Herstel van contact-functies bij zwaar gestoorde patiënten door middel van Prouty's Pre-Therapie.** *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 18(1), 21-34.
46. Leijssen, S. (2000). **Zorg die als muziek in je oren klinkt. Muziektherapie bij dementerende oudere mensen.** In T. Wijnen e.a. (Eds.), *Praktijkboek kwaliteitszorg in welzijnsvoorzieningen* (pp. 112-132). Brussels, Belgium: Politeia.
47. Leijssen, S. (2002). **Liederen voor bejaarden: waar dat allemaal goed voor is.** *Trefcentrum Derde Leeftijd - Berichten*, 20(1), 4-8.
48. Lunardi, C. (2002). **Pre-Therapy treatment with employment of Evaluation Criterion of Pre-Therapy Interview (ECPI): a case.** *International Pre-Therapy Review*, 2, 25-27.
49. Lunardi, C. (2003). **Pre-Therapia. Il punto di vista del pre-terapeuta.** *International Pre-Therapy Review*, 3, 10-11.
50. Mc Williams, K. & Prouty, G. (1998). **Life enrichment of a profoundly retarded woman: An application of Pre-Therapy.** *The Person-Centered Journal*, 1, 29-35.
51. Miessen, G. (1996). **Initiation à la pré-thérapie (Compte-rendu).** *Le Journal de l' AFPC*(3), 85-90.
52. Miksch, G. (2000). **Client-centered psychotherapy with schizophrenic patients. Personal experiences and formulation of a helpful setting.** In: J. Marques-Teixeira & S. Antunes (Eds.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy* (pp. 241-252). Linda a Velha: Vale & Vale.
53. Morato, H. T. P. (1990). **Nota sobre o metodo do doutor Garry Prouty.** *Insight: Psicoterapia*, 1(1), 9-10.
54. Okamura, T. (1997). **Pre-Therapy: Concerning the first condition of the therapeutic personality change.** *Human Mind*, 74, 28-29.
55. Ondracek, P. (2002). **Personenbezogenheit – Ein wichtiger Aspekt der Qualität heilpädagogischer Arbeit.** *Berufsverband der Heilpädagogen – Info*, 8(2), 3-12.
56. Ondracek, P. (2004). **Personzentriertes Arbeiten und Kontaktförderung. Ansatz zur Wirksamkeitserfassung.** In H. Greving (Ed.), *Jahrbuch Heilpädagogik 2004. Aktuelle Entwicklungen und Tendenzen in der Heilpädagogik* (pp. 75-124). Berlin: BHP-Verlag.
57. Ondracek, P. (2005). **Elemente der Prä-Therapie.** In H. Greving & P. Ondracek, *Handbuch Heilpädagogik* (pp. 391-394). Köln: Bildungsverlag EINS.
58. Peeters, N. (1998). **Ergotherapie bij psychosegevoelige mensen: een pre-therapeutische invalshoek.** Unpublished manuscript. Katholieke Hogeschool voor Gezondheidszorg Gent, Faculteit Ergotherapie, Gent, Belgium. [Eindwerk Gegraduateerde in de Ergotherapie]

59. Peters, H. (1986). **Prouty's Pre-Therapie methode en de behandeling van hallucinaties: een verslag.** Ruit, Multidisciplinair Tijdschrift voor Ontwikkelingsstoornissen, Zwakzinnigheid en Zwakzinnigzorg, 12(1), 26-34.
60. Peters, H. (1986). **Prouty's Pre-Therapie methode en de behandeling van hallucinaties: een verslag.** Mededelingenblad Vereniging voor Rogeriaanse Therapie, 3, 34-46.
61. Peters, H. (1992). **Psychotherapie bij geestelijk gehandicapten.** Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
62. Peters, H. (1996). **Toepassing van Prouty's pretherapeutische methoden in de behandeling van geestelijk gehandicapten.** Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en klinische Kinderpsychologie, 21(1), 23-36.
63. Peters, H. (1999). **Pre-Therapy: a client-centered experiential approach to mentally handicapped people.** Journal of Humanistic Psychology, 39(4) 8-29.
64. Peters, H. (2001). **Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit geistiger Behinderung.** Stuttgart: Klett-Cotta.
65. Peters, H. (2002). **"Kun je me begrijpen?" Omgaan met verstandelijk gehandicapten in psychotherapie.** Leuven/Leusden: ACCO.
66. Peters, H. (2003). **Enkele gedachten over vroegkinderlijk imiteren en intersubjectiviteit in relatie tot aspecten van psychotherapie.** Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie, 41, 84-115.
67. Peters, H. (2003). **Imitatie, intersubjectiviteit en pretherapeutische reflecties: een samenhang in verschillen.** Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie, 41, 168-181.
68. Peters, H. (2003). **Is psychotherapie mogelijk bij ernstig contactgestoorde cliënten?** Psychopraxis, 5, 228-231.
69. Peters, H. (2004). **Pre-Therapie, intersubjectiviteit en autisme.** Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme. Theorie en Praktijk, 3, 110-119.
70. Peters, H. (2005). **Pre-Therapy from a developmental perspective.** Journal of Humanistic Psychology, 45, 62-81.
71. Peters, H. (2006). **The development of intersubjectivity in relation to psychotherapy and its importance for Pre-Therapy.** Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 5, 191-207.
72. Poli, E. (2003). **Pre-Therapia: un caso clinico.** International Pre-Therapy Review, 3, 12-13.
73. Poli, E. (2005). **Paolo: The rediscovery of the contact and the word.** International Pre-Therapy Review, 4, 11-12.
 - a. Poli, E. (2006). **Paolo: La redécouverte du contact et de la parole.** (Paolo: The rediscovery of the contact and the word.) (M.-F. Meurisse, Trad.) In: Trait d'Union (Rep. No. 23), pp. 47-50. Brussels, Belgium: Clinique Sans Souci.
74. Pörtner, M. (1990). **Klientenzentrierte Psychotherapie mit schizophrenen Patienten. Garry Proutys Methode der Prä-Therapie.** Die Kerbe, 23(2), 10-13.
75. Pörtner, M. (1993). **Klientenzentrierte Therapie mit geistig Behinderten und Schizophrenen. Garry Proutys Konzept der Prä-Therapie.** Brennpunkt (54), 15-22.
76. Pörtner, M. (1994). **Garry Prouty.** In M. Pörtner, **Praxis der Gesprächspsychotherapie. Interviews mit Therapeuten** (pp.114-118). Stuttgart: Klett-Cotta. (Translation in English available through author).
77. Pörtner, M. (1996). **Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen. Personzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen.** Stuttgart: Klett-Cotta.
 - a. Pörtner, M. (1998). **Serius nemen – vertrouwen – begrijpen. Cliëntgerichte zorg voor mensen met een verstandelijke handicap.** Maarssen, Elsevier: De Tijdstroom.
 - b. Pörtner, M. (2000). **Trust and Understanding – The Person-Centered approach to everyday care for people with special needs.** Ross-On-Wye: PCCS Books.
78. Pörtner, M. (1996). **Eine psychiatrische Klinik in Belgien.** In M. Pörtner, Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen. Personzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen (pp. 142-150). Stuttgart: Klett-Cotta.
79. Pörtner, M. (1996). **Garry Prouty's Konzept der Prä-Therapie.** In W. Lotz, B. Stahl & D. Irlich (Eds.), **Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung: Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung.** Bern: Huber.
80. Pörtner, M. (2000). **Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen.** Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft, 3, 47-53.
81. Pörtner, M. (2000). **Fördern uns Fordern. Gratwanderung zwischen Überforderung und Unterforderung.** Geistige Behinderung, 1, 31-39.

