



Skálův institut, Praha 2, Apolinářská 4

## Bulletin č. 22 - 2024



**Závěrečné teoretické práce – Výcviková komunita č. 15b**

**Sebezkušenostní výcvik v integrativní psychoterapii 2020 – 2024**

# OBSAH

<b>Využití rodinné terapie při práci s rodinou v soudních sporech o děti</b> Martin Cepek .....	4
<b>Vulnerabilita a reziliencia</b> Adela Filářská .....	17
<b>Životní hodnoty a smysl života v psychoterapii</b> Mária Grajcárová .....	33
<b>Terapeutické přístupy k léčbě psychosomatických onemocnění</b> Klára Houlíková .....	52
<b>Psychoterapeutický přístup v práci pedagoga aneb nikdy není pozdě na šťastné dětství</b> Romi Johansson .....	67
<b>Interkulturní psychoterapie a poradenství v kontextu České republiky</b> Alice Kourkzi .....	79
<b>Důsledky “výkonového rodičovství” u adolescentů a jejich terapie</b> Barbora Kreislová .....	91
<b>Komplexní PTSD v integrativní psychoterapii přeživších dospělých</b> Kamila Lahodová .....	106
<b>Skupinová hipoterapie jako součást léčby závislostí</b> Martina Magulová .....	117
<b>Využití integrativní psychoterapie v léčbě závislostí</b> Pavel Nykodým .....	133
<b>Specifika psychoterapie u osob s narušenou komunikační schopností s počátkem v dětském věku</b> Tereza Pucholtová – Cajthamlová .....	147

<b>Téma kojení v integrativní psychoterapii</b> <b>Barbora Skybová</b> .....	160
<b>Homosexualita v psychoterapeutickém procesu</b> <b>Kristýna Šulcová</b> .....	171
<b>Psychosociální intervence při perinatální ztrátě</b> <b>Mgr. Barbora Tománková</b> .....	186

# Využití rodinné terapie při práci s rodinou v soudních sporech o děti

Mgr. Martin Cepek

## ÚVOD

Tato práce se věnuje využití rodinné terapie při práci s rodinou v soudních sporech o děti. Téma jsem si vybral proto, že se věnuji rodinnému poradenství a rodinné terapii v jedné neziskové organizaci. Mimoto pracuji na oddělení sociálně právní ochrany dětí (OSPOD), kde se v posledních letech specializuji na kolizní opatrovnictví. Což je, laicky řečeno, zastupování nezletilého dítěte/děti u soudu. Ke zvolení tématu mě vedlo i to, že jsem se osobně setkal s názorem některých odborníků, kteří poskytují rodinné poradenství a terapii, že v rámci soudního sporu, ve kterém figurují nezletilé děti, a kde je terapie nařízena orgánem veřejné moci, nejde o rodinnou terapii.

Pomocť rodině v soudním sporu o děti není vůbec jednoduché, ať se to týká vztahu terapeuta a klienta/klientů, samotného procesu (mnoho proměnných vstupuje do procesu a vztahů), anebo etického požadavku terapeuta vůči jednotlivým aktérům i vůči orgánu veřejné moci. Nelze se pak divit, proč se ani odborníci pracující s rodinami neshodnou v oslovení pomoci. Zároveň musíme vzít v potaz v právním systému společnosti, jak ona vnímá pomoc rodině. V Listině základních práv a svobod ČR, Článek 32 se mimo jiné dočteme: "Rodičovství a rodina jsou pod ochranou zákona. Zvláštní ochrana dětí a mladistvých je zaručena."; "Děti narozené v manželství i mimo ně mají stejná práva."; Péče o děti a jejich výchova je právem rodičů; děti mají právo na rodičovskou výchovu a péči."; „Rodiče, kteří pečují o děti, mají právo na pomoc státu.".

## ROZPAD RODINY A JEHO NÁSLEDKY

Rozvod bývá jedna z nejnáročnějších životních událostí. V roce 2016 byla rozvodovost v České republice na hranici 45 % uzavřených manželství. Podle výzkumu se průměrná délka trvání manželství při rozvodu ve srovnání s rokem 2000 v roce 2016 zvýšila o dva roky, tj. na 13 let. Nejvyšší intenzita rozvodovosti je zaznamenána u manželství trvajících 5 až 9 let. K tomu víc než polovina rozvádějících se manželů měla jedno či dvě nezletilé děti. "Za hlavní příčinu rozvratu bývá během soudního řízení označen ve dvou třetinách případů rozdíl povah, názorů a zájmů, a to jak na straně ženy, tak i na straně muže..." (Kuchařová a kol., 2019, s. 24) Již ale nemáme žádné statistiky rozpadu rodin u nesezdaných párů, které se rozcházejí a řeší úpravu péče o děti soudní cestou.

"Podle zkušeností soudců, advokátů, pracovníků OSPOD (...) matky usilují o svoji výlučnou péči po rozchodu zejména proto, že to byly ony, kdo se o děti i před rozchodem převážně staral, a chtějí tedy v tomto směru zachovat co největší kontinuitu. S tím je mnohdy spojen i strach ze ztráty kontaktu s dítětem a s omezením svého dosavadního vlivu na jeho výchovu, nezřídka jsou přítomny i obavy z nahrazení vlastní mateřské role novou partnerkou otce dětí. Motivy matek pro volbu výlučné péče bývají jistě i ekonomické, tj. v důsledku své horší příjmové situace usilují o výživné na děti hrazené otcem. Naopak otcové, kteří se staví proti výlučné péči matky, nechtějí, aby jejich role v životě dítěte byla redukována právě jen na hrazení nákladů a výživného, chtějí se podílet na výchově dětí a péči o ně rovnoměrně, neztratit s nimi kontakt. Podobně jako ženy nechtějí být nahrazeni novým partnerem matky.“ (VÚPSV, 1/2022, Porozvodová péče o děti ve veřejném mínění a možné implikaci, on-line)

Soudní spory o nezletilé děti mohou být pro každého člena rodiny velmi emočně vypjaté, kdy například s rozpadem rodiny rodiče mohou prožívat *strach*, že jeden či druhý přijde o dítě; *zoufalství*, že přišla/přišel o to, co dlouho budoval/a; *vinu*, že nebyl/a dost dobrý/á partner/ka; *vztek*, co si to druhý dovolil a že mu to nedaruje; *smutek*, že přišel o partnera/ku; *znechucení*, že se s takovým člověkem dal/a vůbec dohromady a ten má být mému dítěti i nadále rodičem; *překvapení*, vždyť to dosud bylo všechno v pořádku; *nedůvěru*, vždyť „von/vona“ se neumí o dítě ani postarat. A dítě!? Například prožívá *strach* z toho, co s ním bude; s kým bude bydlet; jak se nyní budou rodiče o něho starat; *vinu*, že za rozchod rodičů může ona/on; *úzkost*, jak se na něho budou druzí dívat; *vztek*, na rodiče, který opustil rodinu; ale stejně tak může dítě prožívat *další pocity*, zejména s ohledem na to, kolik je dítěti, jestli jde o aktuální rozchod rodičů nebo spor rodičů trvá již nějakou dobu (měsíce či roky).

## **SOUDNÍ SPOR O DÍTĚ**

V soudním sporu, v tzv. opatrovnickém soudním řízení, se počítá věk dítěte do dosažení jeho 18 let, tj. do jeho zletilosti (plné svéprávnosti). Rodič je ten, jehož jméno je uvedeno v rodném listu dítěte. Soudní spor o nezletilé dítě (pro téma práce) se týká oblastí, kde se rodiče nejsou schopny spolu dohodnout, zejména:

- Úprava péče a výživného
- Úprava styku s rodičem / prarodiči
- Změna péče, změna styku
- Neshody rodičů (určení/změna místa trvalého bydliště, školy, závažný lékařský zákrok apod.)

V rámci soudního sporu nezletilé dítě zastupuje tzv. kolizní opatrovník (tím bývá zpravidla OSPOD, a to na základě jmenování soudem). Rodiče mohou být zastoupeni advokáty, či zmocněnci.

Podle Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí (VÚPSV) se většina české veřejnosti domnívá, že otcové mohou pečovat o děti stejně dobře jako matky. Rozdíly nevhodnějšího typu péče o dítě po rozchodu rodičů jsou pak podle jeho věku. U dítěte mladšího 3 let se veřejnost kloní k péči matky, tj. 74,9 %. U dítěte ve věku 4 až 6 let již není péče jednoho z rodičů tak jednoznačná, kdy podle zjištěných dat do převážné péče matky bylo 38,4 % názorů veřejnosti, do převážné péče otce 1,8 % názorů a do víceméně rovnoměrné péče matky a otce bylo pro 48,7 %. S přibývajícím věkem dítěte stoupá i přijetí rovnoměrné péče mezi rodiči a klesá péče jednoho z rodičů. Například dítě ve věku 7 až 10 let se pro víceméně rovnoměrnou péči matky a otce vyslovilo 72,4 % názorů; dítě ve věku 11 až 14 let pro víceméně rovnoměrnou péči již 77,8 % a dítě ve věku 15 až 18 let pro víceméně rovnoměrnou péči 76,8 % názorů veřejnosti. (VÚPSV, 1/2022, Porozvodová péče o děti ve veřejném mínění a možné implikaci, on-line)

## **ROLE STÁTU PŘI SOUDNÍCH SPORECH O DĚTI**

Soudy i OSPOD mohou vůči rodičům využít nástroje na ochranu nezletilých dětí. OSPOD může uložit rodičům povinnost využít odbornou poradenskou pomoc podle § 12, odst. 1 b), c) zákona č. 359/1999 Sb.: "Obecní úřad obce s rozšířenou působností může uložit rodičům povinnost využít odbornou poradenskou pomoc, pokud rodiče b) nejsou schopni řešit problémy spojené s výchovou dítěte bez odborné poradenské pomoci, zejména při sporech o úpravě výchovy dítěte nebo úpravy styku s dítětem, c) nevyužili možnosti odborné poradenské pomoci potřebné k překonání problémů rodiny a k odvrácení umístění dítěte do náhradní péče nebo nedbali na doporučení spolupracovat s pověřenými osobami, poskytovateli odborných poradenských služeb nebo mediátorem." Podle § 13 odst. 1, písm. d) lze uložit povinnost i nezletilému dítěti jako výchovné opatření, tj. vyžaduje-li to zájem na řádné výchově dítěte (může uložit OSPOD i soud).

Soudy mohou takovou to povinnost uložit podle § 474, odst. 1 zákona č. 292/2013 Sb.: "Za účelem ochrany zájmu dítěte soud vede rodiče k nalezení smírného řešení. Soud může rodičům uložit na dobu nejvýše 3 měsíců účast na mimosoudním smírčím nebo mediačním jednání nebo rodinné terapii, nebo jim nařídit setkání s poskytovatelem odborné pomoci, zejména odborníkem v oboru pedopsychologie."

## **SPOR O DĚTI OČIMA SOUDU**

Dnes je trendem svěřovat nezletilé děti do střídavé péče obou rodičů, ať symetrické či asymetrické. Kupříkladu na konci roku 2019 se v Kroměříži uskutečnilo 3. Rodinně právní sympozium Justiční akademie na téma Střídavá péče. Odborníci úvodem objasnili roli sympozia, sdělili své důvody a cíle: "Rodinně právní sympozium je odborná platforma, která si klade za cíl diskutovat - napříč profesemi a stupni soudní soustavy, včetně soudu Ústavního a Nejvyššího - o typových případech rodinného práva a nalézt modelová řešení, která by odpovídala požadavkům kladených na moderní opatrovnickou justici." (3. Rodinně právní sympozium Justiční akademie, on-line). V rámci sympozia zazněly praktická doporučení i se odborníci shodli na závěrech sympozia. Mezi závěry sympozia patřily:

- Základní potřebou dítěte je mít a rozvíjet vztahy s oběma rodiči. Případné narušení vztahu k jednomu z rodičů je jedním z nejzávažnějších následků rozpadu rodiny.
- Stát je povinen v rámci pozitivního závazku na ochranu rodinného života poskytnout rodičům podporu při deeskalaci rodičovského konfliktu a při snaze o nalezení takové úpravy poměrů k jejich dítěti, která bude v jeho nejlepším zájmu.
- Interdisciplinární spolupráce zúčastněných subjektů (soudy, orgány sociálně-právní ochrany dětí jako opatrovník, poskytovatelé odborné pomoci) se jeví jako vhodná metoda podpory rodičů při řešení věcí rodinného práva soukromého.
- Při rozhodování o svěřením dítěte do péče soud v rámci zákonných kritérií může zohlednit též, jakým způsobem rodiče přistoupili k doporučené a uložené odborné pomoci (3. Rodinně právní sympozium Justiční akademie, on-line).

## **RODINNÁ TERAPIE**

### **Historie a současnost**

Rodinná terapie vznikla ve druhé polovině 20. století jako nástroj pomoci rodinám s problémy. Začala se rozvíjet od druhé světové války jako nový způsob zacházení s lidskými problémy, jež byly dříve doménou některého ze směrů individuální či skupinové psychoterapie. Rodinně-terapeutický přístup staví na přesvědčení, že problémy se pojí na aktuální interakci odehrávající se mezi jednotlivci v rodině a někdy mezi těmito jednotlivci a širším sociálním systémem. Rovněž zohledňuje vícegenerační a širší rodinné faktory. V počátcích se rodinná terapie praktikovala v přísně vymezených školách s charakteristickou teorií a praxí. Postupně se hranice mezi školami stíraly. Vědomosti a poznatky jednotlivých škol vytvořily obecně vzdělávání v této oblasti, které se stále rozšiřuje. Dnes se metody rodinné terapie uplatňují ve stále rozšiřujícím spektru kultur, etnik, rodinných forem. Zároveň se v poslední době v rodinné



terapii rozvíjí tzv. postmoderní přístup, který lze chápat jako spolupracující úsilí klientů a terapeuta, (Barker, 2012)

Manželské a rodinné poradenství v ČR se traduje již bezmála padesát let. V roce 1967 vznikla v Praze První stálá manželská poradna. Od počátku je u nás toto poradenství koncipováno na úrovni aplikované sociální psychologie a zajišťovali ji psychologové a sociální pracovníci. V USA se manželskému a rodinnému poradenství věnují především vysokoškolsky vzdělaní sociální pracovníci. Jinde je řada poraden zřizována církvemi, například v Německu, Polsku. Církevní poradny pro rodinu jsou zřízeny i v ČR. Poradenství u nás je poskytováno bezplatně. V právním řádu ČR je činnost poraden ošetřena zákonem o sociálních službách. V zákoně figurují jako jedna z podob odborného sociálního poradenství. U rozchodu rodičů, kterého jsou součástí nezletilé děti, je situace velmi zatěžující pro celý rodinný systém. Zpracování rozchodové traumatu jsou popisovány ve fázích: *popření; smutek; zloba, druhá puberta a vyrovnání se s rozpadem vztahu*. V rámci psychosociální pomoci se pracovníci poraden setkávají se všemi fázemi procesu. S některými častěji, a s některými fázemi se obtížněji pracuje. "Klienti sami vyhledávají poradenskou pomoc nejčastěji v prvních třech fázích, žádnou výjimkou však není ani situace, kdy je postupně všemi uvedenými fázemi doprovázeny. Možná právě tím se liší zaměření manželského a rodinného poradce od práce mediátora. I manželské a rodinné poradenství sice využívá mediace jako jednu z technik pomoci klientům, jeho záběr je však podstatně širší." (Matoušek a kol., 2015, s. 149).

V knize Šárky Gjuričové a Jiřího Kubičky, Rodinná terapie, Systemické a narativní přístupy se dočteme, že „Rozdíly ve vidění systému nejsou v systemickém myšlení považovány za překážku k odstranění, ale za zdroj. V lidských systémech jsou všichni účastníci systému pozorovateli a každý, kdo popisuje, popisuje systém, jehož je součástí. Získání více popisů systému, více perspektiv dává naději, že z rozličnosti těchto popisů vyplyne možnost změny, vysvobození z jednoho popisu, ve kterém je problém neřešitelný.“ (2003, s.19) Ve své knize se Gjuričová s Kubičkou zmiňují rovněž o rozvodových i po rozvodových situacích i závažných sporech o děti a u každé z těchto podkapitol zmiňují práci s rodinou jako terapii.

Vladislav Chvála a Ludmila Trapková ve své knize Rodinná terapie psychosomatických poruch (2004) uvádí, že je mnoho psychoterapeutických škol a směrů a nechávají na čtenářích, aby si je zařadili, ke kterému z nich při realizaci rodinné terapie náleží. Sami k tomu uvádí, že je jim blízká narativní rodinná terapie, která čerpá ze sociálního konstruktivismu, dále zmiňují i dynamicky orientované psychoterapie, psychoanalytické směry; akceptují i rodinnou a systemickou terapii. V některých případech sahají pro rychlejších a direktivnějších intervencích jako například kognitivně-behaviorálních technikách či gestaltterapii. Autorům jsou sympatické všechny snahy překonat tradiční soupeření mezi školami a obory a převažuje u nich



nekonečná zvědavost k tomu, k čemu dospěli druzí, jak a v čem jsou cizí myšlenky kompatibilní s jejich. Zajímá je to, co je s ostatními spojuje.

### **S dětmi nebo bez dětí**

Autoři knihy Rodinná terapie, Systemické a narativní přístupy, k tomuto tématu uvádějí, že mnoho terapeutů, na něž se dospělí klienti obrací s rodinnými nebo manželskými problémy, děti nezve, nebo jejich přítomnost považují za komplikaci terapeutického rozhovoru. Sami se přiklání k tomu, aby se terapeuti nevzdávali žádné varianty terapeutických setkání. (Gjuričová, Kubička, 2003) A vezmeme-li v potaz Barkerovo vyjádření při práci s rodinou: "V jistém slova smyslu jsou všechny terapie jedné nebo více osob, které jsou součástí rodiny, rodinnou terapií, protože změna kteréhokoliv člena rodiny ovlivní nevyhnutelně i rodinu jako celek." (Barker, 2012, s. 106), tak by se terapeuti neměli striktně vyhýbat práci s nezletilými klienty v rámci uložené rodinné terapie.

Ve výzkumu Scan a kol. se více než tři čtvrtě dětí neorientovalo v soudním řízení doprovázejících rozvod rodičů, lépe řečeno rodiče je o tomto soudním procesu neinformovali. Tyto děti si pak vyvíjely různé strategie, jak si zjistit více. Mnohé z těchto strategií ovšem nakonec vedly k nedorozuměním a způsobovaly jim ještě větší starosti. Případně informace o soudních řízeních zjišťovali z médií, například z populárních filmů či seriálů. Tam jsou ovšem často vidět spíše trestní soudní řízení, které se odehrávají v cizích zemích s jiným právním řádem. V daném výzkumu pak byly například zmatené, že jeden z rodičů musí být „vinen“ tak, jak se to říká v televizních pořadech. Zároveň se ovšem některé děti bály rodičů na soudní proces zeptat, protože se domnívaly, že jde o tajné informace, které jsou určeny pouze rodičům. Z tohoto výzkumu vyplývá, že děti potřebují být úměrně svému věku informovány o soudním řízení. (SCAN, DOUGLAS, ROBINSON, BUTLER, MURCH, 2003)

V zákoně o sociálněprávní ochraně dětí v § 8 se dočteme, že: "... o dítěti starším 12 let se má za to, že je schopno informaci přijmout, vytvořit si vlastní názor a tento sdělit". Jeden z nálezů Ústavního soudu tuto hranici snižuje, "Ústavní soud si je vědom, že nový občanský zákoník stanoví v § 867 odst. 2 in fine, že o dítěti starším dvanácti let se má za to, že je schopno informaci přijmout, vytvořit si vlastní názor a tento sdělit, nicméně považuje dosažení 12 let za nejzazší možnou hranici a konstatuje, že dostatečnou rozumovou a emocionální vyspělost, kdy je dítě schopné uceleně prezentovat bez větší újmy svůj názor před soudem, je nutné posuzovat případ od případu (nelze například vyloučit, že devítileté dítěte bude natolik rozumově a emocionálně vyspělé na to, aby bylo vyslechnuto přímo před soudem), přičemž

většina dětí je schopna se vyjádřit ke svému budoucímu výchovnému uspořádání již po dosažení věku 10 let". (I. ÚS 2482/13 ze dne 26.5.2014)

Podle mého názoru záleží na okolnostech, tématech terapie, věku a psychických možnostech dítěte i možnostech rodičů, jejich jednání a chování v průběhu terapie, jestli dítě přizvat či nikoliv. Je třeba mít na paměti, že dítě je členem rodiny, má svá práva a povinnosti vůči svým rodičům, a tedy se nebráním případnému zapojení dítěte do rodinné terapie v rámci soudního sporu. Kdy k takovému kroku přistoupit není snadné najít odpověď. Určitě je však k tomuto kroku přistupovat s velkou obezřetností, pokorou, citlivostí a se souhlasem obou rodičů i dítěte. Gjurichová s Kubičkovou při takovém terapeutickém setkání rodičů s dětmi radí, že je vhodné na počátku vyslovit pravidla: „První zní: Každý má právo neodpovědět. Druhé: Nebude se mluvit o tom, co, kdo a proč odpověděl.“ Dále k tomu uvádí: „Pravidla je ovšem možné tvořit až v průběhu terapeutického rozhovoru a především tím, jak se v terapii chováme.“ (2003, s. 148-149)

### **Využití rodinné terapie v soudních sporech o děti**

Pro práci s rodinou se mi líbí formulace Chvály a Trapkové: „Všechny ostatní vědy, teorie, metody a techniky, se kterými jsme se na své cestě seznámili a do určité míry si je i osvojili, působí jako integrované součásti proměnlivého pracovního prostoru pružně se přizpůsobujícího příběhu konkrétního pacienta.“ (Trapková, Chvála, 2004, s. 209)

Při soudních sporech je vhodné integrovat nejen různé psychoterapeutické směry, ale i další nástroje, které mohou pomoci soudní spor zklidnit a v nejlepším případě ho ku prospěchu všech vyřešit. Zároveň si být vědom i etického požadavku zadavatele zakázky vs. svého vůči druhým i vůči sobě. Pro mnohé terapeuty může působit rušivě vstup třetí strany do vztahu terapeut a klient/klienti, zejména tím, že jde o uloženou povinnost. Někteří ji mohou vnímat dokonce jako kontraindikaci terapie. Ke kontraindikaci rodinné terapie Barker uvádí, že co může být pro jednoho terapeuta kontraindikací, může pro druhého znamenat výzvu a zmiňuje Walrond-Skinnerovou "seznam kontraindikací vypovídá daleko více o terapeutových osobních postojích než o účinnosti terapie" (Barker, 2012, s. 116)

Při rodinné terapii v soudních sporech o děti mohou terapeutovi významně pomáhat tyto čtyři oblasti:

1. **Kontrakt** – vyjasnění si zakázky rodičů, příp. dětí, terapeuta i zadavatele rodinné terapie.