82. Pörtner, M. (2000). **Prä-Therapie. Eine Brücke zur schwer zugänglichen Welt von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen.** Akzente, Dialoge zwischen Praxis und Theorie, 6, 72-87.
83. Pörtner, M. (2001). **Ist Psychotherapie sinnvoll? Wie können wir im Alltag psychischen Störungen begegnen und diesen vorbeugen?** In E. X. Frei, M. Furger & D. Kehl (Eds.), Geistig behindert und psychisch krank (pp. 57-69). Luzern: Edition SZH/SPC.
84. Pörtner, M. (2001). **Klientenzentrierte Psychotherapie in Verbindung mit Prä-Therapie.** Geistige Behinderung, 4, 304-312.
85. Pörtner, M. (2001). **Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung.** Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung, 3, 165-169.
86. Pörtner, M. (2001). **The Person-Centred Approach in working with People with Special Needs.** Person Centred Practice, 9(1), 18-30.
 - a. Pörtner, M. (2002). **Der Personzentrierte Ansatz in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen.** In W. Keil & G. Stumm (Eds.), Der Personzentrierte Ansatz in der Psychotherapie. Die vielen Gesichter der klientenzentrierten Psychotherapie. (pp. 511-532). Wien: Springer.
 - b. Pörtner, M. (2006). **L'approche centrée sur la personne dans le travail avec des personnes ayant des besoins spécifiques** (F. Ducroux-Biass, Trans.) ACP Pratique et Recherche, 4, 5-25.
87. Pörtner, M. (2002). **Psychotherapy for people with special needs: A challenge for client-centered psychotherapists.** In J. C. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.): Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the 21st Century: Advances in theory, research and practice (pp. 380-386). Ross-on-Wye: PCCS Books.
88. Pörtner, M. (2003). **Brücken bauen. Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und begleiten.** Stuttgart: Klett-Cotta.
89. Pörtner, M. (2003). **Den personcentrerede metode i arbejdet med sindslidende, udviklingshaemmede og demente mennesker.** Kopenhagen: Hans Reitzels Forlag.
90. Pörtner, M. (2003). **Nicht was fehlt, ist entscheidend, sondern was da ist. Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung.** Analytische Psychologie, 34, 112-125.
91. Pörtner, M. (2003). **Sexualität geistig Behinderter.** Punktum (2), 3-4.
92. Pörtner, M. (2004). **Gewalt im Alltag von Menschen mit geistiger Behinderung.** Punktum (1), 7-8.
93. Pörtner, M. (2007). **Pre-Therapy and contact work for people with learning and other mental disabilities.** In P. Sanders (Ed.), The contact work primer (pp. 83-88). Ross-on-Wye, UK: PCCS.
94. Priels, J.-M. (2005). **Snoezelen ... C'est le contact ... C'est la vie !** Le Journal de l'A.F.P.C. (4), 8-17.
95. Priels, J.-M., Verhaegen, S., Gyselinck, P. & Miro, N. (2006). **La pré-thérapie et le travail du contact.** ACP Pratique et Recherche, 4, 46-61.
96. Prouty, G. (1976). **Pre-Therapy - a method of treating pre-expressive psychotic and retarded patients.** Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 13, 290-295.
97. Prouty, G. (1977). **Protosymbolic method: a phenomenological treatment of schizophrenic hallucinations.** Journal of Mental Imagery, 2, 339-342.
98. Prouty, G. (1983). **Hallucinatory Contact: a phenomenological treatment of schizophrenics.** Journal of Communication Therapy, 2, 99-103.
99. Prouty, G. (1986). **The pre-symbolic structure and therapeutic transformation of hallucinations.** In J.E. Shorr & L. Krueger (Eds.), Imagery. Volume 4: Recent practice and theory (pp. 99-106). London: Plenum Publishing Corporation.
100. Prouty, G. (1990). **A theoretical evolution in the Person-Centered/Experiential Psychotherapy of schizophrenia and retardation.** In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties (pp. 645-685). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
101. Prouty, G. (1991). **The pre-symbolic structure and processing of schizophrenic hallucinations: The problematic of a non-process structure.** In L. Fusek (Ed.), New directions in client-centered therapy: Practice with difficult client populations (pp. 1-18). Chicago: Chicago Counseling and Psychotherapy Research Center.
102. Prouty, G. (1994). **Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy. Applications to schizophrenic and retarded psychoses.** New York: Praeger.