- Naději na úspěch má taková terapie, při které jsou jasně definované cíle. Dobře vymezené cíle pomáhají terapeutovi vytvářet terapeutický plán, pro rodinu (rodiče) znamenají podporu i povzbuzení. „Někdy pomáhá stanovovat postupné cíle, kterých lze v průběhu terapie dosáhnout.“ (Barker, 2012, s. 105)
- „Cíle poskytují strukturu pro zaměření terapeutické práce a vyhodnocení jak procesu, tak pokroku.“ "Dobře postavené zadání může mít silně motivační a inspirativní charakter a může výrazně ovlivnit průběh rozhovoru i klientovy pokroky." (Culley, Bond, 2008, s. 67)
- V případě zakázky třetí strany je důležité na začátku práce s klienty si ujasnit zadání zakázky i třetí strany. Tedy požádat klienty, jak požadavku třetí strany oni sami v danou chvíli rozumí. „Zadání může být jedním ze silných stimulů rozhovorů.“ (Peniška, Bobek, 2008, s.154)
- Aby klient zadání přijmul, je důležité, aby splňovalo podmínku „být motivační - schopné klienta něčím oslovit, zaujmout, co je v jeho vlastním zájmu; zároveň to nesmí být nedosažitelné, a musí být dostatečně ambiciózní, aby to podnítilo jeho zájem“. (Peniška, Bobek, 2008, s.186)
- Pro kontrakt mezi terapeutem a účastníky terapie, zejména jde-li o organizaci poskytující sociální služby, např. sociálně odborné poradenství rodinám, je důležitý souhlas všech účastníků terapie, tj. že terapeut může informace poskytovat dalším osobám, které by měly být konkrétně uvedeny, např. soud, OSPOD. Viz občanský soudní řád, § 128 „Každý je povinen bezplatně na dotaz sdělit soudu skutečnosti, které mají význam pro řízení a rozhodnutí“.

Slovy I. Yaloma: „Přijetí odpovědnosti je předpokladem terapeutické změny.“ (Yalom, 2020, s. 245) Podle výše uvedeného můžeme vidět, že i když jde o nařízenou rodinnou terapii, lze s klientem vést otevřený dialog a nechávat na něm, kudy se vydá a ponese za zvolený směr odpovědnost. Čímž se dostáváme ke druhému bodu.

2. Vztah mezi terapeutem a klientem/klienty a zadavatelem zakázky – ve vztahu s klienty by měl terapeut projevovat alianci s jednotlivými členy terapie, zároveň také odpovědnost k zadavateli zakázky. V knize Obecná psychoterapie se ke vztahu terapeut a pacient hovoří: "Vztah mezi terapeutem a pacientem je vymezen oběma rolami, které vtiskují vztahu větší či menší míru asymetrie v závislosti na psychoterapeutickém přístupu terapeuta, osobnostech obou zúčastněných a povaze potíží pacienta." (Vymětal a kol., 2004, s. 118)

- Co se týče asymetrie vztahu, je během terapie žádoucí postupné přibližování mezi oběma aktéry vztahu. Neméně důležitá je i motivovanost obou aktérů "Terapeut a pacient by měli být dobře motivovaní pro společnou práci". (Vymětal a kol., 2004, s. 118) Domnívám se však, že specifická rodinná terapie co by uložené povinnosti, a tedy zásah do osobních práv jedince, tuto ideu motivace narušuje. Zejména v době, kdy se klade důraz na individualitu, jedincovu

autonomii, může být tento mocenský zásah pro rodiče nepřijatelný. Rodič pak nemusí být vůbec motivovaný ke změně, k řešení rodičovského sporu. A zde, ve vztahu klient - terapeut, záleží na terapeutovi, jak k ideji (ne)motivovanosti přistoupí. Domnívám se, že to je právě prostor, ve kterém se terapeut může projevit svojí osobností, zkušenostmi a hodnotami, které vyznává. Zároveň ale musí mít na paměti svoji odbornost, kompetence i limity spojené s rolí, do které ho orgán veřejné moci pasoval.

- Terapeut může pro vytváření vztahu s klientem integrovat různé psychoterapeutické směry. U humanistických směrů jde o akceptaci klienta, empatii a kongruenci (autenticitu). Z psychoanalytických směrů může terapeut využít toho, že má pochopení pro klientovo jednání, například jak se klient vztahuje k terapeutovi (přenos či jaké obrany klient používá), a zároveň naopak co terapeut cítí vůči klientovi (protipřenos). Dále může terapeut sledovat, jakým způsobem klient vůči druhým vstupuje do interakce, viz transakční analýza (dítě, rodič, dospělý). Vztah mezi klientem a terapeutem, který je důležitý i pro terapeuta v nařízené rodinné terapii, pěkně shrnují autoři knihy *Motivační rozhovory: „Klíčovým momentem je naslouchat klientovi s respektem a touhou porozumět jeho chápání věci. (...) Postoj nabízející přijetí a respekt vytváří jistý druh pracovního spojení a podporuje klientovu sebedůvěru, což je důležitá podmínka každé změny“.* (Miller, Rollnick, 2004, s. 49)

- Co se týče důvěry vztahu, lze se i s tímto vypořádat v rámci rodinné terapie co by uložené povinnosti. Již na počátku uložené rodinné terapie by měl být klient informován, že terapeut má povinnost i k zadavateli zakázky (viz kontrakt). Zároveň vést klienta/y ke spoluodpovědnosti za proces i vlastní jednání, příp. klienty průběžně po jednotlivých setkáních o průběhu a závěrech daného setkání informovat.

3. Proces terapie – ze zákona víme, že nařízená terapie je časově omezená, proto je vhodné využít různých psychoterapeutických teoretických škol i nástrojů, které pomáhají provázet na cestě změny a tzv. šít terapii rodině „na míru“, s vědomím toho, že je zde požadavek třetí strany (čas, zpráva). Je-li již tedy soudní spor zahájen, je tlak na soudy, aby ve sporech, ve kterých figurují nezletilé děti, byl spor co nejdříve ukončen, nejlépe smírným řešením. S těmito kritérii a nároky je vhodné (a v praxi se mi osvědčuje) integrovat v rámci uložené rodinné terapie základní faktory z krátké dynamické psychoterapie prof. Hanny Levenson:

- › Terapeut by měl ovládat dvě základní dovednosti: „1. rozeznat, na co konkrétně by se měla terapie zaměřit; 2. toto zaměření v průběhu terapie sledovat a udržet“.

(Hanna Levenson, 2016, s. 14) – např. jde o potíže ve vzájemné rodičovské komunikaci, nebo nesoulad jak vychovávat dítě, anebo předávání si dítěte či jiné sporné oblasti?

› „Od terapeuta se vyžaduje, aby byl aktivním účastníkem procesu.“ (tamtéž, s. 15) – jak již bylo dříve uvedeno, podle dění a vývoje terapie se terapeut pohybuje na škále od direktivního po nedirektivní přístup ke klientovi/klientům.

› „Terapeut je schopen co nejdříve formulovat klientův případ a rychle zahájit intervenci.“ (tamtéž, s. 16) - Zde je pro terapeuta užitečné, v jaké oblasti je vzdělán a jaké má odborné dovednosti (psychoterapeutický výcvik či umí využít další nástroje pomoci např. mediační dovednosti, edukace z rodinně-právní oblasti atp.)

› „Terapeut musí být ochotný končit práci s klienty promyšleně.“ (tamtéž, s. 16) – úzce souvisí s oblastmi: kontrakt s klientem a ukončení terapie. Zde bych ze své praxe s oběma pracemi uvedl, že v rodinné terapii v soudních sporech o děti je vhodné kontrakt s klientem vytvořit písemně, a je-li to možné (došli-li klienti v některé či celé sporné oblasti ke shodě), tuto oblast ošetřit taktéž písemně. Podle mého názoru jde sice o „pracnější“ formu, ale zato přesnější (srozumitelnou pro všechny účastníky) a konkrétně zaměřenou, zároveň i pro klienty „zavazující“, než jen ústní dohoda. Rovněž může sloužit jako podklad pro soud či ty, kteří zastupující své klienty v rámci soudního sporu (advokát, opatrovník dítěte).

› „K terapii přistupuje terapeut s optimistickým rozpoložením, s vírou v to, že lze v daném časovém úseku dosáhnout změny, která stojí za to.“ (tamtéž, s. 17) – Podle mých zkušeností při setkávání s rodinami, zejména rodiči, procházejícími soudním sporem, jejich emočními výlevy, obranami, které používají ať vědomě či nevědomě, anebo strategiemi (zvolených jimi samotnými nebo ve spojení se svými právními zástupci) je optimismus na straně terapeuta důležitou součástí jeho terapeutické výbavy a zároveň udržování se v tomto optimismu, např. psychohygienou.

› Při terapii využívat různé psychoterapeutické směry a techniky – Levenson popisuje krátkou dynamickou terapii následovně: „Jde o integrativní krátkodobý přístup, který propojuje hlavní zásady klinické práce citlivé vůči času.“ (tamtéž, s. 19) Stejně tak lze vnímat využití rodinné terapie při soudních sporech o děti. Levenson v té souvislosti mimo jiné zmiňuje zaměření na nevědomé (nebo neuvědomované) determinanty chování, úlohu konfliktu, přenos a protipřenos, terapeutické spojení, zaměření klienta a jeho silné stránky, jeho zdroje při zvládnutí problémů skutečného života, důraz na situace tady a teď. Pro rodinnou terapii při soudních sporech o děti je stejně důležité jako pro terapii dle Levenson: „...poskytovat klientům příležitost, aby mohli během sezení zažívat nové zkušenosti, které mají pomoci narušit jejich cyklické maladaptivní vzorce.“ (tamtéž s. 95); anebo „terapeut může dávat klientům pokyny, aby jim pomohl podpořit jejich růst mimo sezení, například zadáváním domácích úkolů.“ (tamtéž, s. 97)

4. Ukončení terapie – rozloučení se s klienty a předání závěrečné zprávy zadavateli rodinné terapie.

- Při nařizování rodinné terapie se můžeme setkat, jde-li o poradnu pro rodinu či organizaci poskytující rodinnou terapii, poradenství, podle zákona o sociálních službách s tím, že soud uloží povinnost i tomu, kdo rodinnou terapii zajišťuje, viz informace z jednoho usnesení prvoinstančního soudu, jenž uložil rodinnou terapii: „Zařízení uvedené ve výroku I. tohoto usnesení je povinno do 10 dnů od skončení rodinné terapie podat soudu zprávu o průběhu rodinné terapie a jejích výstupech.“ Což soud následně v usnesení odůvodňuje: „soud uložil zařízení poskytujícímu rodinnou terapii povinnost předložit soudu zprávu o průběhu rodinné terapie, neboť ve vztahu k občanskému soudnímu řízení se zákonná povinnost mlčenlivosti sociální pracovníka a zařízení poskytujícího sociální služby neuplatní (viz § 100 odst. 3 část věty před středníkem zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

- Ukončení nařízené terapie v soudním sporu se krom rozloučení s klienty týká i etického rozměru, a je proto třeba již na začátku kontraktu být transparentní a srozumitelný vůči účastníkům rodinné terapie, aby na konci nedošlo k rozporům, o čem může terapeut psát a o čem již nikoliv. Při psaní zprávy z rodinné terapie lze vycházet ze slov Gjuričové a Kubičky hodnotících postojů v rámci rodinné terapie v oblasti etiky: „U hodnotících postojů, které terapeuti zastávají vědomě, je ke zvážení, kdy je na místě tento postoj vyjádřit v terapii. Zde pomáhá koncept tzv. accountability (Cecchin /3/); terapeut vydává počet z toho, co dělá, je schopen to hájit a vysvětlit svým klientům. Tak jako může někdy obhájit i to, že se hodnocení a přímých rad zdrží, může jindy obhájit to, že je naopak jasně vysloví“. (2003, s. 172) Dále se uvedení autoři vyjadřují k tomu, kdo může terapii hodnotit, mít na ni nějaký názor: „... v současné společnosti se naše povinnosti odvíjejí od práv druhých; ospravedlňovat se musíme vůči tomu, kdo od nás oprávněně může něco chtít. Musíme to, k čemu jsme se explicitně či implicitně zavázali. Vyplývá to jednak z role, kterou jsme přijali, jednak z toho, co svým komunikačním chováním nabízíme či slibujeme“. (2003, s. 174) A doplňují, „že legitimní nároky na terapeuta mohou být natolik rozporné, že s jeho prací (přinejmenším v určitém momentu) není spokojen téměř nikdo z těch, kdo mají nárok ji posuzovat. Kdyby chtěl uspokojit alespoň některý z těchto nároků, bylo by to na úkor jiných. Do této situace se terapeut může dostat i v případě, že neudělá žádnou zásadní chybu. Pokud ale ze svého hlediska chybu neudělal, může na legitimní otázky odpovídat, vysvětlit, proč si počíná právě takto. Pokud klienti terapeutovi uvěří, přijmou jeho podmínky, je možno v práci pokračovat na základě nové dohody. Ale i kdyby odešli nespokojeni, stačí, že terapeut odpovědět schopen je“. (2003, s. 175)

• O čem zadavatele uložené terapie informovat, vycházíme z jeho konkrétní zakázky, je-li však nejasná, tak si terapeut může například pomoci otázkami, které zmiňuje Levenson: „Projevují se u klienta změny v interakcích s významnými osobami jeho života? Jsou tyto transakce uspokojivější? Měl klient nové zkušenosti (nebo sérii nových zkušeností) ... v rámci terapie? (2016, s. 99). Krom toho může být ve zprávě popsáno, zda rodiče (v některých případech i s dětmi) našli či nenašli shodu v některé z oblastí sporu či potíží v rodině.

## ZÁVĚR

Barker se ve své knize *Rodinná terapie* zamýšlí nad důsledky rozvodu i rolí terapeuta. "Rozvod je dnes stále běžnější součástí životního cyklu rodiny. Jak k rozvodu dochází a jaké bude mít důsledky, jsou věci velmi variabilní, Hodně záleží na délce trvání manželství, na tom zda jsou v rodině děti a na jejich věku. Nicméně vztahy mezi životními partnery rozvodem příliš často nekončí, zejména mají-li spolu děti. Terapeut má partnerům v průběhu a po skončení rozvodového procesu mnoho co nabídnout. (...) Velký význam má terapie hlavně tehdy, vyskytnou-li se problémy s dětmi." (Barker, 2012, s. 223)

Za sebe si myslím, že práce s rodinou i v případě uložení rodinné terapie orgánem veřejné moci má své opodstatnění i smysl.

## SEZNAM LITERATURY A OSTATNÍCH ZDROJŮ

BARKER, Philip. *Rodinná terapie*. Vyd. 1, Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-530-5

CULLEY, Sue, Tim BOND. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Vyd. 1, Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-452-6

GJURIČOVÁ, Šárka, Jiří KUBIČKA. *Rodinná terapie, Systemické a narativní přístupy*. Vyd. 1, Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0415-3

KUCHAŘOVÁ, Věra a kol. *Česká rodina na počátku 21. století*. Vyd. 1, Praha: SLON v koedici s Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí, v.v.i., 2019. ISBN 978-80-7416-333-3; 978-80-7419-275-3

LEVENSON, Hanna. *Krátká dynamická psychoterapie*. Vyd. 1, Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1012-2

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Děti a rodiče v rozvodu*. Vyd. 1, Praha: Portál. 2015, ISBN 978-80-262-0968-3

MILLER, R. William, Stephen, ROLLNICK. *Motivační rozhovory*. Vyd. 1, Tišnov: Sdružení SCAN, 2004. ISBN 80-86620-09-3



PENIŠKA, Petr, Milan BOBEK. *Práce s lidmi*. Vyd. 1, Brno: NC Publishing, 2008. ISBN 978-80-903-858-2-5

SCAN, L., DOUGLAS, G., ROBINSON, M.G., BUTLER, I., MURCH, M. 2003. *Divorcing Children : Children's Experience of Their Parents' Divorce*. London: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 1 84310 103 3

TRAPKOVÁ, Ludmila, Vladislav, CHVÁLA. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Vyd. 1, Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-889-9

VYMĚTAL, Jan a kol. *Obecná psychoterapie*. Vyd. 2, Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 978-80-247-0723-5

YALOM, Irvin, D. *Existenciální psychoterapie*. Vyd. 1, Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1587-5

Listina základních práv a svobod ČR

Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, v platném znění.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, v platném znění.

Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník, v platném znění.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, v platném znění.

I. ÚS 2482/13 ze dne 26.5.2014

3.rRodinněprávnísymposiumJustičníakademie.Dostupné z: [https://www.jacz.cz/.../3\\_symposium\\_Stridavapece.pdf](https://www.jacz.cz/.../3_symposium_Stridavapece.pdf)

VÚPSV, 1/2022, Porozvodová péče o děti ve veřejném mínění a možné implikaci, s. 8. Dostupné z: <https://www.rilsa.cz/2022/05/novy-policy-paper...>

## Vulnerabilita a reziliencia

Adela Fil'arská

*„Když příběh skryjeme, zůstaneme navždy jeho tématem. Pokud se k příběhu přihlásíme a přijmeme ho za vlastní, musíme ho dovyprávět do konce.“*

*Brené Brown*

### Obsah

Úvod

I. časť: Čo hovorí výskum

II. časť: Psychoterapeutický prístup

III. časť: Reziliencia a vulnerabilita psychoterapeuta

Záver

Použitá literatúra

### Úvod

Každý človek od narodenia zažíva rôzne náročné situácie. Niektoré z nich v človeku zanechajú emočné zranenie, telesné pocity a jednotvárne presvedčenia o našom sebaobrazu, ľuďoch okolo nás a o svete. Aby sa táto bolesť neopakovala vytvárame si ochranné stereotypy, stratégie ako sa brániť, chrániť, vyhýbať alebo zabezpečiť pred touto bolesťou. Princípom „čo nechceš vidieť, to sa znovu objavuje“, opakovane narážame na podobné situácie, ktoré v nás aktivizujú tú známu bolesť alebo známu chrániacu reakciu. Tieto stereotypné zabezpečovacie reakcie však v určitom okamžiku života a určitých situáciách prestávajú byť funkčné, dokonca niekedy aj škodlivé a ich rigidita je nevýhodná.

Takto vzniká vulnerabilita, zraniteľnosť človeka. Súhrnom neprimeraného množstva (nadbytku ale aj nedostatku) nepriaznivých udalostí a neprimeranou odpoveďou (vlastnou alebo neprimeranou odpoveďou vzťahovej osoby). Príčiny sú teda rôzne, či už vonkajšie okolnosti, prostredie, v ktorom sa vyvíjame a pohybujeme (bezpečie a dôvera, primárna vzťahová osoba, rodinné vzťahy, možnosti získavania životných zručností a informácií) alebo naše vlohy, talenty, dispozície, vlastnosti.

A teda súhrn našich schopností, vlastností, skúseností, naučených zručností, reakcií a stratégií určuje mieru vulnerability, náchylnosti a citlivosti k ďalším zraneniam a na strane druhej, dalo by sa povedať opačnej strane - reziliencie, odolnosti k vonkajším aj vnútorným podnetom. Dalo by sa možno zjednodušene hovoriť o škále, stupnici krehkosti, kde na jednej strane je zraniteľnosť a na druhej odolnosť. V takomto schémate sa zdá byť rigidita

vlastnosťou sprevádzajúcou mieru vulnerability, flexibilita a schopnosť adaptácie vlastnosťou odolnosti.



Metaforicky, rastlinu považujeme za odolnú vtedy, keď je stabilná, tzn. dobre zakorenená a pevná. Keď príde dážď alebo vietor udrží sa v zemi. Odolná rastlina sa behom búrky nezlomí, ale ohýba sa a zároveň nemení sa na inú rastlinu, nespĺva s dažďom ani vetrom, drží svoje listy a plody. Podľa počasia, vonkajších podmienok, sa buď chráni alebo otvára a prijíma dostupné živiny. Tieto vlastnosti určujú či rastlina bude rásť a ako nenáročne alebo odumrie.

A teda v prírode prežijú búrku tie rastliny, ktoré sú ohybné a zároveň pevné, dostatočne otvorené a prijímajúce podnety k rastu (živiny) a zároveň dostatočne chrániace sa vplyvom, ktoré sú ohrozujúce a ničiacie organizmus. Pýr, nenáročná odolná rastlina, má hlboký koreňový systém (funkcia prijímania a stability), produkuje obrovské množstvo semien (schopnosť púšťať, tvoriť) a ľahko klíči (premieňa vonkajšie okolnosti pre svoj vlastný rozvoj).

Podľa môjho chápania a skúsenosti sa zdá, že vulnerabilitu tvoria štyri základné danosti a rezilienciu ich opačné póly. V prípade vulnerability ide o tieto štyri funkcie: krehkosť, rigidita, rezistencia a centrácia na potreby a očakávania druhých. Rezilienciu definujú pevnosť, flexibilita, kapacita permeability a znalosť vlastných potrieb, dobra a sebastarostlivosť (viď tabuľka č. 1). K týmto danostiam pridávam aj vyplývajúcu schopnosť fungovať vo vzťahoch.

Tabuľka č. 1

VULNERABILITA	REZILIENCIA	SCHOPNOSŤ VZŤAHY:
krehkosť	pevnosť	udržovať
rigidita	flexibilita	vytvárať a oddeľovať sa
rezistencia	selektívna permeabilita – schopnosť prijímať a púšťať	púšťať alebo prehľbovať
centrácia na potreby druhých	centrácia na svoje potreby	zostať autenticky sebou samým, aby mi/nám bolo dobre a rástli sme vedľa seba a spoločne

V prvej časti tejto práce predstavím súhrn literatúry a výskumu ohľadom vulnerability a reziliencie. V druhej časti sa budem venovať terapeutickému procesu, rôznym psychoterapeutickým prístupom a príkladom techník intervenujúcich vyššie uvedené schopnosti, zručnosti a vlastnosti človeka so zámerom spoznať, porozumieť a prijať vlastnú zraniteľnosť a budovať a rozvíjať rezilienciu. Vulnerabilita a reziliencia sa rovnako týka aj nás terapeutov, preto v poslednej, tretej časti, zmienim vplyvy, s ktorými sa stretávame pri psychoterapeutickej práci.

## **ČASŤ I. : Čo hovorí výskum**

Definícia a koncept reziliencie nie je v odbornej literatúre zjednotený. Významovo ide o schopnosť jedinca prekonávať nepriazeň, udržať vnútornú integritu, zvládať krízu, schopnosť emocionálne a mentálne pracovať s krízou a návrat do stavu pred krízovou situáciou alebo dokonca lepšieho stavu než bol východzí stav pred náročnou udalosťou. Ide teda o schopnosť vyrovnávať sa so záťažou.

Porozumenie procesom reziliencie v psychológii nie je kompletné a to z dvoch dôvod. Chýba objasnenie konceptu a existujú dva rôzne prístupy k reziliencii – odvetvie stresu a copingových stratégií a druhý prístup je práca s emóciami a ich regulácia (Troy et al., 2023).

Podľa APA (American Psychological Association) je reziliencia proces a výsledok úspešnej adaptácie na náročné životné udalosti a výzvy, najmä cestou mentálnej, emocionálnej a behaviorálnej flexibility a prispôbením sa vonkajším a vnútorným požiadavkám. Je množstvo faktorov, ktoré predurčujú ako dobre ľudia zvládajú životnú nepriazeň ako špecifické copingové stratégie, kvalita a dostupnosť sociálnej komunity alebo postoje a záväzky voči svetu. Každopádne výskumy potvrdzujú, že schopnosti a zdroje, ktoré sú spájané s vyššou mierou psychickej odolnosti je možné kultivovať (<https://www.apa.org/topics/resilience>).

APA hovorí o štyroch jadrových stratégiách budovania reziliencie: A. kontakt s ľuďmi a pestovanie vzťahov, čo zahŕňa obklopovať sa empatickými a chápacími ľuďmi, ktorí o vás javia záujem b) ktorí validujú vaše pocity c) dovoliť si prijímať podporu d) skupina ľudí, kde cítite zmysel, radosť a dodáva vám nádej B. pozitívny životný štýl, prax všímavosti a vďačnosti, posilňovanie nádeje C. nájsť účel, zmysel cestou a) pomoci druhým b) byť proaktívny ohľadom vlastného problému, rozložiť akciu na menšie zvládnuteľné kroky, prevziať iniciatívu c) pohyb smerom k cieľom D. budujte zdravé pozitívne myslenie a) perspektívou b) prijmite zmenu, zmena je súčasťou života c) udržujte postoj nádeje – optimistický postoj d) učte sa z minulosti E. dovoľte si požiadať a prijať pomoc (<https://www.apa.org/topics/resilience/building-your-resilience>).

V roku 1997 prebehla štúdia, v ktorej 51 adolescentov posudzovalo vlastnú mieru reziliencie. Študenti sa označili za vysoko rezilientných. Zároveň však vykazovali vysokú mieru nespokojnosti, mali príznaky depresie, úzkosti či príznaky posttraumatického stresu a prejavovali defenzívne stratégie zvládania. Adolescenti verili, že stratégie, ktoré pomáhajú k reziliencii sú a) odpojenie sa od ostatných, pretože im nemôžu veriť b) izolácia, pretože nemajú podporujúci sociálny systém c) odlúčenie sa, pretože nemohli uniesť emočnú bolesť. Zdá sa, že defenzívna stratégia a stratégia prežitia sú silné stránky osobnosti, aj keď spôsob ako ich využívame môže byť maladaptívny. Aj tieto stratégie môžu byť priliehavými psychoterapeutickými intervenciami moderované k dosiahnutiu zdravej reziliencie, kedy jedinec dôveruje, spája sa a dosahuje kompetencie a integritu ega (Hunter et al, 1999).

Reziliencia ako model reakcie na potenciálne traumatizujúcu udalosť zobrazená ako pomerne stabilný stav psychickej pohody je buď výsledkom výnimočného duševného zdravia a superchopnosťou zvládania alebo stav odpojenia asociovaný s dysfunkciou a psychopatológiou (Bonanno et al., 2011, str. 9). Bonanno uvádza niekoľko faktorov, ktoré ovplyvňujú mieru reziliencie a to osobnostné rysy, demografické variácie, miera expozície stresovým situáciám v minulosti a aktuálne, sociálne a ekonomické zdroje, presvedčenia o svete a prístup k zmyslu života, kapacita pozitívnej emotivity. Zistilo sa, že preexistujúce presvedčenia o sebe a svete ovplyvňujú reakcie na nepriaznivé životné udalosti. Ľudia s pozitívnymi presvedčeniami o sebe a svete sú asociované s adaptívnym copingom a negatívne presvedčenia o sebe sú spojené s vyššou mierou posttraumatických symptómov. Reziliencia teda nie je výsledkom pár dominantných faktorov, ale mnohých nezávislých prediktorov, ktoré môžu viesť k jedincovi, ktorý je odolnejší (2011).

Rezilienciu reprezentujú úspešné adaptívne zvládacie mechanizmy – coping voči stresu. Podľa tohto modelu, coping s optimálnou expozíciou stresu vedie k prevencii rozvoja psychiatrických porúch a k podpore reziliencie (Russo et al., 2012, str. 8). Najvyššie skóre reziliencie je asociované s aktívnymi zvládacími stratégiami ako akceptácia, hľadanie informácií, emocionálna expresia, riešenie problému, pozitívna kognitívna reinterpretácia, zameranie sa na zmysel života. Park (2010) zdôraznil dôležitosť rozlišovania „hľadať zmysel života“ a „dať životu zmysel“. Javí sa, že hľadanie zmyslu života nie je prospešné a môže odrážať trvanie posttraumatických príznakov a je spojený s horšou adaptáciou po strate blízkeho (Bonanno et al. 2005a). Pozitívna komunikácia a vnútorné záležitosti v rodine sú ďalším faktorom reziliencie. Oblasť, ktoré podporujú rezilienciu sú spiritualita, osobný rast a optimizmus (Palacio et al., 2019, str. 7).

Ego kontrola a ego reziliencia sú dve hlavné funkcie, ktoré vysvetľujú, že ego reziliencia je „kapacita človeka modifikovať mieru kontroly okolností“. Ego-orientovaná psychoanalýza je

základom pre postoj, že reziliencia je dispozícia alebo rys, ktorí opisuje ako ľudia získavajú informácie z vonkajšieho prostredia a reagujú naň (Liu et Boyatzis, 2021).

Neprilievavá reakcia na stresové udalosti aktivizujúce sympatický autonómny nervový systém a ich ruminácia po udalostiach spôsobuje chronický stres. Ruminácia a perseverácia sú indikátorom, že jedinec nie je schopný ukončiť mentálny proces stresovej udalosti (Smith and Alloy, 2009). Ľudia s viac sofistikovanou sebareguláciou vedia často prerámať tento stresujúci zážitok a pustiť ho. Reziliencia zahrňuje odolnosť voči stresu, adaptívny odstup a rezilienciu ega. Autori tiež píšú, že odolnejší jedinci lepšie zvládnu traumy ako tí menej odolní (Hunter et al., 1999). Schopnosť každého človeka zvládať svoje emócie, emócie druhých a vzťahy ako také, je kľúčom k zdraviu (Liu et Boyatzis, 2021).

Reziliencia je koncept bio-psycho-sociálny, kde svoju rolu hrá ako genetika tak vplyv prostredia. V psychoterapii by sme mohli hovoriť o vplyve vzťahovej väzby, o schopnosti sebaregulácie, mentalizácie, sebareflexie, o vnútornej integrite či psychoanalytickom koncepte „sily ega“.

## **ČASŤ II. : Psychoterapeutický prístup**

### **„Zraniteľnosťou k odolnosti, odolnosťou k zraniteľnosti.“**

V priebehu psychoterapeutického procesu si často všimam mnohé paradoxy. Niekedy v zmysle „pomaly ďalej zájdeš“, ktoré poukazuje na umenie postupných pomalých krokov, inokedy na fázu zmeny, kedy pacienti po zvedomení si nedostatku alebo doterajšieho potlačovania prechádzajú bezhraničným vypúšťaním. Dôležitým paradoxom, ktorý sprevádza terapeutický proces je to, že čím viac odhaľujeme a ošetrujeme zraniteľnosť pacienta, stáva sa rezilientným. A naopak, čím viac budujeme a podporujeme rezilienciu človeka, o to viac si vedome dovoľí byť autenticky zraniteľným, otvoreným, sebaodhaľujúcim a to ho v mnohých prípadoch robí rezilientným. Môžem teda len potvrdiť, že tieto procesy prebiehajú oddelene, často paralelne a najčastejšie sa vzájomne prepletajú ako milenci pripravení stvoriť nového človeka. Zdá sa teda, že otázka čím začať, zveľadovať rezilienciu alebo zvedomovať zraniteľnosť, nie je taká podstatná. Dôležitými zručnosťami sa javia byť správne načasovanie a prilievavá miera intervencií.

## **Práca so zraniteľnosťou**

Pre účel tejto práce a štruktúrovanosť nasledujúceho textu definujem zraniteľnosť ako stav kedy zažívame exponovanie, poukázanie či výzvu vnímať, cítiť, všimnúť si, vyjadriť naše citlivé, nespracované, nepochopené, nevidené, skrývané časti, subjektívne nami (alebo okolím) vnímané, posudzované, hodnotené ako nedostačujúce, „slabiny, nedostatky“, hodné trestu, zavrhnutia často vytvorené na základe nášho kognitívneho spracovania našej minulej alebo aktuálnej skúsenosti. Zraniteľnosť sa prejavuje sklonom reagovať na tieto situácie výraznou stratou sebaúcty a chrániť sa zabezpečovaním alebo vyhýbaním.

### **Stav keď zažívame exponovanie, poukázanie, výzvu**

Ako hovorí psychoanalytik Winnicott „Je radosť byť skrytý, a nešťastie nebyť nájdený.“ Na tejto úrovni sa stretávame s konfliktom klientov, túžbou byť videný a strachom, že ak ma uvidia, budem posudzovaný a neprijatý, dokonca potrestaný a dôsledkom „byť nevidený, byť nespoznávaný je lepšie ako zažívať následok a bolesť spojenú s tým, že ma druhí vidia a neprijímajú“. Často sú to klienti, ktorí sa výrazne hanbia, neudržia očný kontakt, alebo paradoxne sú nápadní už vo vzhľade a pútajú na seba pozornosť. Klienti sa upozadujú, znižujú, ponížujú, boja sa vlastnej sily, alebo naopak preceňujú sa, dramatizujú, vyhľadávajú a vyžadujú pozornosť.

### **vnímať naše (nespracované) časti**

Túto časť zraniteľnosti tvoria obrany, defenzívne stratégie, ochranné panciere a kompenzácie, ktoré skrývajú naše citlivé a nevidené miesta.

### **hodnotené a posudzované ako nedostačujúce alebo hodné zavrhnutia**

V tejto časti dominuje superego alebo vnútorný kritik či sudca, hlas, ktorý vydáva nad nami ortiel.

### **vytvorené na základe našej reakcie, nášho kognitívneho spracovania a našej minulej skúsenosti**

Táto časť poukazuje na našu zodpovednosť a moc nad voľbami a rozhodnutiami, ktoré v živote robíme. Zahrňuje reakcie ako spracovávame udalosti a stratégie ako reagujeme na okolnosti a vnútorné zážitky.

Ak by som mala zhrnúť čo sa deje v psychoterapeutickom procese, povedala by som, že s klientom pracujeme na tom, aby videl (reflektoval), poznal, porozumel, prijal a vedome volil reakcie a akcie. V kontexte tejto práce, v psychoterapeutickom procese pracujeme najmä



s hanbou a prijatím, všímavosťou a súcitom, zodpovednosťou a mocou, využívame prácu s rozpoznávaním a intervenovaním odporu a obrán, zmenou uhla pohľadu, rozširujeme klientovi možnosti reakcií a stratégií chovania, copingu. V nasledujúcej časti spomeniem z množstva psychoterapeutických prístupov len niektoré, ktoré využívam vo svojej praxi.

## **Psychoterapeutické prístupy, metódy a techniky**

### **Práca s hanbou a vinou**

Pri práci s klientom a jeho zraniteľnosťou, odhaľovaním a ošetrovaním, sa častokrát nevyhneme ani pocitom hanby a viny klienta. Tieto pocity klient nemusí vedome vnímať a môžu byť faktorom, ktorý sťažuje terapeutický proces. Hanba je pocit, keď sa cítime byť znížený vo svojej hodnote alebo celistvosti, sebou (superegom) alebo druhým, svetom, hodnotením, posudzovaním, porovnávaním, posmievaním. Reagujeme často strachom, že preto sa a) s niekým spojíme, kto odhalí našu zraniteľnosť (nehodnosť), alebo spojenie bude prebiehať za nejakých podmienok b) s nikým nespojíme, pretože nie sme hodný, nie sme dosť. Následkom tohto strachu z blízkosti alebo straty a) budeme zabezpečovať či hyperkompenzovať alebo b) vyhýbať sa, izolovať, odpájať, budeme bezmocní, odovzdaní, vzdáme sa.

Kilborne opísal „oidipovskú hanbu“ ako presvedčenia človeka, že je hlboko vo svojej podstate chybný. Toto presvedčenie sprevádzajú fantázie, že dieťa je príliš malé, bezmocné a slabé. Takíto jedinci sa cítia príliš málo chránení na to, aby otvorene a úspešne súperili o lásku, obdiv alebo uznanie. Pokusy aby to zmizlo, poprieť alebo skryť svoju ujmu, poškodenie majú za následok, že sa vzťahy interpretujú ako ohrozujúce zdroje odhalenia. Skúsenosť ujmy, odhalenia alebo bezmocnosti zažívaná u seba samého môže tiež narušiť neskorší vývin pocitu autonómie, skutočnej dôležitosti a nezávislosti v období latencie a adolescencie, aj keď sa môžu stať predmetom prehodnotenia prostredníctvom neskorších pôsobivých pozitívnych skúseností, vrátane psychoterapie. U pacientov, ktorých skúsenosť s vlastnou osobou obsahuje pocity ujmy, bezmocnosti alebo toho, že ich nikto nemá rád, sa internalizujú emócie znevažovania a sklamaní ako potvrdenie tohto hanblivého sebahodnotenia, čo spúšťa intenzívny kriticizmus voči vlastnej osobe a pocity zlyhania prenose (Busch et al., 2006, s. 80). Brenner hovorí o pacientoch, ktorých celoživotné snahy minimalizovať smútok, hanbu a bolestivé afekty spojené s ich pocitom, že sú menejcenní, ich vedú k inhibovaniu a obmedzovaniu svojich túžob. V oboch prípadoch sa vyvíja celoživotná adaptácia, ktorá je pre pacientov v konečnom dôsledku pomerne frustrujúca a len posilňuje ich pocit neschopnosti, nedostačivosti, Je dôležité spolu s pacientami preskúmať tieto frustrujúce, no

hlboko zakorenené charakterové vzorce, a to rovnako v pojmoch ich histórie a ich súčasných vzťahov, ako aj v prenose (Busch et al., 2006, s. 89).

Jan Benda v knihe Všíímavosť a súciti so sebou ukazuje, že typický pocit, ktorý sa skrýva za obrannými mechanizmami je pocit hanby. Jeho všímavé uvedomenie je veľmi užitočným faktorom facilitujúcim psychoterapeutickú zmenu. Hanba zrejme tiež hraje rolu v etiopatogenéze mnohých duševných porúch. Prístupy, kde sa venuje hlavne práci s hanbou sú terapia zameraná na emócie a terapia zameraná na súciti. Faktorová analýza „Škály internalizovaného studu“ u hanby odhalila tri súvisiace faktory: 1. pocity nedostatočnosti/ menejcennosti 2. pocity prázdnoty/ osamelosti 3. pocity zraniteľnosti/ existencionalnej hrôzy. Benda vysvetľuje, že schopnosť súciti so sebou zabraňuje vzniku hanby.

### **Všíímavosť a súciti so sebou**

Všíímavosť je schopnosť uvedomovať si procesy prebiehajúce v našej myslí a tele s porozumením a súcitom. Pri poznávaní našich skrytých maladaptívnych schém potrebujeme okrem vhladu zaujať špecifický postoj – súciti so sebou. Jan Benda dúfa, že práve štúdium všímavosti a súcitu prispeje k integrácii psychoterapeutických prístupov. Benda v knihe Všíímavosť a súciti se sebou opisuje možnosti ako klienta učiť všímavosti: komentovanie – nehodnotiace označenie procesu, ktoré prebieha tu a teraz, reflektovanie – znovuvybavovanie a znovu prežívanie so zámerom zvedomiť si prebehnuté procesy, zbaviť sa emočnej záťaže a všimnúť si opakujúce scenáre a terapeuticky ich spracovať, konkretizácia – vedieme klienta k presnejšiemu opisu toho, čo prežíva alebo prežil, tak sprítomniť situáciu, aby si klient mohol všímať, môžeme k tomu použiť kreslenie, modelovanie, spredmetovanie, situáciu prehrať a pod., kotvenie – postup, ktorý vedie klienta k uvedomovaniu si telesných pocitov, prieskum psychotopu (vnútorný subjektívny svet) – ide nám o zachytenie vzťahov, typických schém nášho prežívania, ktoré sa v živote klienta opakujú a ide aj o to, všimnúť si vlastné kompetencie a rozvíjať všímavosť, vhlad, emočné kompetencie, aj vznešené postoje ako láskavosť, súciti, radosť a vyrovnanosť. Vďaka všímavosti dosahuje klient vhlad. Kľúčom k zmene je predovšetkým transformácia prežívania, obzvlášť hanby a osvojenie si vznešených pocitov, z ktorých je najvýznamnejší súciti so sebou. Klientovi sprostredkovávame emočnú korektívnu skúsenosť, dávame mu zažiť náš súciti a láskavosť, bezpodmienečne prijatie, ktoré ponúkame klientovi behom terapeutického procesu k zvnútorneniu a rozvíjaniu schopnosti súciti so sebou.

Keď si človek dovoľí byť zraniteľný a je prijatý v psychoterapeutickom vzťahu, môže to byť pre neho tak neznámy a nový zážitok, dokonca mätúci, že ako následok zažíva nepohodu, úzkosť, zmätok, alebo dokonca očakáva ohrozenie. Je dôležité normalizovať tento zážitok a do

terapeutického procesu ho dávkovať optimálnou mierou. Súčasne sa vytvára blízkosť, ktorá vzniká, ak sa otvorením zraniteľnosti priblížime viac k sebe alebo druhým.

### **Práca so schopnosťou prijímať – dynamika dávania a prijímania**

Máme primárnu potrebu byť vítaní a obdarovávaní, nie vždy je táto potreba v detstve naplnená. Primárnym zážitkom tohto nedostatku je byť neuspokojený. Je to často bolestné a mätúce a vyvoláva to nezodpovedateľnú otázku: prečo?. Reakciou na to, že často ďalšia otázka ako môžem zabezpečiť nejaké spojenie medzi nami, zaslúžiť si ho, získať, kúpiť, vymeniť, kompenzovať? Výsledkom je často stratégia spoliehania na seba, stáva sa spôsobom ako prežiť. Niektorí z pacientov vyvinú stratégiu „slúžiť“, anticipovať potreby druhého a splniť ich tak rýchlo a hladko, že niekedy ani nevidno, že to robí. Táto stratégia dávania sa stáva spôsobom ako prežiť, zaslúžiť si existenciu, kúpiť si lásku. Často ide o pacientov nevyslovený výmenný systém, ktorý sa môže veľmi rýchlo zmeniť na pocit odmietnutia, pokiaľ druhá strana (terapeut) nevyslovené potreby a očakávané prania pacienta nenaplní. Preto sa interpersonálna interakcia u týchto klientov stáva ohrozujúcou. Klienti nevedia kedy môžu bezpečne niečo prijať alebo sa z toho tešiť a prijímanie je spojené s pocitom viny, hanby, úzkosti, ohrozenia alebo bezmocnosti či dokonca pocitu, že „nedostanem dosť a budem ukrátený“. Ruth Cohn hovorí, že oblasť dávania a prijímania je oblasť zraniteľnosti, najmä pri príležitosti narodenín alebo sviatkov. Je žiadúce pýtať sa na dary a narodeniny doma v detstve, aké to bolo niečo dať a niečo dostať. Je dôležité zostať pozorní voči vlastnému dávaniu a prijímaniu s týmito klientami, aby sme neskĺzli s nimi do opätovného stvárňovania. Je dôležité osvojiť si chápanie, že prijímať a prijímať s vďakou, je akt pokory a odvahy, dokonca štedrosti. Konzistentná prítomnosť terapeuta je najhodnotnejším „darom“ a je potrebné si byť vedomý, že na dlhší čas môže zostať bez odozvy (Cohn, 2022).

### **Psychoanalýza**

Psychoanalýza s pojmom reziliencie ako termínom nepracuje. Vulnerabilita je pojem, ktorý tiež nie je priamo konceptualizovaný, ale o ktorom sa rozhodne hovorí častejšie než o reziliencii. Vulnerabilita je jednak vyjadrením narcistickej zraniteľnosti, no zároveň aj emocionálnej alebo psychickej živosti. Reziliencia by mohla byť s psychoanalytického pohľadu funkciou práce s vulnerabilitou, či už v páre rodič - dieťa, alebo terapeut - pacient. Reziliencia je niečo, čo sa postupne buduje tým, že zraniteľné dieťa je v kontakte s rodičom, ktorý je schopný zranenia dieťaťa ošetriť. No zároveň ho aj frustruje, čím umožňuje prežitie ďalších skúseností, ktoré sú zraňujúce, ale zároveň majú potenciál sa transformovať do rozvoja reziliencie, či zdravého narcizmu. Reziliencia potom môže byť odrazom dostatočne dobrých skúseností s empatickým rodičom, ktorý sa ale nebojí dieťa poslať späť do sveta. Môže však byť spojená aj s minimálnou

vulnerabilitou, čo môže predstavovať skôr narcistické obrnenie voči zraneniam, ale aj prirodzenej vulnerabilite - emočne cítiť.

Ak má jedinec byť schopný dobre fungovať a zároveň mať rozvinutý vnútorný život, tak je potrebné, aby reziliencia a vulnerabilita stáli jedna vedľa druhej.

V prípadoch, keď ide o zvýšenú vulnerabilitu, tak je vhodnejšie zranenia ošetrovať a postupne budovať schopnosť unášať zranenia, častokrát vo forme zvyšovanie reflektívnej kapacity - pozrieť sa na seba a premýšľať nad sebou. Konkrétne by v psychoanalýze šlo o prístupy Winnicotta v zmysle holdingu, Kohutovej empatie a Bionovho kontejnovania. Holding znamená držanie, alebo vytváranie takých podmienok pre pacienta, ktoré sú čo najbezpečnejšie a podporné. Klasické interpretácie sú predčasné a neúčinné, pretože predstavujú ohrozujúce reflexie. Je to ako keď príde dieťa a vraví, že má „bobo“. Rodič na začiatku života „bobo“ pofúka a neuvažuje nad tým, že bolo napr. dieťa z niečoho tak nahnevané, že sa príliš rozbehlo, šmyklo a tak rozbilo koleno. Kohutovská empatia je prístup bytia s pacientom v tom, ako veľmi sú preňho rôzne zážitky zraňujúce. Bionovské kontejnovanie zasa predstavuje prijatie náročných emocionálnych stavov druhého, ich následné prepracovanie v i a napokon vrátenie pôvodných obsahov druhému tak, aby ich bol schopný stráviť. Reziliencia sa tu buduje postupným zvládaním stále viac a viac náročných situácií, čo podporuje vieru v seba, ako i druhých a tak prináša vyššiu rezilienciu, pričom ale vulnerabilita v istej miere zostáva zachovaná.

Pri prílišnej reziliencii kedy môže byť pacient až príliš obrnený, alebo odpojený od seba môže byť nápomocná skôr práca s konfrontáciou - a to najmä tendencií sa disociovať, alebo popierať obsahy a zážitky, ktoré môžu byť z rôznych dôvodov nehodiace sa. Títo pacienti často v terapii, ak ide dobre, prechodne nie sú takí rezilientní, práve naopak, rastie ich vulnerabilita, čo sa ak proces beží dobre, vyváži.

### **Schématéria**

Schématéria rozlišuje „módy“, stavy mysle, ktoré tvoria „self“. Tieto módy, tvorené ranými maladaptívnymi schémami, vznikajú v priebehu detstva a adolescencie a sú výsledkom interakcie temperamentu a zážitkami s naplnením našich potrieb. V zdravom self-systéme sú tieto módy flexibilné a integrované, v opačnom prípade sú módy disociované, rigidné a mätúce. Cieľom schématéria je stimulovať klientovu prirodzenú emocionálnu progresiu z miesta kde vývojovo zamrzol následkom nenasýtenej emocionálnej potreby. Schématéria využíva prístup „limited reparenting“ (limitované rodičovstvo), pri ktorom sa terapeut snaží prepojiť s klientovou vulnerabilitou, s módom zraneného dieťaťa, a tvorí priestor pre rozvoj a internalizáciu módu zdravého dospelého. Terapeut koučuje zdravého dospelého klienta aby prevzal zodpovednosť za to ako sa má, facilituje jeho individuáciu a autonómiu. Výsledkom je

emocionálne zrelý a súcitný „zdravý dospelý“, ktorý preberá vedenie vnútorného systému. Metóda „limited reparenting“ využíva techniky ako rovnováha starostlivosti, naladenia sa, empatiu, emocionálne sprievodcovanie, povzbudenie k asertivite, učiť sa rešpektu k potrebám ostatných, hranice a limity a toleranciu frustrácie, empatická konfrontácia a zadávanie hraníc (Simpson et Navot, 2023).