- a. Prouty, G. (2001). **Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy. Applications to schizophrenic and retarded psychoses.** (T. Okamura & M. Hikasa, Japanese Trans.). Tokyo, Japan: UNI Agency.
 - b. Prouty, G. (2001). **Evolução teórica na terapia Experiencial Centrada-na-Pessoa. Sua aplicação nas psicoses esquizofrênicas e de atraso mental.** (Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy. Applications to schizophrenic and retarded psychoses.) (M. J. Freire, Trans.). Lisboa: Encontro.
 - c. Prouty, G. (2005). **L'attitude non-directive et les conditions nécessaires et suffisantes appliquées aux schizophrènes et retardés mentaux.** (M.-H. Boudet, Trans.) ACP Pratique et Recherche (2), 75-88. (Original work published in 1994, pp. 3-14).
103. Prouty, G. (1995). **Pre-Therapy, an overview.** Chinese Mental Health Journal, 9, 223-226.
104. Prouty, G. (1998). **Pre-Therapy and the pre-expressive self.** Person-Centered Practice, 6(2), 80-88.
- a. Prouty, G. (2000). **Pre-Therapy and the pre-expressive self.** In T. Merry (Ed.), The BAPCA Reader (68-76). Ross-on Wye: PCCS Books.
105. Prouty, G. (1998). **Pre-Therapy and pre-symbolic experiencing: Evolutions in Person-Centered/Experiential approaches to psychotic experience.** In L. Greenberg, J. Watson & G. Lietaer (Eds.), Handbook of experiential psychotherapy (pp. 388-409). New York: Guilford.
106. Prouty, G. (1998). **Pre-Therapy: Evolutions in Person-Centred theory and practice.** Eisteach, 2(5), 7-12.
107. Prouty, G. (1998). **Uma introdução à pré-terapia.** (R. Brites, Trans.). Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos, 2, 57-62.
108. Prouty, G. (1999). **Carl Rogers and experiential therapies: A dissonance?** Person-Centered Practice, 7, 1.
- a. Prouty, G. (2000). **Carl Rogers et les thérapies expérientielles: une dissonance?** (Carl Rogers and Experiential Therapies: A Dissonance?) (F. Ducroux-Biass, Trans.). Mouvance Rogérienne, 21, 4-17.
 - b. Prouty, G. (2001). **Carl Rogers und die experienziellen. Therapieformer eine Dissonanz?** (Carl Rogers and Experiential Therapies: A Dissonance?) Person, 5(1), 52-57.
109. Prouty, G. (2000). **The pre-expressive self.** International Pre-Therapy Review, 1, 4-11.
110. Prouty, G. (2001). **A new mode of empathy: Empathic contact.** In S. Haugh & T. Merry. (Eds.), Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Volume 2: Empathy (pp. 155-162). Ross-On-Wye: PCCS Books.
- a. Prouty, G. (2005). **A new mode of empathy: Empathic contact.** International Pre-Therapy Review, 4, 2-8.
111. Prouty, G. (2001). **Pre-Therapy: a treatment method for people with mental retardation who are also psychotic.** In A. Dosen & K. Day (Eds.), Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation (pp. 153-166). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
112. Prouty, G. (2001). **The practice of Pre-Therapy.** Journal of Contemporary Psychotherapy, 31(1), 31-40.
113. Prouty, G. (2001). **Unconditional positive regard and Pre-Therapy: An exploration.** In J.D. Bozarth & P. Wilkins (Eds.), Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Volume 3: Unconditional positive regard (pp. 76-87). Ross-On-Wye: PCCS Books.
- a. Prouty, G. (2002). **Unconditional positive regard and Pre-Therapy: An exploration.** International Pre-Therapy Review, 2, 2-10.
114. Prouty, G. (2002). **Humanistic psychotherapy with schizophrenic persons.** In D. Cain & J. Seeman (Eds.), Handbook of Research and Practice in Humanistic Psychotherapies (pp. 579-601). Washington, D.C: American Psychological Association.
115. Prouty, G. (2002). **Prä-Therapy: Eine Einführung zur Philosophie und Theorie.** (Pre-Therapy: An introduction to philosophy and theory.) In W. Keil & G. Stumm (Eds.), Der Personzentrierte Ansatz in der Psychotherapie. Die vielen Gesichter der klientenzentrierten Psychotherapie (pp. 499-512). Wien: Springer.
116. Prouty, G. (2003). **Pre-Therapy: A newer development in the psychotherapy of schizophrenia.** Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 31(1), 59-73.
117. Prouty, G. (2004). **Pre-Therapy and pre-symbolic experiencing: Evolutions in experiential approaches to psychotic experience.** The International Gestalt Journal, 27(2), 59-84.