### **Pseudovulnerabilita**

Napriek tomu, že sa psychoterapeut niekedy snaží zo všetkých síl pracovať s klientom, ktorý sa javí vulnérabilný a bezradný, nie je tak zriedkavé pociťovať, že terapia stagnuje a cítiť frustráciu z veľmi malého progresu. Následne terapeut pochybuje o svojej kompetencii, cíti sa bezradný a pociťuje vinu. Tieto faktory negatívne ovplyvňujú motiváciu klienta a zvyšujú riziko vyhorenia terapeuta. Simpson a Navot hovoria, že „pseudo vulnerabilita“ môže byť často prehliadaným dôvodom prečo terapia stagnuje a upozorňujú na pseudovulnerabilné stavy, stratégie alebo „módy“. Pseudovulnerabilita sa prejavuje vágnym globálnym distresom, stavom bezradnosti, sebaľútosťou alebo komplianciou, je málo diferencovaná, s intenzívnym prejavom a nízkym významom. Obraz pseudovulnerability reprezentuje pozícia obeť v Karpmanovom trojuholníku drámy (obeť, perzekútor, zachránca). Pseudovulnerabilita je zvládacia stratégia ako zamaskovať a vzdialiť sa od ozajstnej zraniteľnosti klienta. Ak terapeut na pseudovulnerabilitu zareaguje starostlivosťou, utešovaním, ubezpečovaním, môže dôjsť k povzbudeniu nezdravej miery závislosti klienta na terapeutovi a terapeut tak blokuje príležitosť pre budovanie autonómie. Ak sa klient nachádza v pseudovulnerabilnom stave, používame v psychoterapii empatickú konfrontáciu. Jednou z možností ako rozlíšiť pseudovulnerabilitu od vulnerability je protiprenosový zážitok terapeuta, že bol použitý ako záplata, hnev, že bol zneužitý, namiesto pocitu reálnej ľudskej osoby v autentickom kontakte (Simpson et Navot, 2023).

### **Budovanie a podpora reziliencie**

*„Odvaha sa začína tým, že sa ukážeme a dovoľíme, aby nás videli“*

*Brené Brown*

### **Prerámovanie v terapii**

Dalo by sa povedať aj umenie vidieť veci inak. V tejto metóde sa využíva iný uhol pohľadu, ktorý ponúkame klientovi. Niekedy terapeut zostáva objektívny, vidí veci v širšom kontexte, nenecháva sa strhnúť detailami, na ktoré je klient fixovaný a vníma ako v skutočnosti veci sú.

Podľa Tyrrella, autora knihy Prerámovaní v psychoterapii k najlepšej terapii dochádza keď vidíme ľudí takých akí naozaj sú, nie takých, ako nám teória hovorí, že by mali vyzerieť. Prerámovanie ďalej môžeme použiť pri premene pacientom prežívanej slabosti na silnú stránku. Napríklad schopnosť prejavovať emócie. Na druhej strane rovnako upriamiť pozornosť na rigidnú stratégiu, ktorá robí klienta zraniteľným a zvedomiť ju, napríklad slepá poslušnosť voči autorite. Terapeut je obozretný okolo systémov presvedčení klienta a zaisťuje aby sa klient cítil pochopený a v kontakte s terapeutom, nevyvoláva konflikt s klientovým vlastným pohľadom na život. Ľuďom sa snaží pomôcť vidieť ich vzorce chovania akoby zvonka. Často využíva metafory a kreativitu v prerámovaní.

### **Naratívna psychoterapia**

Pracuje prioritne s príbehmi a metaforami. Vďaka nim sa klient môže oddeliť od svojho príbehu a vidieť iné uhly pohľadu, nebyť zahľtený vlastnou emotivitou, príbeh si môže zastavovať, pretáčať, preskočiť, zvýrazňovať alebo utlmať. Biografickými príbehmi, ktoré ponúkame, sa klient môže učiť mnohé rozmanité stratégie odolnosti a predvídať následky. Rozprávkami, knižnými príbehmi, filmovými obsahmi, mýtmi a povestami alebo biblickými podobenstvami môžeme s klientom skúmať hodnoty či motívy postáv a svoje vlastné.

**Terapia realitou** zameraná na zodpovednosť, podporujúca kompetenciu klienta

William Glasser hovorí o uspokojovaní potrieb a nachádzaní skutočného vzťahu k realite. Terapia je v zásade postavená na troch základných princípoch: realita, zodpovednosť a správne-nesprávne. Glasser tvrdí, že v neporiadku s ľuďmi, ktorí potrebujú psychiatrické starostlivosť je neuspokojenie svojich potrieb. Za základné ľudské potreby považuje blízky vzťah a uznanie. A ako ich človek naplňuje? Tak, že robí to čo je reálne, zodpovedné a správne. Ak človek neuspokojí svoje potreby, začne sa chovať nerealisticky. V terapii preto učíme klientov prevziať za seba zodpovednosť, sprevádzame ich copingom a zdrojovaním, ktoré sú adaptívne, reálne a vedú k autonómnemu uspokojeniu svojich potrieb.

### **Psychoedukácia a poradenstvo, „keď klient nevie“**

Mnohí z klientov nemali prístup k zrelému rodičovi alebo dospelému, ktorý by láskavo a trpezlivo zdieľal informácie o svete, vzťahoch a svoje vlastné skúsenosti. Do terapie prichádzajú často klienti neinformovaní, s nedostatkom skúsenosti, náhľadu a informácií o možnostiach reagovania, prístupe či riešenia problémov. Takto zanedbaní klienti často v takýchto chvíľach, keď sa nemali na koho obrátiť s otázkami a odpovedať si museli sami, zažívajú bezmoc a rozvíjajú stratégiu pevne sa spoliehať iba na seba a na často stereotypné reakcie. S klientom môžeme skúmať a navrhovať možnosti, informácie a riešenia, tak aby sme ho opäť nevystavili bezmoci, zúfalstvu a neprimeranej úzkosti, ktoré si zažil v detstve.

### ČASŤ III. : Vulnerabilita a reziliencia psychoterapeuta

*„ak si želáš vstúpiť do jeho sveta a vidieť ako tento svet vníma, bez toho aby si to posudzoval alebo hodnotil, riskuješ, že Ťa to zmení“*

*Carl Rogers*

Oba koncepty, vulnerabilita aj reziliencia sú významné aj na strane terapeuta. Obe môžeme používať ako terapeutický nástroj a zároveň dve premenné, ktoré nám umožňujú byť s pacientom v dlhodobej časovej perspektíve konkrétnej terapie i povolania ako takého. Iba ak sme vulnerabilní, dokážeme pacientovi rozumieť. Zároveň potrebujeme byť rezilientní na to, aby sme vydržali rôzne náročné situácie s pacientom - či už odohrávania, alebo útokov a zotrvali v terapeutickojej pozícii - čiže vnímali jeho utrpenie, a zároveň boli schopní ho vydržať a pomáhať mu jeho emocionálne stavy prijímať a zvládať.

Terapeut vstupuje do vzťahu s klientom ako človek, ktorý si nesie vlastné osobné nevyriešené konflikty a nespracované miesta (protiprenosová zložka) a ako profesionál, ktorý vedome reaguje a zažíva stavy, ktoré sú vyvolané klientovým stavom alebo chovaním, teda ako vulnerabilný a rezilientný zároveň.

V nasledujúcej časti sa zamýšľam nad fenoménmi v psychoterapeutickej praxi, kde sa vulnerabilita terapeuta snúbi s jeho rezilienciou.

„Nákazlivosť depresie“ je prenos emočných a behaviorálnych prejavov depresie z depresívneho človeka na druhú osobu. (Roubal, 2022, s.27). Levenson (2013, s. 2014) popisuje, že terapeut ani nemá na výber, či ovládnuť alebo vyjadriť tieto automatické a univerzálne emočné odpovede, ktoré sa prejavujú aj na telesnej úrovni a sú sprostredkované zrkadlovými neurónmi, ktoré terapeuta vnútorne stimulujú ku klientovmu mentálnemu stavu (Roubal, 2022, s.37).

„Sprostredkovaná traumatizácia“, koncept, ktorý vzniká na základe sprostredkovania traumatickej udalosti prežitej klientom. Psychoterapeuti tak zažívali príznaky syndrómu vyhorenia a posttraumatickej stresovej poruchy (Roubal, 2022, s. 29).

Únava zo súcitu je pojem, s ktorým sa môžu stretnúť pomáhajúci pracovníci v súvislosti s vykonávaním svojej profesie. Takíto pracovníci sú vystavení zvýšeným nárokom na súcitiť a to aj v prípadoch, kedy ho pracovník práve nie je schopný prežívať alebo nemožno očakávať u klientov pozitívne zmeny. Preto niekedy nastávajú situácie, kedy pracovník zažíva únavu zo súcitu, ktorá sa môže prejavovať ako pocity bezmocnosti, nechuti k práci, netrpezlivosti alebo nadmernej identifikácie s klientom (Rohwetter, 2022).



Zhrnutie literatúry dokumentuje, že sebaodhalenie môže mať veľký benefit na psychotherapeutický proces a môže posilniť alianciu a aj pacientove sebaodhalenie. Napriek tomu, pre psychotherapeuta môže byť kritické odhalenie hlavne vtedy keď má osobnú a emocionálnu váhu. Nápomocné je odpovedať si na otázku, aké je motivácia - či potreby sebaodhalením budú naplnené? Psychotherapeutove alebo klientove? Niekedy môže byť sebaodhalenie kontraindikované u pacientov, ktorí majú potiaže udržať si hranice vo vzťahu s terapeutom. Často je užitočné priniesť sebaodhalenie terapeuta a jeho vplyv aj ako tému (Murray-Swank, 2019).

Súciť so sebou. V psychotherapii to prenesene znamená rozvíjať terapeutovo porozumenie sebe a súciť so sebou. To, že terapeut sa stará sám o seba, je možné považovať za prerekvizitu pre vykonávanie psychotherapie. Nemôžeme nikomu pomôcť bez toho aby sme sa starali sami o seba. Súciť nie je len vnímavosť voči utrpeniu klienta, ale tiež vnímavosť k vlastnému utrpeniu s cieľom porozumieť interakcii, ktoré vytvára psychotherapeutický vzťah (Roubal, 2022, s.60).

Podľa súhrnov výskumných prác o reziliencii vymenujem niekoľko návrhov ako zvládať záťaž ako psychotherapeut. Dať tomu, čo robíme zmysel a dať tomu zámer. Žiť bohatý naplnený osobný život a naplňovať si svoje sny. Prijat' neistotu, netrpezlivosť, svoje limity a chyby a poučiť sa z nich. Zveľaďovať svoje prostredie, starať sa o osobné vzťahy, rozvíjať sociálnu sieť. Dovoľiť si prijímať podporu zo sociálnej komunity kolegov a supervízií. Pestovať zdravé hranice. Využívať aktívny coping zameraný na riešenie problémov.

## **Záver**

*„Zraniteľnosť neznamená znáť buď víťazství, nebo porážku, znamená chápat nutnost obojího, znamená zapojit se. Znamená jít do toho naplno“*

*Brené Brown*

Keď som si vybrala tému teoretickej práce, nevedela som čo presne zraniteľnosť je. Očakávala som množstvo literatúry, ktorá mi to objasní, zraniteľnosť definuje a popíše štruktúrovane prístupy ako s ňou v psychotherapii pracovať. Vyhľadávanie literatúry k vulnerabilite v psychotherapii bolo pracné a popisovanie bolo vágne. Napriek tomu, som cítila pri písaní tejto práce ako sa mi čím ďalej dostáva viac a viac pod kožu a pri premýšľaní o zraniteľnosti zažívam silné zmiešané emócie smútku, hanby, hnevu, strachu, odporu

a zároveň láskavosť, nehu, povzbudenie, vďačnosť, radosť a prijatie. Bolo to, obrazne, ako keby ma zraniteľnosť vzala za ruku a namiesto slov ma previedla kúskom svojho sveta a stávala sa tak mojou dobrou priateľkou. A zároveň som sa stávala lepšou priateľkou sama sebe. Dnes vnímam zraniteľnosť ako súčasť každého psychoterapeutického procesu a vzťahovosti v ňom, vzťahu klienta so sebou, vzťahu klient – terapeut a vo vzťahu terapeuta so sebou. Je ako dobrá priateľka, ktorá vám úprimne a pravdivo povie, v prípade zraniteľnosti dá zažiť, čo si vlastne myslí – a to je často bolestivé a liečivé zároveň. Zistila som, že zraniteľnosť nehovorí, dáva zažiť. Dovoľiť si byť zraniteľný znamená poodhaliť vlastné rany, uvidieť ich a dokonca ich aj zdieľať. Vďaka tomu človek môže zažiť emočnú živosť, ľudskosť a vzťahovosť a blízkosť. A zároveň je to výzvou byť rezilientný, teda prijať, ošetriť a transformovať naše zranenia, byť videným, rozpoznaným, zodpovedným a vedome reagujúcim a aktívnym tvorcom svojho príbehu.

#### **Použitá literatúra:**

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. 2012. Building your resilience. Dostupné na internete: <https://www.apa.org/topics/resilience/building-your-resilience>

BENDA J. 2019. Všíímavosť a súcit so sebou. Praha: Portál, 2019. 230 s. ISBN 978-80-262-1524-0

BONANNO, G. A., WESTPHAL, M., MANCINI, A. D. 2010. Resilience to Loss and Potential Trauma. In: Annual Review of Clinical Psychology. 2011. 7(1), s. 511–535. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526>

BUSCH F. N., RUDDEN M., SHAPIRO T. Psychodynamická terapia depresie. 2004. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2006. 203 s. ISBN 80-88952-32-8

COHN R. 2022. Terapia vývinovej traumy zo zanedbávania v detstve, Vydavateľstvo F: Bratislava, 2022. 193 s. ISBN 978-80-99982-09-4

GLASSER W. 1975. Terapie realitou. Praha: Portál, 2001. 192s. ISBN: 80-7178-493-1

HUNTER AJ, CHANDLER GE. 1999. Adolescent resilience. In: Image J Nurs Sch. 1999; 31(3). s. 243-7. Dostupné na internete: doi: 10.1111/j.1547-5069.1999.tb00488.x.

LIU H., BOYATZIS R.E. 2021. Focusing on Resilience and Renewal From Stress: The Role of Emotional and Social Intelligence Competencies. In: Front Psychol. 2021 Jun 24; 12: 685829. Dostupné na internete: doi: 10.3389/fpsyg.2021.685829.

MURRAY-SWANK A.B.. 2019. The Cracks Where the Light Gets In: Exploring Therapist Transformation Following the Loss of a Family Member to Suicide. In: Journal of Psychotherapy Integration, Vol. 29, No. 2, 188-196.

PALACIO G. C., KRIKORIAN, A., GÓMEZ-ROMERO, M. J., LIMONERO, J. T. 2019. Resilience in Caregivers: A Systematic Review. In: American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 37(8), 648–658. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1177/1049909119893977>.

ROHWETTER A. 2022. Únava ze soucitu. Praha: Portál, 2022. 168 s. ISBN 978-80-262-1891-3

ROUBAL J. 2022. Nepřekážet naději. Praha: Portál, 2022. 222 s. ISBN 978-80-262-1937-8

RUSSO, S. J., MURROUGH, J. W., HAN, M.-H., CHARNEY, D. S., NESTLER, E. J. 2012. Neurobiology of resilience In: Nature Neuroscience, 15(11), 1475–1484. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3580862/>

SIMPSON S. G. , NAVOT L. 2023. Differentiating authentic versus pseudo vulnerability in therapeutic practice 1. In: Front. Psychiatry, 30 October 2023, Sec. Psychological Therapy and Psychosomatics, Volume 14 – 2023. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10643190/>

TROY A.S., WILLROTH E.C., SHALLCROSS A.J., GIULIANI N.R., GROSS J.J., MAUSS I.B. 2022. Psychological Resilience: An Affect-Regulation Framework. In: Annu Rev Psychol. 2023 Jan 18; s. 74:547-576. Dostupné na internete : doi: 10.1146/annurev-psych-020122-041854.

TYRRELL M. 2019. Přerámování v terapii. Praha: Portál, 2019. 112 s. ISBN 978-80-262-1470-0.

# Životní hodnoty a smysl života v psychoterapii

Mária Grajcárová

## Úvod

Životní hodnoty a smysl života jsou významným tématem jak individuální, tak skupinové psychoterapie. Jsou navzájem úzko propojená, protože hodnoty jsou tím, co dává lidskému životu směr a smysluplnost. Hodnoty jsou průvodcem pro rozhodování, co je správné, dobré, smysluplné či pravdivé pro daného člověka. Potíže s ujasněním si hodnot mohou vyvolávat stres, pocity zmatku, úzkosti či bezmoci. Soustředit se v terapii na hodnoty znamená, že do popředí své práce klademe to nejdůležitější a pomáháme klientovi k tomu, aby si mohl vytvářet naplněný život.

Cílem téhle práce je představení vybraných směrů, které se touthle problematikou zaobírají. V práci jsou také zahrnuty techniky a kazuistické příklady použití vybraných technik.

## Abraham H. Maslow

Abraham Maslow byl americký psycholog známý svou teorií hierarchie lidských potřeb. I když se Maslow věnoval primárně potřebám a motivacím, také se zabýval otázkami hodnot a smyslu života. Maslowovo vidění věcí se začlenilo do hlavního proudu psychologie.

Maslow se ve svém díle zaměřoval na „hluboce morální přirozenost“. Byl hluboko přesvědčený, že navzdory všemu jsou lidé uvnitř dobří. Maslow obrátil freudovský názor na lidskou dualitu naruby. Přestože člověk dokáže být sobecký, chlípny a agresivní, není takový ve své podstatě. Pod povrchem, v psychologickém a biologickém jádru lidské přirozenosti, nacházíme základní dobrotu a slušnost. Jsou-li lidé jiní, než dobří a slušní, je to proto, že reagují na stres a bolest, nebo je jim upíráno základných lidských potřeb. Táto přestává se opírala o originální a poměrně přesvědčivou teorii lidské motivace. (Lowry, 1998)

V roce 1943 sestavil Maslow známou pyramidu, která představuje hierarchii pěti základních lidských potřeb.

- Fyziologické potřeby (např. jídlo, pití, sex, spánek)
- Bezpečí, jistota (např. domov, práce, zdraví)
- Společenské potřeby (např. kamarádi, přátelé, rodina)
- Uznání (např. respekt, úcta)

- Seberealizace (např. naplnění svých schopností, sebezpřijetí, vnitřní etika, úcta k druhým)

Později byla tato pyramida ještě rozšířena o tzv. vyšší potřeby – estetické a duchovní (sebetranscendence).

Součástí vnitřního ustrojení lidské bytosti jsou fyziologické, ale také psychologické potřeby, které musí být naplněny, aby nenastala nemoc a subjektivní strádání. Zmíněné potřeby nebo hodnoty spolu vzájemně souvisejí hierarchickým a vývojovým způsobem, jsou uspořádané podle své síly a důležitosti. Bezpečí je silnější, naléhavější a životně důležitější potřebou než například láska, a potřeba potravy je obvykle silnější než obě uvedené potřeby. Krom toho lze všechny tyto základní potřeby považovat za jednotlivé kroky na cestě k všeobecné sebeaktualizaci. (Maslow, 1962)

Maslow tvrdil, že pro lidstvo existuje jedna nejvyšší hodnota, vzdálený cíl, k němuž směřují všichni lidé. Různí autoři to nazývají různě: sebeaktualizace, seberealizace, integrace, psychické zdraví. Všichni se pak shodují na tom, že jde v zásadě o naplnění možnosti člověka, o možnosti stát se plně lidským, stát se vším, čím člověk může být. Podstatnou vlastnost lidí, kteří dosáhli sebeaktualizace, popsala jako „schopnost účinněji vnímat realitu a mít k ní uspokojivější vztah“. Lidé se schopností sebeaktualizace žijí mnohem efektivněji mimo jiné také proto, že se soustředí spíše na problém než na své ego. Maslow dospěl k názoru, že sebeaktualizace není výsadou hrstky lidí, ale je vnitřním lidským vrcholem, k němuž může vystoupit potencionálně každý člověk. (Lowry, 1998)

V podmínkách svobodné volby si vyžrali nebo zdravější lidé váží nejen pravdy, dobroty a krásy, ale také regresivních nebo homeostatických hodnot míru a klidu, spánku a odpočinku, odevzdanosti, závislosti a bezpečí. Mohli bychom je označit jako růstové, zdravě regresivní a „vyrovňovací“ hodnoty. Čím vyžrálejší, silnější a zdravější je člověk, tím víc hledá růstové hodnoty a tím méně hledá a potřebuje „vyrovňovací“ hodnoty. Ale stále potřebuje obojí, proto proces regrese k nižším potřebám zůstává vždy ve hře a v této souvislosti jej musíme považovat za absolutně nutný pro zachování integrity celého organismus, za nezbytný předpoklad existence a uplatnění „vyšších potřeb“. Bezpečí je nutnou podmínkou lásky, která je zase nezbytnou podmínkou sebeaktualizace. Mohli bychom to všechno shrnout a říct, že vyšší přirozenost člověka spočívá na jeho nižší přirozenosti, potřebuje ji jako základ a bez ní se hrouť. Nejlepším způsobem, jak rozvíjet vyšší přirozenost je nejprve naplnit a uspokojit nižší přirozenost.

Existuje určitý názor, že veškerá prohlášení týkající se „hodnot“ nejsou ničím jiným než prohlášením o osobním vkusu a preferencích. Tento postoj se označuje jako hodnotový relativismus. Opačný postoj je označován jako hodnotový objektivismus. Ten tvrdí, že krása, dobro a podobné hodnoty existují nejen v očích pozorovatele, ale také v pozorovaném objektu. Maslow dospěl k hodnotovému objektivismu. Tvrdil, že všechny lidské úvahy o hodnotách jsou závislé na minulosti konkrétního jedince a jsou podmíněny kulturou, v níž se tento jedinec nachází.

Maslow se domníval, že terapii budeme definovat jako hledání hodnot, protože hledání identity je v podstatě hledáním vlastních vnitřních a autentických hodnot. Je to zřejmé zejména tehdy, když si uvědomíme, že lepší sebepoznání jde ruku v ruce s lepším poznáním druhých lidí a s lepším poznáním skutečnosti obecně.

## **Viktor E. Frankl**

Logoterapie neboli léčba smyslem je psychoterapeutická metoda vyvinutá Viktorem E. Franklem v první polovině 20. století. Vedle Freudovy „touhy po slasti“ a Adlerovy „touhy po moci“ přichází s třetí základní lidskou potřebou „touhy po smyslu“. Odtud pramení název Logoterapie, z řeckého logos-smysl.

Humanistická a existenciální terapie, zejména pak logoterapie, se zaměřuje na lidské úsilí žít smysluplným životem. Logoterapie se svým vznikem nestala soupeřem jiných psychoterapeutických směrů, nýbrž otevřela psychoterapii nový obzor.

Frankl shrnul možnosti, které svou hodnotou mohou být zdrojem smyslu. Popisuje tři hlavní cesty ke smyslu.

### **1. Zážitkové hodnoty**

Život je možno prožívat jako smysluplný, když dokážeme v jeho pestrosti, mnohotvárnosti, souměrnosti vnímat něco krásného. Zážitky nám poskytuje příroda i lidské výtvořiny. No k nejhlubším zážitkovým hodnotám patří setkávání s druhými lidmi. Zážitky se stávají smyslem, tehdy, když za první věci, s nimiž se setkáváme, jsou krásné samy o sobě a za druhé, když ten, kdo je vnímá se na nich zároveň aktivně spoluúčastní, a tak je i vnitřně spolu uskutečňuje v jejich povaze. Bez sebe vydání zůstávají prožitky pouhými danostmi. Zážitkové hodnoty jsou důležité v několikerém ohledu. Jejich prostřednictvím zakoušíme původní

krásu života, získáváme své duchovní síly, s jejichž pomocí pak zas můžeme smysluplně utvářet svůj život i v jiných oblastech.

## 2. Tvůrčí hodnoty

Člověk prožívá svůj život jako smysluplný i tam, kde tvořivě působí na světě. U tvůrčích hodnot jde o vytvoření díla nebo vykonání činu. Největším dílem, na které, stále pracujeme, je zvládnutí života. Veškerý růst a vývoj probíhá ve střídavém dávání a brání.

## 3. Postojové hodnoty

Pro co trpím, to patří k tomu nejdůvěrnějšímu v mém životě. O vnější svobodu nás může osud připravit. Vždy nám však zůstává jedna svoboda, totiž svoboda postavit se osudu tak či onak.

Franklovým základním přesvědčením bylo, že být člověkem znamená být schopen zvolit si, jak budeme v různých situacích reagovat, jak k nim budeme přistupovat. Dle něj otázka, kterou si má člověk pokládat nezní: „Co mám ještě očekávat od života?“, ale zní: „Co očekává život ode mě?“. Osud čili to, co se nám děje, se tedy dá v každém případě utvářet – tak či tak. „Neexistuje žádná situace, kterou by člověk nemohl zušlechtit tím, co dělá, nebo jak ji snáší“ říká Goethe. Buď změníme osud – pokud to je možné, nebo jej na sebe ochotně vezmeme, pokud to je třeba. V obou případech můžeme vnitřně růst.

Zatímco „logoterapie“ je léčbou směřující k člověku od objektivních hodnot duchovního světa svobody a zodpovědnosti, „existenciální analýza“ je poznáváním člověka v jeho subjektivním směřování ke zhodnocení svého života. Lze říct, že jde o dvě cesty – cestu poznání a cestu pomoci – které si vycházejí vstříc.

Jádrem existenciální analýzy je výklad lidské existence jako pokusu o odpovídání na stále přítomnou otázku po smyslu člověkovu žití. Tento výklad vychází z toho, že:

- otázku po smyslu svého žití neklade člověk svému životu, nýbrž naopak život sám ji klade jemu;
- otázku, kterou mu takto stále znovu pokládá život, může člověk úspěšně zodpovídat pouze tak, že za svůj život přijímá zodpovědnost;



- tuto svou zodpovědnost člověk uskutečňuje výhradně svým aktivním a konkrétním počínáním ve světě, protože jeho zodpovědnost platí vždy vůči právě přítomnému druhému člověku nebo situaci;
- z tohoto konkrétního přebírání a naplňování zodpovědnosti ve vlastním životě vyplývá smysl jeho bytí ve světě.

Existenciální analýza nedává odpověď na otázku, vůči komu nebo čemu je člověk v absolutním smyslu zodpovědný. Zde mu ponechává otevřené dveře k transcendentnu, zatímco sama existenciální analýza zůstává v prostoru subjektivní imanence; tzn. u zodpovědnosti relativní, jejíž praktickou mírou je člověkovu vlastní svědomí.

Hledání smyslu spočívá za prvé ve svobodě člověka, v jeho otevřenosti, za druhé v rozdílné hodnotě věcí, za třetí v neustále změně situace. Aktuálnost a význam otázky po smyslu, její závažnost a nevyhnutelnost, vyplývá v podstatě ze tří základních zkušeností člověka. Těmi jsou:

1. Zkušenost, že mohu svobodně volit mezi možnostmi
2. Zkušenost, že není jedno, co zvolíme, rozhodují o hodnotách
3. Zkušenost, že situace jsou nestále a neustále se mění.

Existenciální smysl tedy chápeme jako rovnici o dvou proměnných. Proměnné jsou podmínky či možnosti právě dané situací a proměnné jsou také schopnosti, vlastnosti a vlohy osoby, která v této situaci je.

Terapeut přistupuje k pacientovi či k člověku v tísní s předpokladem, že není žádná životní situace, která by vskutku postrádala smysl. V každé lze objevit hodnoty, o které jde, a lze je uskutečňovat aktivními skutky nebo postoji.

Hlavním prostředkem logoterapeutické pomoci je praktická existenciální analýza, prováděná s pacientem. Z té pak vyplývají nové způsoby nazírání, cítění a snažení pacienta, otevírající mu nadějnou cestu v dosud beznadějném postavení. Jejich uskutečnění bývá zdrojem další odvahy k životu, který tak opět získává hodnotný smysl. Praktické postupy či „techniky“ jsou v logoterapii druhotné, vyplývají z rozboru vnější situace a vnitřního stavu člověka. Terapeut je volí a uplatňuje tak, aby pacientovi přinesly objevnou zkušenost vlastní svobody, zodpovědnosti a hodnoty právě v jeho konkrétním životě, ať je zrovna „osudově“ ztvárňován jakkoli.

Pokud však na spontánnost a aktivitu zaměříme příliš mnoho pozornosti, zablokujeme ji. V logoterapii se účinek výše popsané hyperreflexe ruší deflexí. Dereflexe je technikou sloužící prvotní úloze logoterapie: navrácení člověka k tomu, aby se na prvním místě snažil naplnit smysl ve svém životě tím, že usiluje o uskutečnění hodnot přesahujících jeho osobní meze. Mnozí pacienti trpí tím, že:

- příliš sami sebe pozorují („hyperreflexe“) a tím si brání skutečně bezprostředně prožívat, oč jde;
- příliš mnoho o svém prožívání buď spontánně nebo vynuceně (např. v některých psychoterapeutických skupinách) hovoří („hyperdiskuse“), a tím jim unikají příležitosti k jeho uskutečnění zodpovědnou akcí;
- příliš usilují („hyperintence“) o dosažení vlastního žádoucího cílového stavu (vlastní úspěšnosti, štěstí, slasti), a tím ztrácejí ze zřetele usilování o dosažení objektivně hodnotného cíle, které teprve může kýžený vnitřní stav přinést. V jednotlivých případech vedou tato zbloudění k selhávání – člověk si pokazí dosažení pravého cíle a uspokojení, které by mu pak mohlo přinést. Často se taková „mýlka“ v zaměření člověka stane součástí neurotického bludného okruhu usilování a frustrace v podobě „neurotické deflexe“. Přirozeně usiluje člověk dosáhnout důvodu ke štěstí; ze smysluplného naplnění takového cíle pak přichází prožitek štěstí samovolně, jako jeho důsledek. Neurotik to nedokáže; usiluje o dosažení prožitku štěstí či slasti přímo. Toto přímé úsilí o štěstí však mu právě v jeho dosažení brání.

Terapeut učí pacienta, aby místo sebezpozorování a sebeuvědomování dokázal na sebe zapomenout; aby místo náhražkového sebestřednostování druhým pouhým povídáním dokázal vzít na sebe zodpovědnost a jednal; aby místo přehnaného usilování o vlastní uspokojení znovu objevil hodnotu snahy o mimo sebe ležící cíle a jejich dosažení věnoval své úsilí. Dereflexe spočívá v obnovení zdravého vnitřního odstupu od sebestředných hodnot a cílů a v přesměrování záměrů pacienta – jeho myšlení, jednání a hodnocení – k cílům jeho osobu přesahujícím. Podstatou dereflexe je umění přehlížet („zapomenout“) sebe, včetně svých obtíží a příznaků, ve prospěch smysluplných vnějších cílů. Až tím dokáže pak člověk opět dosahovat touženého štěstí sám v sobě.

Další technikou, kterou lze použít je paradoxní intence. Paradoxní intence znamená, že pacient je povzbuzován k tomu, aby dělal právě to, čeho se bojí, nebo si přál, aby se to stalo. Dá se využít v léčbě OCD a fobických pacientů. Když pacienta povzbudíme, aby dělal nebo si přál právě to, čeho se bojí, způsobí to inverzi jeho záměru. Patogenní strach je nahrazen

paradoxním přáním. Stejným postupem anticipační úzkosti vemene vítr z plachet. Paradoxní intence by měla být vždy formulována, pokud možno co nejhumornějším způsobem, např. „Řekněte si, že budete mít 2 infarkty a krásny záchvat s mrtvicí“.

## **Irvin D. Yalom**

Irvin David Yalom je americký psychiatr, psychoterapeut a spisovatel. Je představitelem tzv. existenciální psychoterapie.

Podle Yaloma je lidský život vymezen čtyřmi skutečnostmi, na něž člověk musí nevyhnutelně reagovat: izolací od druhých lidí, nesmyslností, smrtelností a svobodou. Způsoby reakce jsou buď funkční, tehdy je člověk psychicky zdravý, nebo dysfunkční, tehdy je tzv. psychicky nemocný.

Tváří v tvář lhostejnému, nestrukturovanému světu prožíváme dysforii a hledáme vzorce, vysvětlení a smysl existence. Tudíž jeden význam smyslu je, že je to tišící prostředek na úzkost: vzniká, aby ulevil úzkostí, která pochází z toho, že člověk čelí životu bez ustanovené, utěšující struktury. Existuje ještě další životně důležitý důvod, proč potřebujeme smysl. Jakmile se objeví pocit smyslu, dává povstat hodnotám, které dále spolupůsobí na posílení pocitu smyslu. Hodnoty přestávají kodex, podle něž se dá formulovat systém jednání.

Stojíme však před rozparem, a to, že dvě tvrzení, obě pravdivá, se zdají nevyhnutelné protikladná:

1. Zdá se, že člověk potřebuje smysl. Zdá se, že žít bez smyslu, hodnot nebo ideálu vyvolává značné problémy. Zřejmě potřebujeme absolutní pravdy – pevné ideály, o něž můžeme usilovat a směrnice, podle nichž můžeme žít svůj život.
2. Přesto existenciální pojetí svobody postuluje, že jediná skutečně absolutní pravda je ta, že žádné absolutní pravdy neexistují. Existenciální pozice tvrdí, že svět je nahodilý, že lidé vytvářejí sami sebe, svůj svět a svou situaci v tomhle světě, že neexistuje žádný „smysl“, žádný velký plán vesmíru, žádné pokyny pro život kromě těch, které si člověk stanoví sám.

Problém je ve své rudimentární podobě následující – jak může člověk, který potřebuje smysl, tento smysl najít ve vesmíru, jenž žádný smysl nemá?

Jaký je smysl života je otázka na kosmický smysl, zda život obecně zapadá do nějakého celkového soudržného vzorce. „Jaký je smysl mého života?“ je jiná otázka – dotýká se toho,

co někteří filozofové nazývají „pozemským smyslem“. Ten zahrnuje účel – ten, kdo má pocit smysluplnosti, vnímá život, jako že má nějaký účel/funkci, kterou je možno naplnit.

Lidé nacházejí mimořádnou útěchu ve víře, že život má nějaký nadřazený, ucelený řád a že každý člověk má v tomto plánu nějakou konkrétní úlohu. Kosmické náboženské názory tvořily důležitou součást názoru v západním světě zhruba do doby před třemi sty lety. Čím více byla zpochybňována existence něčeho mimo člověka, tím bylo pro člověka těžší přijmout nějaký kosmický smysl.(s.456).

Mezi světské aktivity, které lidem poskytují pocit smyslu Yalom řadí:

- Altruismus
- Zapálení pro věc
- Tvořivost
- Seberealizace
- Sebetranscendence

Existují různé psychoterapeutické strategie, které lze při práci s klientem během existenciální psychoterapie využít. Prvním krokem psychoterapeuta je přeformulovat pacientovu stížnost o ztrátě smyslu tak, aby objevil přítomnost „kontaminujících“ otázek. Prožitek bezsmyslenosti může být náhražkou za úzkost související se smrtí, nezakořeněnosti, osamělosti. Pomáhá k uvědomění, že smysl je silně relativní. Literatura je chudá na techniky, protože ztráta smyslu je často složenou nebo odvozenou záležitostí. Terapeut musí být naladěný ke smyslu, musí přemýšlet o celkovém zaměření a směřování pacientova života. Je-li terapeut zvýšeně citlivý k důležitosti smyslu v životě, stane se i pacient k této otázce podobně citlivým – tím, že bude zachytávat nenápadné podněty od terapeuta. Terapeut bude, implicitně i explicitně, přemítat o pacientově přesvědčení, podrobně zkoumat jeho lásku k druhému, ptát se na dlouhodobé naděje a cíle, zkoumat tvůrčí zájmy a aktivity.

Další strategií je už v práci vzpomínaná deflexe. U pacientů v terapii je nezbytné, aby jim terapeuti pomohli obrátit jejich pohled upřený na sebe mimo jejich osobu. Frankl popisuje tuhle konkrétní techniku – dereflexi, která v principu znamená odvrátit pacientův pohled od něj samého, od jeho dysforie, od zdroje jeho neurózy směrem k nedotčeným oblastem jeho osobnosti a ke smyslu, který se mu ve světě naskýtá. Jde jen o málo víc, než že se pacientovi řekne, aby se přestal zaměřovat na sebe a aby hledal smysl mimo sebe. U pacienta, který je nadměrně zaměřený na sebe,

dlouhé pátrání uvnitř po příčinách úzkostí obecně problém komplikuje, v konečném důsledku je kontraproduktivní tím, že se pacient stává ještě více sebestředný. U takového pacienta doporučuje, aby terapeut zaujal stanovisko a toto stanovisko vyjevil pacientovi, že kvůli nezvratitelným faktorům je pacient předurčen k tomu, aby prožíval vysokou míru úzkosti. Terapeut pak musí zaměřit pozornost na pacientovi postoj k jeho situaci a na podchycení smyslu pro pacienta přístupného.

Když člověk poodstoupí od života příliš daleko, je na tom něco nezdravého. Když se vyčleníme ze života staneme se vzdálenými diváky. My i naši bližní se jevíme malicherní a hloupí. Životní činnosti se zdají být nesmyslné. Galaktický pohled představuje pro terapeuty značný problém. Na jedné straně se zdá neochvějně logický. Koneckonců, schopnost uvědomovat si sám sebe, vykročit mimo sebe, vidět se z nadhledu je jednou z nejoceňovanějších lidských vlastností. Ve většině situací poskytuje pozorovateli větší objektivitu, přesto táto konkrétní perspektiva odčerpává ze života vitalitu. Neboť když by ji člověk zaujímal dlouhodobě, má to za následek hlubokou sklíčenost, a je-li v ní ponořen neustále, může mu to být osudné. Terapeut může nabídnout argument – jestliže na ničem nezáleží, tak by nemělo záležet ani na tom, že na ničem nezáleží. Kant Bach doporučuje jiný lék proti toxicitě galaktického pohledu: nezapomínat, že přestože tento pohled podkopává smysl, nečiní tak v nějakém absolutním smyslu, spíše ponechána věci beze smyslu pouze tehdy, když se člověk dívá z oné kosmické perspektivy. Takové okamžiky jsou součástí lidského života, ale pouze součástí. Když na něčem záleží není k tomuto záležení potřeba žádný smysl.

## **Jenna LeJeune**

Jenna LeJeune, je spoluzakladatelka a prezidentka Psychiatrické kliniky, výzkumného a vzdělávacího centra v Portlandu. Jako klinická psycholožka se zaměřuje na to, jak lidem pomoci hledat smysl svého života.

Jenna Le Jeune se v své knize Životní hodnoty v terapii opírá o teorii, jež vychází z Terapie přijetí a odhodlání (ACT) a z kontextu behaviorální vědy. ACT obsahuje nejobsáhlejší teorii a sadu metod pro práci s hodnotami. Tenhle přístup definuje hodnoty jako způsob života a bytí na tomto světě, který je pro vás důležitý a smysluplný. Jsou to přetrvávající vzorce činností. Bez činností neexistuje ani žádná „hodnota“.

Celý princip ACTu má jeden hlavní cíl: vytvořit schopnost všímavého jednání v souladu s vlastními hodnotami, což technicky označujeme jako „psychickou pružnost“. Čím více si tuto schopnost rozvineme, tím větší máme potenciál k tomu, abychom žili bohatý a smysluplný život.

Jak už bylo výše zmíněno absence smyslu se projevuje na tělesné i duševní pohodě pacientů. Skrze hodnoty určujeme, co by pro nás osobně bylo smysluplné, a potom, skrze realizaci těchto hodnot v životě, vytváříme smysl. Smysl se vytváří ve chvílích, kdy se zabýváme tím, co je podstatné, kdy jsme v kontaktu se životem, jenž bychom označili za hodnotný žití. Terapeut, který se nechává vést hodnotami, pracuje s klienty na budování smysluplného života tím, že jim pomáhá prožívat stále více okamžiků, kdy jsou napojeni na to nejdůležitější. (Luoma et al., 2017)

Hodnoty jsou také zdánlivé nevyčerpateľným zdrojem motivace. Je to opačný případ než motivace založena na strategiích averzního chování. Hodnoty představují soucitnější alternativu a podle údajů z mediačních analýz v rámci ACT rovněž účinnější strategii pro udržování behaviorálních změn. (Greeg, Callaghan, Hayes a Glenn-Lawson, 2007, Lundgren, Dahl, Melin a Kees, 2006).

Asi nejběžnějším předpokladem je, že hlavním úkolem terapie je zmírňovat bolest, utrpení či symptomy. Skrývá se za tím představa, že zmírněním nepohody a příznaku se klientům následně usnadní, aby žili smysluplným životem. Ačkoli zmírnění bolesti a symptomu může být platným cílem jsou zde dva problémy. Zaprvé, klient nemá možnost rozhodovat, k čemu má jeho terapie posloužit, a zadruhé, zmírňování symptomu nemusí nutně vést k naplněnému a smysluplnému životu. Terapie, která se soustřeďuje na hodnoty, nečiní žádné předpoklady o tom, co si klient jako hodnoty zvolí, naopak, otevřeně a explicitně zkoumá, na co by se každý klient rozhodl v životě zaměřit.

Pokud se někdo upne na vyhledávání prožitku, nebo, což je ještě častější, na vyhýbaní se bolesti, mohou se mu tím velmi zúžit možnosti, čím by se jeho život vůbec dal naplnit. Život, který si stanovil za cíl prožívat jenom dobré pocity přináší mnoho utrpení. Když se v terapii opíráme o hodnoty, snažíme se lidem pomáhat, aby překročili své prožívané utrpení, vnesli do svého života smysl a vnímali svou reakci na bolest jako rozhodnutí, při němž hledání úniku je pouze jednou z možností.

Práce s hodnotami je kontinuální proces, který tvoří plán léčby, pomáhá při konceptualizaci, řídí načasování a výběr intervencí a jejich záměr. Slouží jako výsledné měřítko pro léčebný pokrok. Když se hodnoty explicitně uvedou již na

samém začátku terapie, zatímco se stále ještě rozhoduje, čemu terapie bude sloužit, otevírá se při plánování léčby a stanovování cíle větší prostor pro spolupráci a rozšiřují se terapeutické možnosti. V průběhu terapie se vyskytnou chvíle, kdy je užitečné vynést hodnoty do popředí. Tři nejběžnější jsou:

- Je-li klient nerozhodný nebo nemotivovaný
- Je-li klient otupělý, duchem nepřítomný nebo bez zájmu
- Než se pustíme do obtížných cílů či činnosti

Vstupních míst k práci s hodnotami je však víc. Při práci zavedeme hovor na místa v minulosti, přítomnosti a budoucnosti, jež jsou spojena s některými pozitivními pocity, které mnozí lidé prožívají, jsou-li se svými hodnotami v kontaktu. Cesta pozitivních emocí je obvykle tou nejpřímější cestou k práci s hodnotami.

Čtyři klíčové vlastnosti, které jsou v efektivním rozhovoru o hodnotách velmi často přítomny:

1. Vitalita – změny v modulaci hlasu a tempu řeči, váhaní a hledání charakterizované pauzami, a dokonce změny dýchání – to vše může poukazovat na živost procesu
2. Zaměření na přítomnost – mluvení v přítomném čase nebo použití podmiňovacího způsobu
3. Ochota ke zranitelnosti – nebojácný, mocný druh zranitelnosti ve stylu, kdy je člověk ochoten udělat cokoli je zapotřebí, aby se postavil na obranu toho, co je mu nejdražší
4. Svobodná volba – jaké hodnoty by si vybral, kdyby tomu bylo tak, že si může zvolit cokoliv?

Právě skrz hledání hodnot se naši klienti nejlépe dozvědí, jaký druh života by pro ně byl nejsmysluplnější. Hledání hodnot probíhá neustále. Pomáháme klientům, aby se pozastavili a povšimli si, kam směřují jejich kroky a kam je vedou jejich činy.

Dle ACTu existuje nejméně 6 klíčových bodů týkajících se hodnot, které je třeba v terapii probrat

1. Hodnoty jsou tady a teď, cíle jsou v budoucnosti
  - v každém okamžiku se můžete rozhodnout, zda budete podle svých hodnot jednat, nebo zda je opomenete. Oproti tomu cíle jsou něco, o co se snažíte, v okamžiku, kdy toho dosáhnete, to přestává být cílem. Právě proto lidé, kteří vedou život zaměřený na cílem, často zjistí, že

míří k pocitu chronického neuspokojení a zklamání. V životě orientovaném na hodnoty cíle stále máme, ale důraz klademe na život v souladu s hodnotami, tento přístup vede k pocitu spokojnosti a naplnění.

## 2. Hodnoty není třeba nikdy ospravedlňovat

- hodnoty jsou trochu jako naše chuť na zmrzlinu. Nemusíme ospravedlňovat, že máme rádi jahodovou, čokoládovou nebo citronovou.

## 3. Hodnoty si často musíme seřadit podle priorit

- hodnoty jsou jako světadíly na glóbu. Bez ohledu na to, jak rychle budete glóblem točit, nikdy nevidíte všechny světadíly najednou. I během dne se významnost našich hodnot mění – podle toho, v jaké jsme roli a v jaké situaci

## 4. Hodnoty je nejlépe uplatňovat úměrně

- v ACTu říkají: „Sleduj své hodnoty s vervou, ale uplatňuj je úměrně.“ Chceme si být svých hodnot vědomí a používat je jako vodička, ale nechceme se s nimi zcela ztotožnit. Když se s hodnotami ztotožníme, začnou nás omezovat a utlačovat – jako příkázání, kterými se musíme řídit.
- metafora kompasu – když se vydáte na cestu nechcete kompas svírat v ruce při každém kroku – chcete ho mít uložený v batohu, vytáhnout jej, když potřebujete najít směr své cesty.

## 5. Hodnoty si volíme dobrovolně

- nemusíme tak jednat, prostě si to zvolíme, protože nám na tom záleží

## 6. Hodnoty se týkají nás i druhých lidí

Čas od času se setkáme s klientem, který už žije v souladu se svými hodnotami a dělá věci, na kterých mu záleží. Téměř vždy je důvodem pocitu nenaplnění to, že je lapen ve své hlavě, ztracen v myšlenkách. S takovým klienty pracujeme na jejich schopnosti být přítomen, být pohroužen do okamžiku a užívat si jej.

Při konfliktu hodnot můžeme u klienta rozvíjet duševní pružnost, tak aby dokázal žít smysluplným životem v souladu s hodnotami. Dle teorie ACTu se v jádru psychopatologie nachází nepružnost a rigidita. Jako duševní flexibilita se označuje schopnost adaptivně reagovat na životní požadavky tak, aby to bylo ve shodě



s našimi hodnotami. Odborně se duševní pružnost definuje jako „schopnost plně prožívat přítomný okamžik jakožto vědomá lidská bytost.“

Schopnosti, které nám umožňují adaptivně reagovat a vracet se k tomu, co je opravdu důležité a podle toho jednat jsou:

- Ochota – dobrovolné být s tím, co je, aniž by s tím člověk zápasil nebo před tím utíkal
- Schopnost být v současném okamžiku
- Defúze – všimnout si myšlenky, považovat slova za pouhá slova a představy za pouhé představy
- Pružná změna pohledu – dívat se na sebe z různých stran, a zároveň získat transcendentní pohled na sebe jako na vědomého pozorovatele

Při mapování životních hodnot můžeme však narazit na několik problémů.