118. Prouty, G. (2004). **The hallucination as the unconscious self.** *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 32(4), 597-612.
- a. Prouty, G. (2004). **De hallucinatie als het onbewuste zelf.** (J. Peters, Trans.) *Tijdschrift Clientgerichte Psychotherapie*, 42(2), 85-98.
 - b. Prouty, G. (2007). **The hallucination as the unconscious self.** In R. Worsley & S. Joseph (Eds.), *Person-Centred Practice: Case studies in positive psychology* (pp. 169-183). Ross-on-Wye, UK: PCCS.
119. Prouty, G. (2005). **Forms of non-directive psychotherapy: The non-directive tradition.** In B. Levitt (Ed.), *Embracing Non-directivity : Reassessing person-centered theory and practice in the 21st century* (pp. 28-39). Ross-On Wye: PCCS Books.
120. Prouty, G. (2007). **Pre-Therapy: The application of contact reflections,** *American Journal of Psychotherapy*, 61, 283-295.
121. Prouty, G. (2008). **The actualization of the existential Self in human dying.** In B. Levitt (Ed.), *Reflections on human potential* (pp. 223-226). Ross-on-Wye: PCCS Books.
122. Prouty, G. (Ed.) (2008). **Emerging developments in Pre-Therapy: a Pre-Therapy reader.** Ross-on-Wye: PCCS-books.
123. Prouty, G. & Cronwall M. (1990). **Psychotherapy with a depressed mentally retarded adult: An application of Pre-Therapy.** In A. Dosen & F. Menolascino (Eds.), *Depression in Mentally Retarded Children and Adults* (pp. 281-293). Leiden: Logon Publicaties.
124. Prouty, G. & Kubiak M. (1988). **Pre-Therapy applied to crisis intervention with a schizophrenic retardate.** *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews*, 7(10), 62-66.
- a. Prouty, G. & Kubiak, M. (1996, february). **La thérapie des clients retardés mentaux ou psychotiques.** (Pre-Therapy applied to crisis intervention with a schizophrenic retardate.) (H. Henneman & S. Pedevila, Trans.) *Mouvance Rogérienne*, special issue 1995/1996, 23-29.
125. Prouty, G., & Kubiak, M. (1988). **The development of communicative contact with a catatonic schizophrenic.** *Journal of Communication Therapy*, 4(1), 13-20.
126. Prouty, G., & Pietrzak, M. A. (1988). **Pre-Therapy method applied to persons experiencing hallucinatory images.** *Person-Centered Review*, 3, 426-441.
127. Prouty, G. & Van Werde, D. (2007). **Student-Centered supervision for Pre-Therapy.** In: K. Tudor & M. Worrall (Eds.), *Freedom to practice, Volume II: Developing person-centred approaches to supervision* (pp. 72-81). Ross-on-Wye, UK: PCCS.
128. Prouty, G., Van Werde, D. & Pörtner, M. (1998). **Prä-Therapie: Klientzentrierte Therapie mit psychisch erkrankten und geistig behinderten Menschen.** Stuttgart: Klett-Cotta.
- a. Prouty, G., Van Werde, D. & Pörtner, M. (2001). **Pre-Therapie: Cliëntgericht werken met ernstig contactgestoorde mensen.** Maarssen: Elsevier.
 - b. Prouty, G., Van Werde, D. & Pörtner, M. (2002). **Pre-Therapy: reaching contact-impaired clients.** Ross-On-Wye: PCCS Books.
 - c. Prouty, G. (2004, march). **Les fondements de la Pre-Therapie.** (The foundations of Pre-Therapy) (F. Ducroux-Biass, Trans.) *Mouvance Rogérienne*, 7, pp. 19-78. (Original work published in G. Prouty, D. Van Werde & M. Pörtner, 2002, pp. 1-60).
 - d. Prouty, G., Van Werde, D. & Pörtner, M. (2005). **Navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty.** (D. Břejlová, Trans.) Praha: Portál.
129. Raimondi, S. (2003). **Atos e la Pre-Terapia. Lo studio del caso singolo con I relative progressi.** *International Pre-Therapy Review*, 3, 6-9.
130. Ricco, F. (2005). **Pre-Therapy with an autistic client.** *International Pre-Therapy Review*, 4, 13-14.
131. Robles, L. (2008). **La Pre-Terapia de Garry Prouty. Un enfoque centrado en la persona para el tratamiento de la psicopatología severa y crónica.** Retrieved October 13, 2008, from <http://focusingexperencial.blogspot.com/2008/10/la-pre-terapia-de-garry-prouty.html>.
132. Roelens, L. (1988). Prouty's **Pre-Therapie: Een aansporing tot synthese van disparate gegevens betreffende defectschizofrenie.** *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 2, 118-128.
133. Roy, B. (1991). **A client-centered approach to multiple personality and dissociated process.** In L. Fulsek (Ed.), *New directions in client-centered therapy: Practice with difficult populations* (pp. 18-40). Chicago: Chicago Counseling and Psychotherapy Research Center.
134. Sanders, P. (Ed.) (2007). **The contact work primer.** Ross-on-Wye, UK: PCCS.
- a. Sanders, P. (2007). **In the beginning is psychological contact.** In P. Sanders (Ed.), *The contact work primer* (pp. 6-13). Ross-on-Wye, UK: PCCS.