- Prvním je to, že pacient udává hodnoty, které jsou spíše reakcí na zevní tlak okolí (rodina, spolupracovníci, vrstevníci, terapeut), než jeho vlastní hodnotou. I když je volba hodnot vždy do určité míry určována i požadavky druhých, měly by být ponejvíce vlastní volbou, a proto je důležité, aby terapeut pacienta povzbuzoval k otevřenému sdělování jeho vlastních autentických hodnot.
- Dalším problémem, který se objevuje, je, že pacient zpočátku vlastně ani sám neví, které hodnoty jsou pro něj důležité, protože o nich není zvyklý uvažovat. Bývá to u pacientů, jejichž aktuální situace a závažnost příznaků je pro ně natolik zahlcující, že chtějí „pouze přežít“ a uvažování o jiných hodnotách je jim vzdálené. U nich by se měl terapeut zaměřit na zmírnění příznaků a emoční zklidnění a hledání cílů v souladu s životními hodnotami odložit až na pozdější dobu, kdy se podaří základních cílů dosáhnout.
- Někdy mohou být hodnoty, které klient sám volí, v rozporu s hodnotami terapeuta. Často jde o hodnoty, které jsou i v rozporu s morálním hlediskem. Takovou hodnotou může být potřeba pomsty, potřeba ostatním ukázat, že jsou horší apod. Většinou jde o hodnoty, které vznikají jako reakce na skutečné nebo domnělé příkoří. V tomto případě je potřebné nejdříve zpracovat samotné příkoří. Pokud je pro klienta cílem škodit druhým, je potřeba hledat cestu, jak porozumět hlubší primární potřebě a hodnotě, která je pod touto motivací ukrytá.

- Klient někdy může přemýšlet nad tím, jestli jsou hodnoty skutečné. Můžeme se nechat zatáhnout do dlouhých intelektuálních debat, a nakonec skončíme v „analytické paralýze“. Kvalitu jídla však poznáme, až když ho sníme. Když jsi nejsem jistí, tak jediný způsob, jak to zjistit je začít žít podle těchto hodnot a pozorně si všímat, co se stane. Začnete-li mít pocit vitality, smysluplnosti a naplnění odhalil své opravdové hodnoty.

Terapeut by měl vést klienta k tomu, aby si uvědomil, že bez ohledu na obtížnost své situace mají vždycky možnost volby. V každé náročné situaci, které čelíme, máme tři možnosti:

1. odejít
2. zůstat a žít v souladu se svými hodnotami: změnit co se dá, aby se situace zlepšila a vytvořit prostor pro bolest, kterou s sebou přináší
3. zůstat a jednat neúčinně: dělat věci které nic nezmění, nebo dokonce situaci zhorší

Zatímco KBT se v mnohém zaměřovala na cíle, které jsou v něčem konečné, ACT se zaměřuje na hodnoty, jakožto proces. Zatímco cílem může být vylézt na určitý kopec, hodnoty jsou kompasem, který nám pomáhá držet se dané cesty. ACT pomáhá klientovi mapovat hodnoty v jednotlivých oblastech života, které mu ukazují směr, kterým putovat.

Zmapování důležitých hodnot pomáhá posílit žádoucí změnu. Například u expoziční léčby, která nejlépe funguje u fobií a obsedantně kompulzivní poruchy, může být problémem pacientovo vyhýbavé a zabezpečující chování, kterým se vyhýbá nepříjemnému prožitku úzkosti či hnusu. Pokud se terapeutovi podaří propojit plán odstupňované expozice s významnými životními hodnotami pacienta, ten pak dokáže tyto nepříjemné emoce lépe zvládat a účinnost expozice je vyšší. (Praško, 2014)

Když klientům pomáháme žít život založený na hodnotách, nejde jenom o to provést s nimi několik cvičení na objasnění hodnot. Musíme jim ukázat způsoby, jak mohou zůstat trvale ve spojení s tím, co je pro ně důležité. Je důležité obracet se k hodnotám v dobách intenzivnější nespokojenosti nebo vyhoření, ale také je důležité vědět, jak neztrácet spojení s hodnotami během každého pracovního dne, abychom měli užitek z motivace a jasného směřování, jež s sebou hodnoty přinášejí.

## Techniky při práci s hodnotami

- Dereflexe – popsána výše
- Když se za 10 let ohlédnete
  - Představte si sami sebe za deset let ode dneška, jak se ohlížíte za svým životem.
  - Dokončete tyto 3 věty:
    - Strávil jsem příliš času tím, že jsem si dělal starosti kvůli....
    - Nevěnoval jsem dostatek času tomu, abych dělal...
    - Kdybych se mohl vrátit v čase, tak bych dělal jinak....
- Video z vašeho omylem konaného pohřbu
  - Vidíte jak někdo, koho máte moc rádi přistoupí k mikrofonu a začne mluvit.
  - Co by podle vašeho přání měla táto osoba říct o tom
    - Jakým člověkem jste byl?
    - Jaké byly vaše největší přednosti a nejlepší vlastnosti?
    - Jak jste se k ostatním během života choval?
- Za rok ode dneška
  - Představte si, že za rok ode dneška budete vzpomínat na potíže, kterým dnes čelíte. Představte si, že jste dokázali vyřešit tím nejlepším možným způsobem, jednali jste jako člověk, kterým si z hloubi svého srdce přejete být. Z tohoto pohledu odpovězte na tyto otázky:
    - Jaké vlastnosti jste využili s jednali podle nic, když jste potíže zvládli?
    - Jak jste jednali se sebou samotným, když jste je zvládli?
    - Jak jste jednali s druhými lidmi, na kterých vám záleží?
- Třídění karet s hodnotami
  - Klientovi je předložena sada karet, na nichž jsou napsána slova a stručné definice různých potenciálních hodnot. Klient pak v několika kolech třídí karty podle toho, co je pro něj nejvíc nebo nejméně důležité. Může to být vhodné pro klienty, kteří s chápáním hodnot nemají téměř žádnou zkušenost, mají pro popis svých hodnot omezenou slovní zásobu, dosud nemají jasnou představu, co by pro ně mohlo být důležité.

- Je to úvodní cvičení, které klienta seznámí s konceptem hodnot i s uskutečňováním svobodné volby.
- Klient vybírá hodnoty do kategorií: velmi důležité, důležité a ne moc důležité. V každé kategorii může mít libovolný počet karet
- Nakonec vybere 3 hodnoty z nejdůležitějších
- Připomenout, aby vybral nejenom smysluplné, ale aby se ze života i radoval

Byl by život v službě těch hodnot dobře prožitý?

Kdyby někdo pozoroval váš život dnes, poznal by, co jste si vybral jako první tři hodnoty?

- Příjemné místočko

- Je to vizualizační cvičení, které napomáhá hlubšímu zkoumání hodnot. Klient zavře oči a terapeut ho požádá, aby si vybral nějakou dobu v minulosti, kdy prožíval pozitivní emoce, které bývá často spojena s hodnotným životem. Základní myšlenkou je vytvořit kontext, v němž vy i váš klient můžete vstoupit do světa, kde jsou jeho hodnoty jasně přítomné a prožívané. Zvlášť je vhodné pro klienty, kteří někdy dříve byly se svými hodnotami více v kontaktu, ale později se od nich odchýlili.
1. krok – určete hodnotovou oblast – práci, přátelství, rodinu
  2. krok – poskytnete úvod a získejte svolení – nějaký okamžik v životě, jenž v sobě zahrnoval pocit úplnosti, nebo na něm možná bylo něco cenného, něžného či prostě příjemného. Sounáležitost propojení, nemusí to být silný citový prožitek. Okamžiky něhy, spokojnosti nebo pocity smyslu či naplnění.
  3. krok – vizualizace se zaměřenými očima – zabydlení v příjemném místočku  
Co tam vidí? Co dělá? V této fázi klient nepopisuje, sledujeme neverbální projevy, čas od času se ho zeptáme, co prožívá.
  4. krok – vyslechnete si hlášení – požádejte klienta, aby Vás zavedl na svoje příjemné místočko. Nasměrujte klienta, aby hledal hodnotu.

## Kazuistiky

### Skupinové užití techniky karet životních hodnot

Ve skupinové terapii jsem využila karty životných hodnot převzaté z doplňujících materiálů knihy Životní hodnoty v psychoterapii. Nejdřív jsem pobídla pacienty k diskusi o tom, co si představují pod slovem „hodnota“, pak je edukovala o rozdílech mezi cílem a hodnotou, použila metaforu vnitřního kompasu a zdůraznila, že to nejsou „musy a bychy“. Pacienti pak měli za úkol roztřídit karty na 3 sloupce – nejdůležitějším, méně důležité a nedůležité. Ptala jsem se jich, jak se jim to dělá, jestli mají nějaké potíže nebo jestli nepotřebují něco dovysvětlit. Nakonec si z nejdůležitějších měli vybrat 3 a říct, jak to na nich komunita pozná, když budou žít podle těch hodnot.

Poprvé jsem tuhle techniku použila u mladších pacientů, kde převažovaly poruchy osobnosti. Můj předpoklad byl, že se budou snažit tyhle skupině vyhnout nebo ji budou devalvovat. Bylo příjemným překvapením, že se zapojili všichni a byli sdílní. Zajímavé bylo, že pacient, který přišel k hospitalizaci s parare, které začínalo slovy, že je manipulátor a agresor, tak si vybral jako nejdůležitější zejména vztahové hodnoty jako věrnost, přátelství a loajalitu. Věděl i doložit důvěryhodné důkazy ze svého života, že se těmi hodnotami řídí. Pacientka s emočně nestabilní poruchou osobnosti si poupravila zadání. Vnímá, že jsou v ní 2 osobnosti, proto vytvořila žebříček nejdůležitějších hodnot pro jednu a další pro druhou osobu, na stranu uložila nedůležité hodnoty. Mezi nejdůležitější hodnoty byla opakovaně řazená odvaha. Bylo to v návaznosti na to, že by rádi změnili svůj život a k tomu potřebují odvahu. U jednoho z pacientů se mezi hlavními hodnotami objevil humor, co si já osobně, možná mylně, interpretuji za známku pokroku a dozrání osobnosti. Tahle skupina se promítala i do dalších programů na oddělení, i když to už nebylo plánováno nebo cíleno. Bylo vidět, že zamyšlení se nad směřováním svého života mělo přesah. Byli schopní jít i do nekomfortních situací, protože to je v souladu s hodnotami, které si vybrali.

Druhá skupina byla vytvořena ze starších lidí, převážně s diagnózou neurotického spektra. Tam jako nejdůležitější hodnota bylo vybíráno zdraví. Při sestavování jednotlivých kategorií bylo patrné, že se pacienti pohroužili do sebe, přemýšleli a přeskládávali jednotlivé hodnoty mnohem déle než mladší pacienti. Také spolupracovali všichni. Opakovaně se udivovali, že si mysleli, že v tomhle věku v tom mají jasno, no cvičení jim dalo zabrat. Pacient, který se právě chystal do důchodu si vystavěl 2 nejdůležitější sloupce – a to, které hodnoty měl doteď a jak to chce v tomto přelomovém období změnit. Rád by se víc zaměřoval na vztahy, než na pracovní výkon. Velmi negativně naladěná pacientka si přidala mezi nejdůležitější hodnoty krásu, no rovnou to okomentovala slovy, že s tou ona už nic nenadělá. Narážela na svůj vzhled. Po bližším zkoumání této hodnoty jsme se dostali k tomu, kde by mohla vyhledat krásu – navštívit galerii, obrazárnu...

Celkově se mi s touto technikou, i když primárně vyvinutou pro individuální terapii, pracovalo dobře. Myslím, že i pacienti si z toho odnesli možná trošku hlubší poznání sebe sama, nebo se alespoň pozastavili a přemýšleli nad směřováním svého života.

## Individuální terapie

Mladá pacientka, studentka stomatology, se nevěděla rozhodnout, co dělat ve svém volnu. Byla pod vlivem jak sestry, tak matky, které ji říkaly, co všechno by měla a neměla dělat. Bojovala se sebou a nevěděla se rozhodnout. Ona chtěla po těžkém zkouškovém období na lyže, no „musy a bychy“ byly silné. Proto jsem otevřela téma hodnot, zdůraznila, že během života se můžou změnit a že je má pořád dostupné. Za domácí úkol si měla promyslet svoje aktuální hodnoty a přiřadit k nim funkční chování, jakým by je mohla naplnit. Na další sezení přišla pacientka o poznání klidnější. Donesla seznam hodnot, podle kterých se řídila. Ulevilo se jí, zmírnilo se sebeobviňování z toho, že je sobecká.

Neurotický pacient byl zaseklý v bludném kruhu workoholismu. Vyžadoval od sebe perfekcionismus. Byl zcela zaměřený na sebe a svůj sebeobraz jako úspěšného architekta. Byl úzkostný, stažený, vyčerpaný. V momentech, když byl schopen zaměřit se na někoho jiného než na sebe, byl vnímavý, empatický a autentický. Poukazovali na to jak terapeuti, tak pacienti. Bohužel, pacient na to moc neslyšel a zůstal ve svém bludném kruhu.

Zdroje:

- (1) MASLOW, Abraham Harold. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. Klasici (Portál). ISBN 978-80-262-0618-7.
- (2) <https://nakladatelstvi.portal.cz/casopisy/informatorium-3-8/99295/k-cemu-nam-jsou-zivotni-hodnoty>
- (3) <https://cs.wikipedia.org/wiki/Logoterapie>
- (4) FRANKL, Viktor Emil. *O smyslu života: v každé krizi se skrývá příležitost*. Praha: Grada, 2022. Klasici (Portál). ISBN 978-80-271-3357-4.
- (5) FRANKL, Viktor Emil. *Léčba smyslem: základy a aplikace logoterapie*. Praha: Portál, 2021. Klasici (Portál). ISBN 978-80-262-1723-7.
- (6) <https://www.slea.cz/>
- (7) [https://cs.wikipedia.org/wiki/Irvin\\_Yalom](https://cs.wikipedia.org/wiki/Irvin_Yalom)

- (8) YALOM, Irvin D. *Existenciální psychoterapie: základy a aplikace logoterapie*. Vydání druhé. Praha: Portál, 2020. Klasici (Portál). ISBN 978-80-262-1587-5.
- (9) LEJEUNE, Jenna a Jason B. LUOMA. *Životní hodnoty v terapii: základy a aplikace logoterapie*. Vydání druhé. Praha: Portál, 2021. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-1751-0.
- (10) HARRIS, Russ a Jason B. LUOMA. *ACT jednoduše: terapie přijetí a odhodlání*. Vydání druhé. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton, 2021. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7553-879-6.

### Úvod

Téma práce jsem si vybrala z důvodu, že se ve své terapeutické praxi v rámci ordinace klinické psychologie dostávám do častého kontaktu s pacienty, které trápí zdravotní problémy. Tyto zdravotní problémy vnímají jako přední témata svého života a často si nepřipouští psychologické souvislosti jejich prožívání a jejich somatických onemocnění. Chtěla jsem zmapovat, co je psychosomatické onemocnění a jakými způsoby a terapeutickými významy onemocnění můžu pracovat. Případně, na jaká témata se mám ve své terapeutické praxi zaměřit.

V rámci mého integrativního psychoterapeutického zaměření jsem pátrala po teoriích vysvětlující psychosomatické onemocnění a možných způsobů terapeutické intervence v psychoterapeutickém procesu. V práci uvádím vybrané přístupy psychosomatické péče z hlediska interpersonální medicíny, účinné faktory v psychoterapii a integraci interpersonálního a kognitivně behaviorálního přístupu.

### Psychosomatické onemocnění

Psychosomatika vychází ze dvou řeckých slov a sice psyché (duše) a sóma (tělo) a odkazuje k provázanosti tělesných a duševních procesů. Psychosomatická reakce je chápána jako zdravý a vrozený způsob prožívání, kdy pocity vyvolávají tělesné reakce, a naopak tělesné reakce vyvolávají nějaké pocity (Morschitzky & Sator, 2007).

Psychosomatická medicína bere v potaz vliv biologických, psychologických a sociálních faktorů na stav zdraví a nemoci. Psychosomatický pohled na člověka bere stejně vážně faktory biologické, sociální, psychologické, popřípadě duchovní a spirituální (Honzák, 2017). Danzer vnímá psychosomatiku jako nutný lékařský postoj, spíše než samostatný vědní obor, který stojí při diagnostice a terapii jakéhokoliv onemocnění a který na onemocnění nahlíží v jeho komplexnosti a celistvosti. Moderní medicína by měla ze své podstaty být vědou „zabývající se celou osobou“. Podle něj



se každá nemoc dá „zaevidovat, posoudit, popřípadě léčit ve své biomedicínské, psychosociální a duchovní dimenzi“ (Danzer, 2001).

Faleide zkonstruoval interfaktoriální psychobiosociální model vzniku nemoci, v němž hrají svou roli faktory psychosociální a biologické. Jednotlivé faktory se mezi sebou navzájem ovlivňují a podněcují. Jedná se o faktory emocionální, kognitivní, rodinné, vztahující se k povolání, hormonální, nervové, infekční a svalové (Faleide, Lian, & Faleide, 2010).

Tress pojímá psychosomatickou medicínu jako medicínu interpersonální. K pochopení celkového holistického stavu pacienta z pohledu lékaře je nutné dobře znát jeho somatické, psychické a sociální souvislosti. Lékař by měl pacienta poznat v jeho vztahovém světě, psychosociální skořápce, protože porušení této skořápky vyvolává jeho reakce jak fyzické, tak i duševní. Psychosomatická medicína tak pohlíží na člověka z hlediska jeho blízkých interpersonálních vztahů (Tress, Kruse, & Ott, 2008).

## **Dělení psychosomatických onemocnění**

Psychosomatická onemocnění můžeme rozdělit do čtyř hlavních skupin podle různé míry závažnosti. První takovou skupinou jsou **poruchy celkového tělesného schématu** a mluvíme o nich v případě, kdy se u člověka objeví vnímané tělesné obtíže, které ale nevznikají na žádném organickém základu. Vegetativní funkce, tkáně a orgány zůstávají neporušené. Jedná se o tělesné změny u zdravých lidí, nejčastěji symptomy jako bolesti hlavy či problémy se žaludkem. Nejsou považované za nemoc. Tyto obtíže se ale mohou vlivem chroničnosti a subjektivní nadměrné vnímavosti postupně měnit do funkčních nebo somatoformních poruch (Morschitzky & Sator, 2007).

**Funkční poruchy** jsou již považované za nemoc, ale stále nemají organické příčiny. Jedná se zde o poškození tělesných funkcí. Na jejich vzniku se podílejí mimo jiné psychické příčiny. Projevují se jako poruchy autonomního vegetativního nervstva, jako bušení srdce, dýchací, žaludeční nebo střevní potíže. Tyto funkční poruchy můžeme dále dělit do dvou skupin – somatoformní poruchy a disociativní poruchy (Morschitzky & Sator, 2007).

*Somatoformní poruchy* typicky, v prvním případě vypadají jako poruchy tělesného původu, ale bližší medicínské vyšetření neprokazuje žádné tělesné změny organického nebo tkáňového původu. Ve druhém případě, kdy je sice prokázána organická příčina, její důsledky ale nevysvětlují subjektivní projevy, závažnost a trvání symptomů. Při těchto poruchách je důležité porozumět pacientovým typickým kognitivním přesvědčením a jejich obvyklým interakčním vzorcům. Morschitzki a Sator shrnují typické projevy somatoformních poruch u pacientů takto: Pacienti často docházejí do ordinací obvodních lékařů a stěžují si na tělesné symptomy. Po negativních vyšetřeních se dožadují dalších a naléhají na prokázání organické příčiny. Pokud se najde organická příčina, ani ta není dostatečným vysvětlením projevů symptomů v jejich rozsahu či závažnosti. Pacienti typicky odmítají přijmout psychické či psychosociální příčiny jako zdroje onemocnění a typicky popírají souvislosti nepříjemných zážitků v životě s propuknutím nebo zhoršením jejich onemocnění.

V rozvinutí tohoto typu onemocnění hraje důležitý faktor zažívaný stres člověka. Další příčiny jsou založené na tělesných predispozicích člověka, tělesných, psychických a sociálních spouštěcích a udržujících dispozicích, což mohou být reakce postiženého nebo jeho okolí, tak že onemocnění je stále více udržováno a stává se chronickým.

Somatoformní poruchy se mohou měnit v poruchy s chorobnými změnami tkání či v organické funkční poruchy. Podle MKN-10 jsou rozděleny do šesti kategorií: somatizační porucha, nediferencovaná somatizační porucha, hypochondrická porucha, somatoformní vegetativní dysfunkce, trvalá somatoformní bolestivá porucha, somatoformní autonomní funkční porucha a ostatní somatoformní poruchy.

*U disociativních poruch*, jakožto druhé podskupiny funkčních poruch, „dochází k úplné nebo částečné dezintegraci bezprostředního vnímání, kontroly tělesných pohybů, vzpomínek na minulost a vědomí vlastní identity vůbec. Psychické a tělesné funkce jsou disociovány, rozštěpeny“ (Morschitzky & Sator, 2007, str. 22). Rozlišujeme tělesně disociativní poruchy (např. poruchy chůze či ochrnutí na bez organické příčiny) a kognitivně disociativní poruchy (např. poruchy paměti bez organické příčiny).

Můžeme zde použít psychoanalytický pojem konverze, který již užíval Sigmund Freud a vyjadřoval, že „nepříjemné emoce vyvolané neřešitelnými konflikty a potížemi,

nějakým způsobem konvertovaly, změnilly se v určité symptomy“ (Morschitzky & Sator, 2007, str. 22).

Další skupinou psychosomatických poruch dělených podle jejich závažnosti jsou **psychosomatické poruchy v užším smyslu**, tedy organické choroby, které jsou buď vyvolané nebo udržované na základě psychických příčin. V naší české diagnostické soustavě není tato skupina zakotvena. Pro zdůraznění vlivu psychologických a vlivů chování na etiologii somatického onemocnění se používá jedno označení pro psychologické faktory „psychologické a behaviorální faktory, spojené s chorobami nebo poruchami zařazenými jinde“ spolu s diagnózou somatického onemocnění, např. s astma, dermatitidou, žaludečními vředy, syndromem dráždivého tračníku, ulcerózní kolitidou, kopřivkou.

Poslední rozeznávanou skupinou jsou **somatopsychická onemocnění**, tedy primárně somatická onemocnění, jejichž následkem vznikají duševní symptomy. Jedná se o psychické a sociální důsledky primárně somatické poruchy. Jsou to nemoci jako je rakovina, AIDS, koronární srdeční choroby, diabetes mellitus, revmatická onemocnění, poruchy autoimunity, bolestivé poruchy, tedy chronické somatické nemoci, které dnešní medicína není schopná léčit, v jejich terapii je tedy nutné zohledňovat celkové biopsychosociální fungování člověka a mířit na všechny složky jeho fungování s cílem zlepšit kvalitu života pacientům (Morschitzky & Sator, 2007).