- b. Sanders, P. (2007). **Introducing Pre-Therapy**. In P. Sanders (Ed.), *The contact work primer* (pp. 14-23). Ross-on-Wye, UK: PCCS.
 - c. Sanders, P. (2007). **Understanding and doing Pre-Therapy and contact work**. In P. Sanders (Ed.), *The contact work primer* (pp. 24-36). Ross-on-Wye, UK: PCCS.
 - d. Sanders, P. (2007). **Research into Pre-Therapy**. In P. Sanders (Ed.), *The contact work primer* (pp. 102-107). Ross-on-Wye, UK: PCCS.
135. Schellevis, A. (2006). **A psycholinguistic analysis of the contact reflection**. Unpublished master's thesis. Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Leuven, Belgium.
 136. Segers, B. (1999). **Het herstel en de versterking van het contact met de realiteit als focus van verpleegkundige zorg op een afdeling psychosenzorg**. Unpublished manuscript. Vervolmakingscentrum voor Verpleegkundigen en Vroedvrouwen, Brussels, Belgium. [Eindverhandeling Kaderopleiding Nursing]
 137. Simon, F. (1999). **Un nouveau regard sur la psychose: la préthérapie**. *Le Journal de l' AFPC*, 1, 11-14.
 138. Sommerbeck, L. (2002). **The Wisconsin watershed or the universality of CCT**. *The Person-Centered Journal*, 9(2), 140-157.
 139. Sommerbeck, L. (2003). **The Client-Centred Therapist in psychiatric contexts: A therapists' guide to the psychiatric landscape and its inhabitants**. Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
 - a. Sommerbeck, L. (2004). **Klient-Centret Terapi i psykiatrien**. København: Akademisk Forlag.
 140. Sommerbeck, L. (2005). **An evaluation of research, concepts and experiences pertaining to the universality of CCT and its application in psychiatric settings**. In S. Joseph & R. Worsley (Eds.), *Person-Centred Psychopathology* (pp. 317-336). Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
 141. Sommerbeck, L. (2005). **Non-directive therapy with clients diagnosed with a mental illness**. In B. Levitt (Ed.), *Embracing non-directivity* (pp.170-191). Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
 142. Sommerbeck, L. (2005). **The complementarity between Client-Centred Therapy and psychiatry: The theory and the practice**. In S. Joseph & R. Worsley (Eds.), *Person-Centred Psychopathology* (pp.110-127). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
 143. Sommerbeck, L. (2006). **Udenfor terapeutisk rækkevidde? En introduktion til prae-terapi**. *Psykolog Nyt*, 60(8), 12-20.
 144. Sommerbeck, L. (2007). **In and out of contact: therapy with people in the 'grey-zone'**. In P. Sanders (Ed.), *The contact work primer* (pp. 49-59). Ross-on-Wye, UK: PCCS.
 145. Strens, J. (2005). **La Pré-Thérapie développée par Prouty: un concept théorique et pratique au sein de l'Approche Centrée sur la Personne**. Unpublished master's thesis. Université Catholique de Louvain, Faculté Sciences Psychologiques, Louvain-La-Neuve, Belgium.
 146. Tousseyn, K. (1993). **Prouty's Pre-Thérapie: Toepassingsmogelijkheden voor verpleegkundigen**. Unpublished manuscript. Hoger Instituut Verpleegkunde, Roeselare, België. [Eindverhandeling Verpleegkunde]
 147. Ulenaers, I. (2006). **Het diagnostisch standpunt van Prouty betreffende psychose**. Unpublished master's thesis. Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Leuven, Belgium.
 148. Van Cam, R. (1996). **Prouty's Pre-Thérapie: Contact als noodzakelijke voorwaarde voor cliëntgerichte psychotherapie**. Unpublished manuscript. Provinciaal Instituut voor Sociale Promotie, Antwerpen, Belgium. [Eindverhandeling Assistent in de Psychologie]
 149. Van Damme, S. (2002). **Medemenselijkheid. Ergotherapeutische gevalsstudie rond toepassing van contactreflecties bij een zwaar dementerende vrouw**. Unpublished manuscript. Artevelde Hogeschool, Faculteit Ergotherapie, Gent, Belgium. [Eindverhandeling Gegradueerde in de Ergotherapie]
 150. Van de Putte, D. (1999). **Pre-Thérapie. Contactherstellend werk met psychotische en schizofrene patiënten**. Unpublished manuscript. Katholieke Hogeschool voor Gezondheidszorg, Gent, België. [Eindverhandeling Gegradueerde in de Verpleegkunde]
 151. Van de Voorde, R. (1990). **Verpleegkundige interventies in de psychiatrische kliniek**. *Verpleegkundigen en Gemeenschapszorg*, 46, 5, 257-271.

152. Van de Voorde, R. (1992). **Pre-Therapy: Contactmogelijkheden voor verpleegkundigen.** Verpleegkundigen en Gemeenschapszorg, 48, 1, 41-48.
153. Van den Mooter, B. (2006). **Een psycholinguïstische analyse van contactgedrag.** Unpublished master's thesis. Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Leuven, Belgium.
154. Van Werde, D. (1987). **About the work and thoughts of Dr. G. F. Prouty. An interview with Garry Prouty.** Unpublished transcript. (Audio recorded 23 september 1987, 70', Chicago, IL)
155. Van Werde, D. (1989). **Restauratie van het psychologisch contact bij acute psychose: een toepassing van Prouty's Pre-Therapy.** Tijdschrift voor Psychotherapie, 15, 5, 271-279.
156. Van Werde, D. (1990). **De Pre-Therapie van G.F. Prouty: Psychotherapie met de pre-expressieve cliënt.** Psychiatrie & verpleging, 66, 5, 287-292.
157. Van Werde, D. (1990). **De Pre-Therapie van G.F. Prouty: Psychotherapie met de pre-expressieve cliënt.** In A. Dosen & D.A. Flikweert (Eds.), *Zorg voor geestelijke gezondheid bij zwakzinnigen* (pp. 287-292). Groningen: Stichting Kinderstudies.
158. Van Werde, D. (1990). **Die Wiederherstellung des psychologischen Kontaktes bei akuter Psychose. Eine Anwendung von Dr. G. F. Prouty's "Pre-Therapy."** GwG-Zeitschrift, 21(78), 42-45.
159. Van Werde, D. (1990). **Een contact-milieu voor psychotische mensen: een toepassing van Prouty's Pre-Therapie.** Psychiatrie & Verpleging, 66, 4, 186-194.
160. Van Werde, D. (1990). **Psychotherapy with a retarded, schizo-affective woman: an application of Prouty's Pre-Therapy.** In A. Dosen, A. van Gennep & G. Zwanikken (Eds.), *Treatment of mental illness and behavioral disorder in the mentally retarded. Proceedings of the International Congress, Amsterdam, May 3 – 4, 1990* (pp. 459-477). Leiden: Logon.
- a. Van Werde, D. (2002). **Psychotherapy with a retarded, schizo-affective woman: an application of Prouty's Pre-Therapy.** *International Pre-Therapy Review*, 2, 19-24.
161. Van Werde, D. (1991). **Prouty's inspiratie in het residentieel psychotherapeutisch werken met psychose-gevoelige mensen.** Unpublished manuscript. Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Leuven, Belgium. [Eindverhandeling Specialisatie Client-Centered Psychotherapie]
162. Van Werde, D. (1992). **Contact-faciliterend werk op een afdeling psychosenzorg: een vertaling van Prouty's Pre-Therapie.** VRT-periodiek, 4, 3-20.
163. Van Werde, D. (1994). **An introduction to Client-Centred Pre-Therapy.** In D. Mearns (Ed.), *Developing Person-Centred Counseling* (pp. 121-125). Londen: Sage.
- a. Van Werde, D. (2002). **La Pré-Thérapie.** (H. Henneman, Trans.) *Acta Psychiatrica Belgica*, 102, 50-56.
- b. Van Werde, D. (s.d.). **Une introduction à la Pré-thérapie centrée sur la personne.** (S. Pedevilla, Trad.) Unpublished manuscript.
164. Van Werde, D. (1994). **Dealing with the possibility of psychotic content in a seemingly congruent communication.** In D. Mearns (Ed.), *Developing Person-Centred Counseling* (pp. 126-128). Londen: Sage.
165. Van Werde, D. (1994). **Vraaggesprek met Prof. Dr. Garry Prouty.** Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie, 32(4), 46-53.
166. Van Werde, D. (1994). **'Werken aan contact' als leidmotief van de wekelijkse afdelingsvergadering in residentiële psychosenzorg.** Tijdschrift voor Psychiatrie, 36(8), 46-53.
167. Van Werde, D. (1995). **Contact-faciliterend werk op een afdeling psychosenzorg. Een vertaling van Prouty's Pre-Therapie.** In G. Lietaer & M. Van Kalmthout (Eds.), *Praktijkboek gesprekstherapie. Psychopathologie en experiëntiële procesbevordering* (pp. 178-187). De Tijdstroom: Utrecht.
168. Van Werde, D. (1996). **Interview mit Garry F. Prouty.** GwG-Zeitschrift, 27, 102, 43-48.
169. Van Werde, D. (1998). **Anchorage as a core concept in working with psychotic people.** In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-Centred Therapy: a European perspective* (pp. 195-205). Londen: Sage.
- a. Van Werde, D. (2006). **L' "ancrage": un concept au coeur du travail avec les psychotiques.** (F. Ducroux-Biass, Trans.) *ACP Pratique et Recherche*, 4, 62-76.
170. Van Werde, D. (2000). **Persoonsgerichte psychosenzorg: de tegenstelling 'maatschappij' en 'proces' overstegen?** Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie, 38, 4, 274-279.
171. Van Werde, D. (2002). **Pre-Therapie: een stand van zaken.** Tijdschrift Klinische Psychologie, 32(3), 227-234.