## **Terapie psychosomatických onemocnění**

### **Cíle terapie**

Byla prokázána efektivita psychoterapie ve zmírnění fyzických obtíží pacientů a jejich funkčního omezení v životě. Vnímané účinky terapie se ukazují především v dlouhodobém efektu, kdy zlepšení chronických obtíží nastává až v dlouhodobém horizontu, asi rok po ukončení terapie (Koelen, Houtveen, Abbass, Luyten, & Eurelings-Bontekoe, 2014).

Terapie psychosomatických poruch by měla současně probíhat na všech rovinách bio-psycho-sociálního přístupu k člověku, tedy na úrovni psychoterapeutické i medicínské léčby, včetně farmakologické léčby. Léčba by měla obsahovat techniky psychoedukace, kognitivně behaviorální techniky zacházení se stresem, techniky

vycházející z dynamické terapie, rodinnou terapii a skupinovou terapii. Intervence by měly směřovat ke zvýšení životní spokojenosti, podporovat zvládající mechanismy člověka, podporovat kvalitu života, naučit se pracovat se stresem (zejména s často přidruženou úzkostí a depresí), měly by zlepšovat průběh nemoci, podporovat dodržování léčby a redukovat opakované vyhledávání lékařské péče (Fava, Cosci, & Sonino, 2017). Psychosomatická terapie by měla zahrnovat **tři cesty k vyléčení**. První cestou bychom měli ovlivňovat samotné orgány, vrátit jim jejich funkčnost např. medicínskými zásahy, fyzioterapií. Druhou cestou bychom měli ovlivňovat psychosociální prostředí, ve kterém se porucha vyvinula a je udržována. Zasahovat můžeme v rámci partnerské nebo rodinné psychoterapie, případně doprovodnými psychosociálními opatřeními. V rámci třetí cesty pracujeme na zlepšení vztahu k vlastnímu tělu a vytváření nových způsobů myšlení a chování, nejčastěji v individuální terapii (Morschitzky & Sator, 2007).

Psychosomatická léčba se skládá ze **čtyř fází**. V první fázi by se měl pacient naučit vnímat své psychosomatické onemocnění a lépe jim rozumět. Ve druhé fázi by měly být využity pacientovy schopnosti a zdroje k možným změnám. Posílit tak schopnosti pacienta k tomu, aby byl aktivním hybatelem svého života. Ve třetí fázi probíhá rozhodnutí k reálné změně v životě a postojů pacienta a ve čtvrté fázi jsou reálně zaváděny změny k vyléčení nebo zlepšení kvality života (Morschitzky & Sator, 2007).

**Obsah terapie** můžeme rozdělit do několika kategorií a sice: vyjasnění cílů terapie, fáze informování, introspekční a symptomové deníky, kognitivní terapie, behaviorální experimenty, tělesná terapie, uvolňovací terapie, stupňování aktivity a postupné odstraňování nadměrné šetrnosti vůči sobě, lepší zacházení se stresem, adekvátní zacházení s emocemi, terapie orientovaná na konflikt, terapie traumatu, zvyšování sebejistoty, zvládání rodinných problémů, všeobecné zkvalitnění způsobu života, opatření vzhledem k zaměstnání a opatření k profylaxi recidivy (Praško, Pašková, Prašková, & Záleský, 2004).

V České republice není komplexní psychosomatická péče zakotvena a hrazena ze zdravotního pojištění. Vznikají zde ojedinělá centra, která se psychosomatikou zabývají, jako např. Psychosomatická klinika v Praze, Klinika Eset v Praze, Psychosomatické centrum Praha. V Liberci se nachází Středisko komplexní terapie

psychosomatických poruch spolu s Institutem rodinné terapie a psychosomatické medicíny.

Nabízí se inspirovat se v Německu, kde základní psychosomatická péče smluvně náleží již od roku 1984 pod základní lékařské výkony. Psychosomatická péče zde leží v rukou praktických lékařů jakožto léčba „lehčích“ případů a psychologických psychoterapeutů, kam směřují již závažnější případy onemocnění, které vyžadují cílenou léčbu. Obě dvě profese mohou být zaměřené výhradně psychoanalyticky nebo kognitivně behaviorálně. Cíle základní psychosomatické péče jsou podle aktuálního stavu nemoci následující (Tress, Kruse, & Ott, 2008, str. 30):

- odstranění (zmírnění) symptomů
- zprostředkování vzhledu do patogenních souvislostí (rozporuplnost, konflikty)
- porozumění situaci, jež vyvolává klinický obraz stavu
- profylaktickou orientaci pacienta a jeho nejbližších vztahových osob (změnu způsobu života, překonání zábran, vyhýbání se konfliktním oblastem.

Léčba je cíleně zaměřená na vyjasnění komplexního klinického obrazu v jeho somatických, psychických i psychosociálních aspektech a diagnostika probíhá na dvou úrovních a to, orgánově-medicínské a také diagnóza vztahů.

Psychosomatická péče je zde rovnovážně provázání somatických léčebných přístupů s duševní léčbou nemoci. Duševní léčba užívá verbální intervence a nácvikové a sugestivní techniky. V rámci verbální intervence se lékař během 20minutového sezení snaží pacientovi zprostředkovat náhledy na psychosomatické souvislosti nemoci a vliv patogenních vztah na průběh nemoci. Používají se zde hlubinné / dynamicky zaměřené metody. Velkým úkolem vůbec je podpořit pacienta ve vlastní introjekci a k vytváření nových náhledů na svoji nemoc. Velmi důležitý je dialogický vztah mezi lékařem a pacientem, který musí být bezpečný a pacient mu může důvěřovat.

Nácvikové a sugestivní techniky probíhají buď individuálně nebo ve skupině. Jedná se hlavně o autogenní trénink, hypnózu a uvolňující metody (Tress, Kruse, & Ott, 2008).

## **Interpersonální medicína**

Psychosomatická medicína nahlíží na člověka a jeho nemoc z hlediska somatického, ale též bere v potaz souvislosti mezi jeho tělesnými reakcemi a duševními problémy a problémy v interpersonálním vztahování se. Podle této teorie je vývoj člověka od jeho narození přímo ovlivňován a formován jeho interpersonálními vztahy, kdy člověk současně usiluje o přiblížení k druhým díky vztahům s ostatními, ale také probíhá jeho autonomní diferenciaci, kdy se od druhých odděluje a stává se individuální osobností. Člověk je tedy do určité míry ovlivňován vnější situací, ve které žije – setkává se buď s podpůrnými reakcemi okolí nebo naopak patogenními reakcemi okolí, které vedou ke vzniku psychogenních onemocnění. Psychogenní onemocnění jsou pojímány jako vztahové nemoci, v nichž se pacientům „nedaří sladit v interpersonální výměně svá přání, očekávání a naděje s protivýkony svého okolí. Reagují charakteristickými, chybně přizpůsobenými vzorci chování, které je možné popsat jako cyklicky-maladaptivní vztahové kruhy“ (Tress, Kruse, & Ott, 2008, str. 57). Pacient přistupuje svým chováním k druhým na základě očekávané zpětné vazby jejich chování, a tak vytváří vztahový kruh, podmíněný vztahovým vzorcům z dětství. Pokud se člověk zasekne v nepružných vzorcích, které není možné pružně přizpůsobovat okolí, může to u člověka vyvolat problémy ve vztazích, případně vznik psychogenního onemocnění. Pacienti tak často nevědomě v současných vztazích jednají a cítí se tak, jako by jednali se svými rodiči.

Projevy symptomů psychosomatického onemocnění jsou nestálé a v průběhu času se proměňují. Je zde nutné zohledňovat tělesné, psychické i sociálně komunikační obtíže. Existuje několik způsobů k rozumění symptomům. Uvádím zde 5 vybraných. Tělesná symptomatika může být čtena **jako symbolický výraz určitého konfliktu (konverze)**, kdy pacient nevědomě symbolicky vyjadřuje konflikty skrze tělo v symbolické podobě. Tyto nemoci můžeme nazvat výrazové nemoci, tedy nemoci zrcadlící vnitřní problematiku. Jedná se o sexuální či agresivní impulzy, kterých si pacient nemůže být vědom a nemůže je uskutečnit nebo slovně vyjádřit kvůli morálním zákazům. Tyto impulzy jsou projevovány v méně nebezpečné formě jako tělesný symptom.

Tělesná symptomatika může být dále považována za **výraz ekvivalentu afektu v rámci konfliktní problematiky**. Za ekvivalenty afektu jsou považovány tělesné doprovodné děje silných emocí. Pocity (zvláště pak deprese, úzkost, smutek, zloba) jsou u lidí se sklony k somatizaci prožívány výhradně ve formě tělesného napětí.

Nepříjemné pocity často vytěsňují. Toto tělesné napětí může vést k fyziologickým dysfunkcím, funkčním onemocněním.

Dále tělesnou symptomatiku můžeme pokládat za **výraz nezralých afektů v rámci určité nespecifické zátěžové situace**. Jedná se zde především o pacienty s psychosomatickými onemocněními v užším smyslu. Jsou to pacienti, kteří neumí rozlišovat a vyjadřovat své pocity. Vnímají je jako difúzní, nediferencované vjemy pouze na škále příjemné nebo nepříjemné počitky. Bývají závislí na reakcích druhých lidí. Na nespecifické zatížení reagují somaticky a tělesné obtíže jsou následky trvalého vegetativního napětí.

Čtvrtou skupinou je tělesná symptomatika **jako výraz zamrzlých impulzů k jednání po zátěžové reakci**. Trvalé tělesné napětí se u člověka může být následkem zloby či úzkosti. Tyto napětí se mohou v člověku trvale ukládat jako typická gesta nebo postoje. Symptom může být brán jako impulz, který je ale brzděn proti-impulzem, např. zatínání zubů nebo svalů jako potlačený hněv, který nemůže být projeven. Mohou se rozvinout bolestivá svalová napětí a zánětlivá a degenerativní onemocnění.

Poslední skupinou je tělesná symptomatika **jako výraz traumatických životních zkušeností**. U traumatizovaných lidí zůstává traumatický zážitek (kognitivní i emoční) odpojený od lidského vnímání, zůstává neintegrován ve vlastním prožívání. Vzpomínky a opětovné tělesné prožívání traumatu se dostává zpět do vědomí v případech prožívání flash-backu, tedy vyvolané vzpomínce a tělesné reakci těla na základě podobného vjemu jako při traumatické události, neadekvátní současné situaci. Tělesně uložené zkušenosti jsou opět prožívány jako při traumatické události a v současnosti reflektovány jako symptom psychosomatického onemocnění.

Terapie v interakčním přístupu spočívá ve vztahové diagnóze pacienta a funkční nápravě cyklicky-maladaptivního vztahového kruhu (CMP). Podle něho bychom měli pracovat v následujících 4 úrovních: internalizace, interakční chování pacienta (identifikace), re-akční chování druhých vůči pacientovi a chování a vnitřní postoj pacienta k sobě samému (introjekce).

Internalizace vyjadřuje pacientovy přání a očekávání vůči druhým, které ale vyjadřuje jen pokud mu to dovolí předem učiněná očekávání a obavy z toho, jak budou reagovat druzí. Jeho očekávání ovlivňují jeho reálné chování. Z identifikace pacienta se svými rodiči se formuje jeho interakční chování. Pacient se chová podle toho, jak

s ním bylo zacházeno jako s dítětem. Pokud byli rodiče např. velmi kritičtí, sám bude trvale ve vztazích zaujímat kritický postoj a přizpůsobí němu i své chování. Re-akční chování druhých lidí na pacienta je určováno také tím, jak vnímají a interpretují pacientovo chování. Introjekce pacienta odráží, jakým způsobem zachází sám se sebou. Pacient se sebou zachází tak, jak s ním dříve zacházeli jeho rodiče. Nynější negativní obraz sebe samého je umocňován negativními reakcemi druhých. Je nutné se zajímat o to, jak pacient vnímá a kognitivně interpretuje chování druhých.

Pomocí sdělení cyklicky maladaptivního vzorce by měla být pacientovi prezentována domnělá souvislost jeho tělesných reakcí a jeho dosavadních strategií pro vytváření vztahů a řešení životních obtíží. V návazné terapeutické práci cílíme na vytváření nových pacientových pružných a flexibilních vzorců chování a reakcí a jejich upevňování (Tress, Kruse, & Ott, 2008).

### **Účinné faktory v psychosomatické terapii**

V rámci výzkumu na specializovaných psychosomatických klinikách v Nizozemsku byly identifikovány účinné faktory psychosomatické terapie z pohledu pacientů trpících přetrvávajícími somatickými symptomy (PSS – persistent somatic symptoms) a jejich terapeutů. Pacienti pokládali za důležité, prolínání verbální terapie s terapií zaměřenou na tělo, v níž prohlubovaly tělesné uvědomění, učily relaxaci a získávali tak funkční nástroje, jak se vypořádat se svými symptomy. Učili se pociťovat, co se bezprostředně děje fyzicky v jejich těle a jak se cítí po emoční stránce. Od terapeuta byli edukováni v možné příčině jejich symptomů a propojení fungování mezi tělem a myslí. Pacienti dostávali domácí úkoly v podobě fyzických cvičení a relaxací, takže je používali i v momentech, kdy je nejvíce potřebovaly. Terapeut podle pacientů držel strukturu sezení. Pacienti díky vědomí spojení těla a mysli byli schopni získat vhled a také se naučily zvládat své symptomy a problémy, zaváděly změny v chování a naučily se lepší seberegulaci. Pacienti se naučili lepší péči sami o sebe. Celkově pro ně byl důležitý i důvěrný terapeutický vztah, skrze něj dostávali podporu, bezpečí, ale i odborný názor na své problémy. Oceňovali to, že jsou vážně přijímáni, cítili se pochopeni na úrovni rovnocenného partnera a jejich problémy a prožívání bylo bráno vážně (Wortman, Olde Hartman, van der Wouden, Dankers, & Visser, 2022).



Terapeuti popisovali léčbu jako na pacienta zaměřený přístup, ve kterém terapeut neustále přepíná z módu léčby do módu prozkoumávání pacientových symptomů, percepce a zaměření na problémy se zvládacími mechanismy. Terapeuti vnímali účinné faktory v budování vztahu, hledání společného porozumění s pacientem, cíleně vést k pacienta k uvědomění souvislostí mezi prožíváním a tělem a neustálé přepínání z módu léčby do módu explorační. Terapeutický vztah považovali za základní stavební kámen psychosomatické terapie. Terapeut ho aktivně buduje od prvního momentu terapie, kdy aktivně naslouchá pacientovi, bez hodnocení, ale zároveň si dělá představu o tom, jaké funkční mechanismy mohou přispívat nebo udržovat symptomy v životě pacienta. Zároveň se nechává vést pacientem a jeho tématem, ale také ho aktivně vede, poskytuje strukturu sezení a bezpečí. Shrnuje to, co pacient říká, pozitivně označkovává nebo konfrontuje pacienta. Dává do souvislosti životní příběh pacienta s jeho problémy, prezentuje mu, jak symptomům sám rozumí a reflektuje všechny způsoby, kterými si zkoušel pacient pomoci a které nepomohli. Také reflektuje porozumění pro odpor pacienta ke změnám v životě a k terapii vůbec. Terapeut hledá společný zájem s pacientem, kdy si vyjasňují, co je pro oba v rámci terapie přijatelné a jaké jsou společné cíle terapie a do jaké míry je pacient ochoten pracovat ke změně. Ideální pacient je ten, který je ochoten nahlížet symptomy z jiné perspektivy, hledat nová vysvětlení a ptát se, co sám může ještě udělat nebo změnit. V rámci cíle propojení mysli a těla používají edukaci, na tělo zaměřené cvičení, relaxaci a domácí úkoly. Využívají především kognitivně behaviorální přístup a snaží se zvědomit pacientům vztah mezi kognicí (myšlením), emocemi (cítěním se) a chováním. Používají cvičení, která vedou k uvědomování těla a pomáhají pacientovi uvědomit si a procítit, co se v jejich těle děje. Cílem je, aby pacient zažil, jak jeho symptomy mohou ovlivňovat to, jak přemýšlí, jak se cítí a jak se chová a naopak. Terapeuti věří, že používání těla od začátku terapie vede pacienty k pochopení jak fyzických, tak i psychických aspektů jejich symptomů. Terapeuti popisují, že každé sezení začíná otázkami na pacientovy symptomy a jejich průběh a vývoj od minulého sezení. konkrétně se zaměřují na jejich somatické, kognitivní, emoční, behaviorální a sociální aspekty. Dále posuzují predispoziční faktory (individuální charakteristiky pacienta, a spouštěcí a udržovací faktory, které pomáhají k vysvětlení symptomů (Wortman, Olde Hartman, van der Wouden, Dankers, & Visser, 2022).

## **Integrace interpersonálního a kognitivně behaviorálního přístupu**

Stuart (2008) navrhuje integraci interpersonálního a kognitivně behaviorálního terapeutického přístupu v léčbě somatoformních onemocnění. Největší výhodou v kombinaci obou přístupů vidí v tom, že v rámci terapie dochází k ovlivnění jak interpersonálních problémů pacienta a zároveň pracuje s problémy v kognitivním zpracování pacienta, např. očekávání od okolí. Pracuje s konceptem somatizace, který definuje jako: (1) výrazné a přetrvávající obavy související s fyzickým stavem nebo nemocí, (2) významné a přetrvávající maladaptivní chování v roli nemocného, (3) obavy a maladaptivní chování v roli nemocného způsobuje zhoršení fungování v životě pacienta. Maladaptivní chování v roli nemocného je charakterizováno neustálým vnímáním, prožíváním, hodnocením a reagováním na svůj zdravotní stav. Toto trvání trvá i přes adekvátní lékařské posouzení stavu, případně nastavení léčby (Stuart, Noyes, Starcevic, & Barsky, 2008).

Při nastavování psychosomatické péče bychom si měli odpovědět na následující otázky, které nás navedou k tomu, jaký terapeutický přístup k léčbě přednostně volit.

- 1) Měl by být pacient v takové míře soustředěný na svůj zdravotní stav a v nepohodě? Existují objektivní důkazy o pacientově nemoci?
- 2) Jak pacient komunikuje jeho obavy a nepohodu svému okolí? Vyhledává péči u rodiny nebo přátel, případně navštěvuje opakovaně lékaře?
- 3) Je ujištění od lékaře adekvátní?

Pokud uznáme, že problém tkví především v obavách pacienta, volíme kognitivně percepční přístup k terapii. Pokud naopak vidíme problém v interpersonálních vztazích pacienta, volíme interpersonální přístup terapie. Vnímaná adekvátnost lékařského ujištění pacientem závisí na dostatečně percipované dostupnosti lékaře a jeho spolehlivosti. Zájem lékaře je pacienty se somatoformním onemocněním hodnocen větší měrou než samotná léčba.

**Interpersonální přístup** vychází z teorie attachmentu, interpersonálních a sociálních teorií. U vulnerabilních osob může interpersonální stresor vytvářet somatizační chování. Předpokládá se, že u somatizujících pacientů je nemoc způsobena souhrou nejistého attachmentového stylu a spolu s nadměrným působením interpersonálního stresoru, což vede k maladaptivnímu chování

vyhledávající péči a komunikování svých obav o zdravotní stav. Pokud je podpora pacienta v jeho sociálním prostředí nedostatečná a zahrnuje i neadekvátní ujištění od praktického lékaře, tak jeho tělesné příznaky se zhoršují. Somatizující pacienti se snaží zajistit si péči ve svém sociálním prostředí neustálým stěžováním si na svůj zdravotní stav či bolest a často se setkávají s neempatickou reakcí významných druhých, spolu s lékaři, což vede u pacientů k přesvědčení, že péče pro ně není dostupná a symptomy tak rostou na síle, aby byl jejich nárok na péči adekvátní. Objevují se zde témata pro terapii jako interpersonální vztahy, interpersonální problémy spjaté se změnou rolí, smutkem a ztrátou, mezilidské spory, ztráta fyzického zdraví nebo fungování a konflikty s rodinou a partnery při maladaptivním opakovaném vyhledávání lékařské péče.

Doporučuje se individuální forma terapie, která těží z terapeutického vztahu. Používají se techniky cílené na maladaptivní komunikaci a sociální podporu. Technikou komunikační analýzy a rozboru interpersonálních konfliktů se pracuje na úpravě komunikace, takže pacient může jasněji chápat vlastní potřeby a dále je komunikovat okolí. Hraní rolí je používání k nácviku nového komunikačního chování, i ve vztahu k lékařům. Interpersonální přístup pomáhá pacientovi lépe využívat sociální podporu. Pacient se učí formulovat své potřeby, srozumitelně je sdělovat svému okolí a vytvořit si nové příležitosti k naplňování vlastních potřeb a zároveň tolik nespolehat na lékaře, který předtím sloužil k naplňování attachmentových potřeb.

**Kognitivně behaviorální přístup** pojímá somatizaci jako důsledek narušení kognice a percepce. Pacienti, se sklony k somatizaci, vnímají svoje zdravé tělesné projevy a reagují na ně myšlenkami, pocity či chováním. Takto zesilují vnímané symptomy a zvyšují obavy o své zdraví. Rozvíjí bludný kruh úzkosti, kdy nadměrně zkoumají vlastní tělo, jsou nadměrně ostražití k projevům nemoci, udržují roli nemocného a jsou dysforičtí. Pacienti tak dělají atribuční chybu, že dekódují svoje tělesné pocity jako nemoc a jejich tělo reaguje na stres. Somatizační symptomy mohou pramenit např. z benigních a přechodných onemocnění jako je průjem či tinnitus, normální fyziologie – závratě, změny v srdečním rytmu, stárnutí, stresu, změny související s nevhodnou dietou, bolest těla z nedostatku spánku nebo špatné tělesné kondice v důsledku nedostatečné tělesné aktivity (Stuart, Noyes, Starcevic, & Barsky, 2008).

## **Bludný kruh obav o zdraví a role nemocného z hlediska terapie**

Bludný kruh obav o zdraví vzniká v momentě, kdy člověk, který prožívá stresové období, reaguje na stres tělesnými příznaky. Tyto příznaky si mylně vykládá jako důkaz nemoci a tato úzkost o zdraví vede k ujišťování, kontrolování, roli nemocného nebo vyhýbání se. Ujištění lékaře pomůže k úlevě na krátkou chvíli. Tělesné reakce patří k běžné reakci na stres, depresi nebo úzkosti. Člověk ale tělesně reaguje také na běžné obavy či starosti. Pokud si člověk začne vykládat tělesné příznaky jako nemoc, začne si myslet, že je skutečně nemocný. Tím sám sebe vystraší a obavy následně vedou k dalším tělesným reakcím, což tedy vede k bludnému kruhu. Chyba je tedy ve špatné interpretaci tělesných příznaků (Praško, Pašková, Prašková, & Záleský, 2004).

Praško popisuje **roli nemocného** jako mechanismus, kdy se člověk, který se bojí onemocnění začne vyhýbat některým činnostem, ve snaze ochránit se. Život se takového člověka stává nudnějším a více zaměřeným na pozorování tělesných příznaků. Tělo se v důsledku snížení aktivit stává méně zdatné a méně zdravé. Menší tělesná výdrž ale potvrdí obavy o zdraví, a tak se člověk uzavře doma a nedělá aktivity, které ho dříve bavily. Život tak přizpůsobí nemoci a věnuje se sebepozorování a vyhledává péči lékařů a ujištění od rodiny. Trpící člověk je zbaven rodinných zodpovědností a povinností v důsledku nemoci a jsou přesunuty na ostatní členy rodiny. Obavy o zdraví mohou nahradit vztahové konflikty, které člověk zažívá v reálném světě a tím dochází ke snížení silných negativních emocí (Praško, Pašková, Prašková, & Záleský, 2004).