172. Van Werde, D. (2002). **Prouty's Pre-Therapy and Contact-work with a Broad Range of Persons' Pre-expressive Functioning.** In G. Wyatt & P. Sanders (Eds.) *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice. Volume 4: Contact and Perception* (pp. 168-181). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- a. Van Werde, D. (2008). **Die erweiterte Anwendung von Prouty's Prä-Therapie.** (B. Macke-Bruck, Trans.) In M. Tuczai, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Eds.) *Offenheit und Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (pp. 77-94). Wien: Krammer.
173. Van Werde, D. (2002). **The falling man: Pre-Therapy applied to somatic hallucinating.** *Person-Centred Practice*, 10(2), 101-107.
- a. Van Werde, D. (2007). **The falling man: Pre-Therapy applied to somatic hallucinating.** In R. Worsley & S. Joseph (Eds.), *Person-Centred Practice: Case studies in positive psychology* (pp. 135-141). Ross-on-Wye, UK: PCCS.
174. Van Werde, D. (2004). **Clïëntgericht werken met psychotisch functioneren.** In M. Leijssen & N. Stinckens (Eds.), *Wijshheid in gesprekstherapie* (pp. 209-224). Leuven: Universitaire Pers Leuven.
175. Van Werde, D. (2005). **Facing psychotic functioning: Person-centred contact work in residential psychiatric care.** In S. Joseph & R. Worsley (Eds.), *Person-Centered Psychopathology: A positive psychology of mental health* (pp. 158-168). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- a. Van Werde, D. (2006). **Face au fonctionnement psychotique: un travail de contact centré sur la personne dans un contexte psychiatrique résidentiel.** (Ph. Gyselinck, J.-M. Priels, Trad.). In *Trait d'Union* (Rep. No. 23), pp. 25-45. Brussels, Belgium: Clinique Sans Souci.
176. Van Werde, D. (2007). **Contact work in a residential psychiatric setting: bridging person, team and context.** In P. Sanders (Ed.), *The contact work primer* (pp. 60-71). Ross-on-Wye, UK: PCCS.
177. Van Werde, D. & Morton, I. (1999). **The relevance of Prouty's Pre-Therapy to dementia care.** In I. Morton (Ed.), *Person-Centered approaches to dementia care* (pp. 139-166). Bicester, Oxon: Winslow Press.
- a. Van Werde, D., & Morton, I. (2002). **Die Bedeutung von Proutys Prä-Therapie für die Demenzpflege.** (M. Klostermann, Trans.). In I. Morton (Ed.), *Die Würde wahren. Personenzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz* (pp. 189-220). Stuttgart: Klett-Cotta.
178. Van Werde, D., & Prouty, G. (1992). **Het herstellen van het psychologisch contact bij een schizofrene jonge vrouw: een toepassing van Pre-Therapie.** *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 22(4), 269-280.
179. Van Werde, D., & Prouty, G. (2007). **Pre-Therapy: empathic contact with individuals at pre-expressive levels of functioning.** In M. Cooper, P. Schmid, M. O'Hara & G. Wyatt (Eds.), *The Handbook of Person-Centered Therapy* (pp. 237-250). Basingstoke: Palgrave.
180. Van Werde, D. & Van Akoleyen, J. (1994). **'Verankering' als kernidee van residentiële psychosenzorg.** *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 24(4), 293-302.
181. Van Wyngene, C. (1996). **Clïëntgerichte benadering van chronisch schizofrene clïënten.** Unpublished manuscript. Faculteit Mens en Samenleving, Turnhout, Belgium. [Eindverhandeling Opleiding Clïëntgerichte Gesprekstherapie]
182. Van Wyngene, C., Dumon, L. & Coninckx, B. (2000). **Werken aan contact: hoe contactreflecties een proces op gang kunnen brengen.** *Tijdschrift voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg*, 2, 165-178.
183. Vanquaethem, K. (1991). **Persoonsgerichte contactbenadering volgens Prouty.** Unpublished manuscript. Instituut voor Psycho-Sociale Opleiding, Kortrijk, Belgium. [Eindverhandeling Assistent in de Psychologie]
184. Vekens, W. (2002). **Pre-Therapie toegepast bij matig dementerende ouderen met probleemgedrag. Kunnen contactreflecties een meerwaarde zijn binnen de ergotherapeutische benadering?** Unpublished manuscript. Artevelde Hogeschool, Gent, Belgium. [Eindverhandeling Gegradueerde in de Ergotherapie]
185. Verboven, K.. (2002). **Pre-Therapie: een clïëntgerichte benadering bij Nick, een jongen met een mentale handicap en sociale**

Příloha č. 6 – Informační materiál o preterapii

PRETERAPIE a možnosti jejího využití v ergoterapii

Co je preterapie

- metoda navazování kontaktu s lidmi, kteří nereagují na klasické terapeutické působení
- zakladatelem je americký psycholog Garry Prouty



Internetový zdroj: <http://www.psychological-wellbeing.co.uk>

Východiska



- hlavní východisko – humanistický přístup zaměřený na člověka (Carl Rogers)
- vliv existenciální psychologie (Eugene Gendlin)

Motto:

„Na každém dně něco musí být.“ (G. Prouty)

„V každém člověku je zdravé jádro, byť sebemenší, na něž můžeme dosáhnout a se kterým můžeme komunikovat.“
(D. Van Werde)

Kateřina Macků, Bakalářská práce - Ergoterapie, 2009

Cíle



- vytvořit či obnovit kontakt klienta se sebou samým, s druhými lidmi a s reálným okolním světem
- na základě zmíněných kontaktů vytvořit a posílit psychologický kontakt klienta

(bez kontaktu nelze navázat a rozvíjet terapeutický vztah, natož dojít změny v terapeutickém procesu)



Zdroj: materiály ke kurzu, společnost QUIP, 2006

Kateřina Macků, Bakalářská práce - Ergoterapie, 2009

Cílová skupina



- osoby, nacházející se **mimo dosah psychologického kontaktu**, nereagující na klasické terapeutické působení (vliv dlouhodobé hospitalizace, mentálního postižení či psychického postižení)
- **charakteristické rysy chování**: stažení do sebe, sociální izolace, katatonie, halucinace, strach, bizarní řeč těla, fragmentovaná komunikace postrádající smysl, neschopnost sdělit své potřeby
- **příklady preterapeutického uplatnění** – u osob s mentálním postižením, s demencí, s poruchami učení, s poruchami autistického spektra, s psychotickým onemocněním, v terminálním stádiu onemocnění ad.

Kateřina Macků, Bakalářská práce - Ergoterapie, 2009

Název „Preterapie“



- má-li mít terapie smysl, je nutný určitý kontakt klienta se sebou, s druhými, s realitou
- pro navázání kontaktu lze využít preterapii
- preterapie předchází terapii
- preterapie je předpoklínkou
- „pre-condition“ → „pretherapy“ → „preterapie“

Kateřina Macků, Bakalářská práce - Ergoterapie, 2009

Kdo je „preterapeut“



- „preterapeutem“ může být každý, kdo chce s klientem navázat kontakt - preterapie je možností pro psychology, psychiatry, ergoterapeuty, sociální pracovníky, zdravotníky, ale i rodinné příslušníky, přátele a další
- potřeba vnitřní stability terapeuta s dostatečně vysokou úrovní sebepoznání
- jsou vyžadovány 3 vlastnosti, postoje terapeuta tvořící základní vztahovou nabídku – **bezpodmínečně kladné přijetí klienta, empatické jednání a autentický projev terapeuta**

Kateřina Macků, Bakalářská práce - Ergoterapie, 2009

Na jakém principu funguje



Psychologický kontakt je vymezen na třech úrovních:

- 1) Kontaktní reflexe (práce terapeuta)
 - obličejové, tělové, slovní, situační, zopakovatelné reflexe
- 2) Kontaktní funkce (práce klienta)
 - realitní, komunikační, emocionální kontakt
- 3) Kontaktní chování (výstupy pro hodnocení změn)

Terapeut využívá kontaktních reflexí k posílení kontaktních funkcí. Změny jsou pozorovatelné v projevech kontaktního chování. Cílem je vytvořit, posílit psychologický kontakt klienta.

Kateřina Macků, Bakalářská práce - Ergoterapie, 2009

Přínos preterapie



+ výstup pro klienta:

- zpřístupnění dalším terapiím a zapojení se do terapeutického procesu
- zapojení do aktivit všedního dne
- zvýšení kvality života
- snížení psychotické úzkosti a tísně
- podpora důvěry v terapeuta
- projevení emocí
- integrace do společnosti a další

+ výstup pro preterapeuta:

- zvýšená schopnost jednat s klienty a získat si jejich důvěru
- větší působení na klienta, zapojení se do klientova procesu uzdravování
- nárůst uspokojení z prováděné práce
- posílení vlastního postavení
- evidence base pro empatické naslouchání, reflektování a autentický projev
- hlubší porozumění jednotlivým úrovním chování, prožívání a příčinám úzkosti a další

Kateřina Macků, Bakalářská práce - Ergoterapie, 2009

Preterapie v ergoterapii



- společný filosofický základ – C. Rogers, přístup zaměřený na člověka
- umožňuje navázat potřebný kontakt klienta pro zapojení se do aktivit denního života
- posílením a udržováním psychologického kontaktu významně zvyšuje kvalitu života i poskytovaných služeb
- „... ergoterapie podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá **specifické metody** a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přízpusobení prostředí.“ (Koncepce ergoterapie, ČAE, 2007)

→ Preterapie může být právě onou specifickou metodou.

Kateřina Macků, Bakalářská práce - Ergoterapie, 2009

Výhody a nevýhody



VÝHODY

- korespondují s cíli (navázání kontaktu, zapojení klienta zpět do života atd.)
- finančně nenáročná metoda
- může být začleněna do celodenního konceptu – poskytovat ji mohou i rodinní příslušníci, přátelé
- poskytuje Evidence Based Practice (pro naslouchání, empatické jednání atd.)
- rozvíjí komunikační dovednosti a osobnost terapeuta

NEVÝHODY

- nová metoda (možné neuznání zaměstnavatelem, spolupracovníky)
- nutná určitá osobnostní zralost terapeuta s konkrétními vlastnostmi
- klade nároky na terapeuta ve smyslu zpracování klientových projevů
- nedostatek literatury v českém jazyce
- chybí studie na využití preterapie v ergoterapii

Kateřina Macků, Bakalářská práce - Ergoterapie, 2009

Jak se dozvědět více



- PROUTY, G. - VAN WERDE, D. - PÖRTNER, M. *Preterapie: navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty*. Praha: Portál, 2005.
- MACKŮ, K. *Povědomí českých ergoterapeutů o preterapii a možnosti jejího využití v praxi*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. LF, 2009. Vedoucí bakalářské práce Bc. Monika Kohoutová.
- „Proutyho preterapie a její využití při práci s klientem“ – kurz od společnosti Edupol
- „Navazování kontaktu s lidmi, kteří tzv. nereagují, a praktický výstup pro skupinu pracovníků“ – kurz od společnosti QUIP

Kateřina Macků, Bakalářská práce - Ergoterapie, 2009

Použitá literatura



- *Contact Work Concepts*. [online]. [cit. 2008-10-20]. Dostupné z <<http://www.psychological-wellbeing.co.uk>>.
- JELÍNKOVÁ, J. – KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Koncepce oboru ergoterapie*. Praha: ČAE, 2007.
- *Introduction to contact work*. [online]. [cit. 2008-10-13]. Dostupné z <<http://www.psychological-wellbeing.co.uk>>.
- PETERS, H. Pretherapy from a Developmental Perspective. *Journal of Humanistic Psychology* [online]. 2005, vol. 45, no. 62, s. 62-81 [cit. 2008-10-16]. Dostupné z <<http://jhp.sagepub.com>>.
- PÖRTNER, M. *Trust and Understanding*. 2. vyd. Trowbridge: Cromwell Press, 2007. ISBN 978-1-898-05991-2.
- PROUTY, G. - VAN WERDE, D. - PÖRTNER, M. *Preterapie: navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-949-6.
- PROUTY, G. *Theoretical Evolutions in Person Centered/Experiential Therapy. application to schizophrenic and retarded psychoses*. New York: Praeger, 1994.
- QUIP – Společnost pro změnu. *Materiály ke kurzu „Navazování kontaktu s lidmi, kteří tzv. nereagují, a praktický výstup pro skupinu pracovníků“*. 2006.
- VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996. ISBN 80-202-0605-1.
- NYKL, L. *Pozvání do Rogersovské psychologie: přístup zaměřený na člověka*. Brno: Barrister&Principal, 2004. ISBN 80-86598-69-1.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce
absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V dne

Jméno a příjmení zájemce