**Nadměrné obavy z tělesných příznaků** mohou vznikat na základě vzdálených, bezprostřední a následných příčin. Vzdálené příčiny vychází z našich základních postojů ke zdraví a nemoci z dětství. Větší pravděpodobnost, že se u nás obavy vyvinou jsou v případě, že naši rodiče měli nadměrné starosti o jejich či naše zdraví nebo byl někdo v rodině těžce nemocen. Také se zde projevuje faktor toho, že kdykoliv jsme byli v dětství nemocni, tak jsme v reakci na naši nemoc dostávali láskyplnou péči od rodičů bez nároků na plnění našich běžných povinností. Bezprostřední příčinou je stresová reakce, která se objevuje jako přímá reakce na akutní onemocnění nebo na nadměrně stresující život – vztahové problémy, stresory v práci stresory související s životním stylem, případně na významnou životní událost nebo výraznější změny v životě. Následné příčiny udržují obavy o zdraví a projevují se nadměrným zabezpečováním se před tělesnými příznaky. Člověk se v této fázi začíná

více pozorovat, a tak jemněji vnímat každý tělesný příznak, který mylně připisuje nemoci, ačkoliv se může jednat o kombinaci různých vegetativních příznaků, únavy nebo tělesného napětí. (Praško, Pašková, Prašková, & Záleský, 2004) Pacienti často vyhledávají lékařskou péči, vyhledávají příznaky na internetu, vyhýbají se obvyklým aktivitám, žádají ostatní o ujištění a podporu a sami sebe vyšetřují (Wortman, Olde Hartman, van der Wouden, Dankers, & Visser, 2022).

Bylo prokázáno, že dysforie prohlubuje somatické symptomy tím, že zhoršuje somatické prožívání v těle, což podporuje vnímání nemoci. U člověka se vytváří pocity nedostačivosti, vnímání sebe sama jako poškozeného a vadného s vnímáním pesimistického vývoje a katastrofických scénářů. V rámci KBT se cílí na zavádějící kognitivní zpracování, maladaptivní roli nemocného, zavádějící selektivní pozornost a zkreslení vnímání. Používá se kognitivní restrukturalizace s edukačními a behaviorálními technikami – pacienti se učí opravovat špatnou atribuci (Mai, 2004).

### **Terapie bludného kruhu obav o zdraví**

Praško definuje léčbu obav o zdraví ne jako vymizení tělesných příznaků, ale jako menšího obávání se příznaků. Cílem terapie by tedy mělo být, aby se pacient nebál vlastních myšlenek, naučil se zpochybňovat své automatické myšlenky, snížil tělesné pocity vyvolané úzkostí pomocí relaxace, ukončil mentální vyhýbání, zvládnul expozici reálným obavám a situacím, ukončil pokusy dokázat si, že je všechno v pořádku, naučil se nežádat si potvrzení či ujištění a ukončil roli nemocného.

Ukončení role nemocného spočívá v tom, že by se měl člověk v první řadě naučit lépe organizovat svůj čas a tím snížit zažívanou míru stresu. Začíná se tím, že identifikuje s pacientem oblasti jeho života (zaměstnání, rodina, zdraví, koníčky,...) a kolik času chce každé oblasti věnovat a poté sestaví pořadí důležitosti jednotlivých úkolů s omezenou dotací času na jejich plnění. Poté pacient zhodnotí své osobní prostředky a možnosti, které má a ujasní si, jaké role v zaměstnání a osobním životě má a jaké úkoly z těchto rolí plynou. Posledním krokem je vytyčení konkrétních a dosažitelných cílů. Dále doporučuje dělat časové záznamy, ze kterých člověk zjistí, v jakých časových oknech dokáže být lépe produktivní. Také doporučuje úkoly pravidelně organizovat podle jejich naléhavosti. Doporučuje zařadit pravidelný tělesný pohyb – chůze, běh, jízdu na kole, jógu (Praško, Pašková, Prašková, & Záleský, 2004).

## Závěr

Ve své teoretické práci jsem zmapovala vybrané terapeutické přístupy k léčbě psychosomatických onemocnění, které mohou sloužit jako inspirace pro práci integrativního psychoterapeuta. Práce měla za cíl ukázat, že existují terapeutické přístupy, které mají za cíl ovlivnit tělesné symptomy pacienta a představit jejich přehled. Psychoterapii vnímám jako účinný nástroj, ke zmírnění fyzických symptomů pacienta a také jeho funkčního omezení. Efektivita psychoterapie byla prokázána, avšak musíme vědět z jakých konceptů můžeme vycházet.

## Literatura:

Danzer, G. (2001). *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla a duše*. Praha: Portál.

Faleide, A., Lian, L., & Faleide, E. (2010). *Vliv psychiky na zdraví*. Praha: Grada.

Fava, G., Cosci, F., & Sonino, N. (2017). Current Psychosomatic Practice.

*Psychotherapy and Psychosomatics*, 13-30.

Honzák, R. (2017). *Psychosomatická prvouka*. Praha: Vyšehrad.

Koelen, J., Houtveen, J., Abbass, A., Luyten, P., & Eurelings-Bontekoe, E. (2014).

Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*(204), 12-19.

Mai, F. (2004). Somatization Disorder: A Practical Review. *Canadian Journal of Psychiatry*(49), 652-662.

Morschitzky, H., & Sator, S. (2007). *Když duše mluví řečí těla*. Praha: Portál.

Praško, J., Pašková, B., Prašková, H., & Záleský, R. (2004). *Naděrné obavy o zdraví*. Praha: Portál.

Stuart, S., Noyes, R., Starcevic, V., & Barsky, A. (2008). An Integrative Approach to Somatoform Disorders Combining Interpersonal and Cognitive-behavioral Theory and Techniques. *Journal of Contemporary Psychotherapy*(1), 45-53.

Tress, W., Kruse, J., & Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.

Wortman, M. S., Olde Hartman, T. C., van der Wouden, J. C., Dankers, S., & Visser, B. e. (2022). Perceived working mechanisms of psychosomatic therapy in patients with persistent somatic symptoms in primary care: a qualitative study.

## **1. Úvod**

Téma své závěrečné práce jsem si vybrala na základě svých letitých zkušeností v rámci práce se studenty Střední odborné školy pro administrativu Evropské unie.

Když jsem před 20 lety začala pracovat jako učitelka veřejné správy a práva, velmi rychle mi došlo, že to bude chtít víc než jen akademické znalosti v oblasti práva. Vnímala jsem, že ke své práci potřebuji také dovednosti-kompetence emočně-sociální v oblasti vedení rozhovoru s žákem nebo jeho rodinou, neboť ať už učitel chce nebo nechce, stává se najednou součástí životního příběhu dítěte či jeho rodiny, což sebou nese mnoho emocí a zároveň otázky, jak s nimi pracovat. A to nejen u klientů, ale i u sebe. Zároveň jsem jako učitelka zjistila, že někdy kromě znalostí, které studentům předávám, a nápadů, jak na to, stačí studenta vyslechnout a ocenit.

První část této práce popisuje, jak významná je psychoterapie ve školství a jak je dobrá pedagogická komunikace učitele se studenty v procesu vzdělávání nesmírně důležitá. Druhá část je zaměřena na to, co od studentů a klientů nejvíce slyším – „moje dětství“. V této souvislosti mi mou velkou inspirací byla kniha finského psychoterapeuta Bena Furmana, pod názvem „**Nikdy není pozdě na šťastné dětství – aneb jak překonat minulost**“.

Tato závěrečná práce si neklade za cíl popsat legislativní rámec pedagogické profese a poukázat na jejich úskalí v souvislosti s omezenou psychoterapeutickou intervencí na školách. Rovněž se nezaměřuje na popis traumatizujících zážitků z dětství a nenabízí výčet efektivních způsobů řešení, i když se o nich stručně zmiňuje.

Tato práce je pouze tématem k zamyšlení, jak nás škola a naše dětství ovlivňují, jaký význam je určitým událostem připisován, jak si je interpretujeme a jaké následky podle nás tyto události mají.

Záměrem této práce je možná pokusit se dokázat, že přestože na nás naše negativní zážitky z dětství nepochybně mají velký vliv, **nejsme vězni vlastní minulosti**.

## **2. Význam psychoterapie ve školství**

Škola je hned po rodině nejvýznamnější oblastí socializace dítěte. Do velké míry určuje rozvoj a uplatnění jeho schopností, vztahování se k autoritám a vrstevníkům, navazování blízkých vztahů. Kvalita školního prostředí, pedagogického sboru a v neposlední řadě i osobnostní kvalita třídního učitele může souviset s tím, zda se u dítěte aktuálně nebo v dalším vývoji projeví psychické potíže a nakolik se tyto psychické potíže podaří zvládnout, aby z dítěte vyrostla zdravě sebevědomá osobnost.

Mnoho dětí vstupuje do školy s již významně narušeným dosavadním vývojem (může se jednat o děti z dětských domovů, výrazně nevhodného rodinného prostředí, s historií raných traumat). Pro tyto děti může škola představovat další zátěž. Ovšem i jiným dětem přináší škola významné výzvy (adaptace na nové prostředí, nároky na výkon a jeho hodnocení, nutnost podřídit se pravidlům, zapojení se do vrstevnické skupiny), v jejich zvládnutí mnozí potřebují podporu. Psychoterapie je jednou z cest podpory dětí a dospívajících. Mnoho dětí zažívá více či méně závažné obtíže při adaptaci na školní prostředí a potřebují v této adaptaci určitou pomoc. Psychoterapie je jedna z možností intervence. Ukazuje se, že odborníci vnímají psychoterapii ve škole jako potřebnou, ale nedostupnou. Přes svou nezbytnost, není psychoterapie ve školství ani legislativně řádně vymezena.

Psychoterapie ve školství je potřebná, říkají odborníci (psychoterapeuti, lektori prevence apod.), kteří vnímají následky její absence. Pomoc dětem přichází až ve chvíli, kdy se začnou objevovat první symptomy maladaptace. V této souvislosti musím zmínit, že škola, ve které pracuji, studentům psychoterapii v plném rozsahu nabízí. Máme školního psychologa, který poskytuje Rogersovskou psychoterapii zaměřenou na klienta, kdy terapeut klienta bezpodmínečně přijímá, je otevřený a empatický. Máme rovněž velmi zkušeného metodika prevence, který využívá ve své práci multimodální přístup a pracuje se všemi aspekty lidské osobnosti, kariérního poradce, a dokonce i dětského psychiatra školeného ve výcviku KBT, který poskytuje studentům psychoterapeutickou pomoc zaměřenou na přítomnost, na konkrétní problémy a jejich změny s cílem klienta osamostatnit a naučené chybné vzorce chování přeučit. V psychoterapeutickém týmu působím od roku 2024 i já. Jako psychoterapeut ve výcviku se zaměřuji na integrativní psychoterapii, jejíž hlavní myšlenkou je, že každý



klient potřebuje v jednotlivých fázích terapie různé přístupy. Tomu přizpůsobuji svůj styl práce a „šiji“ terapii klientovi na míru. Svůj přístup vnímám více kognitivně, i když spolu s klientem hovoříme často o emocích. Snažím se klienta motivovat a mobilizovat jeho vlastní autosanační schopnost. Mojí silnou stránkou je podpořit klienta v nalezení rovnováhy, ocenit ho v jeho úsilí a snaze, ukázat mu, že z každé obtížné situace vede cesta ven.

Ředitel naší školy je zkušený psycholog, který psychoterapeutickou pomoc dětem, ale i zaměstnancům školy poskytuje. Je to rovněž speciální pedagog – etoped, který se zabývá depistáží jedinců se speciální vzdělávací potřebou, komunikací s učiteli, žáky a rodiči, primární prevencí, diagnostikou, intervencí, poradenstvím, metodickou, koordinační a vzdělávací činností. Jeho dveře jsou neustále otevřené, je prakticky možné ho kontaktovat kdykoliv, vždy je ochoten naslouchat a pomoci. Poskytuje také supervize pedagogovi, zpětnou vazbu, umožňuje mu reflektovat problematiska témata, která přináší učitelská profese (ať už je to vztah pedagog-žák, pedagog-rodič, pedagog a škola jako systém). V případové supervizi může narůstat i porozumění učitele pro obtíže dětí a důvěra ve vlastní schopnosti řešit problémové situace. Supervize je obecně v pomáhajících profesích využívána nejen k profesnímu a osobnostnímu růstu, ale také jako prevence syndromu vyhoření.

I přesto, že s psychoterapií ve školství není a priori počítáno, stejně se do určité míry provádí. Nabízejí ji zaměstnanci škol v rámci svých úvazků, jedná se tedy o vyučující a primárně třídní učitele. Sama jsem v pozici třídního učitele působila a vnímala jsem podporu dávanou studentům jako prioritu, která v mém případě převyšovala mou výukovou i administrativní náplň. Domnívám se, že učitelé by měli mít nějaké potřebné terapeutické znalosti a nástroje (jakési psychologické a psychoterapeutické minimum), aby si dokázali s určitými náročnými situacemi poradit sami a nemuseli být odkázáni na odbornou pomoc.

Vztah mezi učitelem a žákem je jedním z nejvýznamnějších faktorů adaptace dítěte na školu a kvalitu vztahů a jako takový utváří klima školy, klade důraz nejenom na vzdělávání, ale zejména na empatii a vzájemný respekt. Učitel patří mezi důležité osoby ovlivňující vývoj jedince. Učitel může pro žáka představovat významný životní vzor člověka. Vztah učitel – žák je mezilidský vztah, který ovlivňuje průběh i výsledek učitelova vyučování, žákova učení se, kvalitu vzájemné spolupráce, sociální percepce, emocionální a motivační aspekty výuky. Kvalita vztahů mezi učitelem a žákem se

samozejmě odrazí i na duševní rovnováze obou a hraje důležitou úlohu při formování postoje žáka s učením. Vztah s empatickým, kongruentním a akceptujícím pedagogem působí preventivně s ohledem na různé obtíže, které se během školního roku mohou u žáků a studentů objevit a bez podpory a pomoci přerůst v závažnější projevy. Nejdůležitějším prediktorem pozitivního vztahu žáků k učiteli jsou osobnostní znaky učitele, jeho přístup k žákům, dětem a lidem obecně. Jeho znalosti a pedagogické schopnosti jsou v žebříčku důležitosti až za těmito proměnnými.

Dobrá pedagogická komunikace učitele se žáky je v procesu vzdělávání nesmírně důležitá. Různí pedagogové komunikují s žáky odlišným způsobem. Stejně tak jeden učitel může odlišně komunikovat s jednotlivými žáky. Na to může mít vliv například to, zda je žák ve školní práci zdatný či nikoliv. Důležitý je pedagogický takt, který je možné chápat jako určitou sociální dovednost. Má-li pedagog takt, umí správně identifikovat reagování žáků a jejich psychické stavy. Na základě svých pozorování je schopen přizpůsobit své další jednání a reakce. Umí také vhodně reagovat na nepochopení žáků či na ztrátu pozornosti. Také ví, jak pracovat s odměnou a trestem.

Z mého pohledu by měli pedagogové rozvíjet své emočně-sociální kompetence, které by jim usnadnily utváření bezpečného prostředí pro navazování a budování vztahů s žáky a jejich vzdělávací a výchovnou činností.

### **3. Naše dětství – jde to i později**

Vyrůstáme v kultuře prosycené psychologii, kde panuje obecná představa, že příčinou psychických problémů je především naše minulost, přesněji řečeno naše dětství. Tvrdíme, že hlavní příčina našich problémů tkví v tom, že jsme jako děti byli o něco ochuzeni nebo jsme byli vystaveni nějakým traumatizujícím zážitkům. Na tuto psychologickou doktrínu narážíme, kam se podíváme: v řeči, v novinách, na sociálních sítích, v odborné literatuře, v rozhovorech s odborníky.

Dítě je tradičně chápáno jako křehké stvoření, které lze snadno poškodit už v raném věku. Z pohledu vývojové psychologie se nelze ubránit dojmu, že pokud se má z dítěte vyvinout duševně zdravý jedinec, musí mít pečující matku a pozorného otce, vyrůstat v úplné rodině. To, že dítěti zůstane prožitek s rodiči z nějakého důvodu odepřen, není z hlediska vývoje tak osudové, jak jsme zvyklí se domnívat. Děti mají totiž často možnost prožít něco podobného s někým jiným, třeba s babičkou.

Je samozřejmě nepochybné, že traumatické zážitky z dětství na nás stopu zanechávají a že prostředí, v němž vyrůstáme, náš vývoj ovlivňuje. Otázkou zůstává nakolik je na místě tímto způsobem automaticky vysvětlovat současné problémy.

Předznamenává tedy traumatické dětství nevyhnutelně problémy v dospělosti? Mnoho lidí, kteří jsou v životě úspěšní, prožilo obtížné dětství, stejně tak hodně lidí trpících problémy mělo naopak dětství relativně šťastné. Proč je ale potom někdo schopen poprat se s životními zkouškami nebo nedostatkem pozitivních zážitků v dětství o tolik lépe než ten druhý?

V souvislosti se schopností překonávat problémy se v anglickém jazyce začalo používat slovo **resiliency**, což znamená „**odolnost** nebo „**obranyschopnost““. Mnoho dětí má v dospělosti pocit, že v dlouhodobém horizontu díky životním zkouškám, které zažily, je tyto zážitky spíš posílily, než že by z nich udělaly jakési labilnější jedince.**

Pamatuji si na jednu svoji klientku, která mi vyprávěla, že ji terapeutka požádala, aby vyprávěla o svém dětství, které jako malá prožila v dětském domově, protože její rodiče byli omezeni ve své rodičovské odpovědnosti z důvodu užívání návykových látek. Řekla mi, že o svém dětství v dětském domově tolik nepřemýšlela, měla tam své přátele, jedna z vychovatelek si ji brala často domů, a když se její matka vrátila z léčení, bydlely opět spolu. Nebylo to jednoduché, ale nenapadlo ji, že by to mohlo mít tak velký význam. Terapeutku však tento fakt vyděsil a řekla jí, že měla to nejpatologičtější dětství, o jakém kdy slyšela. „Upřímně řečeno, já jsem si to nemyslela“, řekla klientka.

Když se dítě setká s něčím, čemu nerozumí a co ho zaskočí, začne se tím trápit. Možná se bude snažit vyptávat dospělých, ale pokud se jedná o citlivou záležitost, kterou se nehodí probírat doma ani nikde jinde, bude si s věcí lámat hlavu samo a může tak dojít k chybným závěrům. To lze napravit i po letech tím, že si o zkušenostech promluví s někým dalším. Začít totiž mluvit o negativních zkušenostech z dětství se svými rodiči nemusí být vždy snadné. Pokud se rodičům třeba jen trochu zdá, že dítě chce mluvit o minulosti proto, aby je mohlo obviňovat ze svých problémů, často se stáhnou do obranných pozic a rozhovor není příliš plodný. Když se pokusí se svými rodiči promluvit, má to často katastrofální následky. Pokud ovšem člověk (ať už sám, nebo za pomoci někoho dalšího) dokáže dojít v uvažování o vlastní minulosti tak daleko, že si o ní s rodiči promluví bez trpkosti a obviňování spíše jako zvědavce, společný rozhovor se může stát velmi přínosným. Výsledkem je potom třeba hlubší a

bohatší obraz toho, proč vlastní rodina byla taková, jaká byla a proč třeba některý z jejích členů jednal tak, jak jednal.

V ideálním případě by se měl člověk popasovat s pocity zmatku, studu nebo viny, které se vážou k nějakému šokujícímu nebo negativnímu zážitku, ještě jako dítě. Ovšem nikdy na to není pozdě. Existuje mnoho způsobů, jak se můžeme naučit lépe porozumět své minulosti a svému dětství. Můžeme si vyslechnout odborníky, přečíst si knihy nebo si promluvit s lidmi, kteří prožili něco podobného. A co ještě pomáhá?

#### **4. Představivost**

Člověk má zázračnou schopnost vytvořit si za pomoci fantazie zkušenosti a zážitky, které mu realita nemůže nabídnout. Když je potřeba, děti uniknou do světa představ a snů. Tam potkávají báječné kamarády, chápající dospělé a tam ve svých snech mohou prožít to, co je jim ve skutečnosti odepřeno. Jinými slovy – naučíme se používat svoji představivost způsobem, z něžž můžeme později těžit. Představivost nepomáhá překonat těžkosti pouze dětem, ale i dospělým.

Rakouský psychiatr **Viktor Frankl** ve svých knihách dojemně popsal, jak obrovskou výhodou pro něj v koncentračním táboře bylo, že žil budoucností a snil o tom, že až se dostane ven, o svých zkušenostech napíše. Na základě svých poznatků a zkušeností Frankl vyvinul známý terapeutický směr, **logoterapii**. Jednou z hlavních myšlenek logoterapie je, že cítíme-li se dobře, je to spíše výsledkem našich představ o budoucnosti než našich vzpomínek na minulost, byla-li těžká. Lidé, kteří přežili pobyt v zajateckém táboře, mučení a nelidské ponižující zacházení, také často mluví o tom, že si v pekelných podmínkách zachovali zdravý rozum díky představivosti.

Pokud má člověk dar generovat představivost, může mu to velmi pomoci. Když jsem se ocitla v těžkých chvílích já sama, vždy mi pomáhala kupředu moje bezmezná **fantazie**, která mě jako vždy dokázala přenést pryč. I dnes, v jakýchkoliv nesnázích, mi vždy přispěchá na pomoc a dává mi naději do budoucna.

Představy souvisí se všemi psychickými procesy. Spolu s vjemy tvoří úroveň smyslového poznávání skutečnosti. Představy nejsou často vázány na realitu, i když z ní mohou vycházet a umožňují značnou abstrakci a zobecnění. Představy se ve vědomí nevybavují náhodně. Jsou fyziologickým základem ožívání zafixovaných

stop v mozkové kůře. Představy se dělí dle různých kritérií: Dle převládajícího receptoru máme smyslové představy zrakové, sluchové, motorické, chuťové, hmatové a čichové. Dle stupně abstraktnosti a zobecnění se dělí na jedinečné, mezi které patří např. představy konkrétního člověka, události, vlastního pokoje nebo například psa, a obecné. Dle převažujícího mechanismu vzniku rozlišujeme představy vzpomínkové (pamětní), jedinečné nebo fantazijní. U mě převažují vzpomínkové představy, protože jsou podobné původnímu zážitku, vychází z toho, co jsem prožila v minulosti, zejména v době svého dětství.

## 5. Hrdost

Pokud zažijeme nějakou šokující událost, zapíše se nám do paměti jako vzpomínka, která na nás může mít pozitivní, nebo naopak negativní vliv. Jestliže se k zážitku váže v první řadě pocit studu, viny nebo vzteku, může nám být vzpomínka břemenem. Pokud vzbudí v první řadě hrdost, může se z ní stát **zdroj síly**.

Psychologové, kteří praktikují krizovou intervenci, si tento fakt dobře uvědomují. Když dojde k nějaké traumatické události, je důležité probrat s klientem, co se stalo, aby dostal pozitivní odezvu, že jeho reakce byly správné nebo alespoň pochopitelné a vzhledem k dané situaci normální. Je potřeba tedy klientovi potvrdit, že konal nejlépe, jak bylo v danou chvíli vzhledem k informacím, které měl, možné. Jinými slovy, při jednání s lidmi, kteří prošli nějakou krizovou situací, je úkolem terapeuta pomoci jim uvědomit si vlastní metody přežití. Cílem je, aby klient mohl pocítit podloženou hrdost nad tím, jak rozumně a smysluplně dokázal ve složité situaci jednat.

Po prožití šokující události jsou často lidé k vlastním reakcím a k tomu, jak v dané situaci jednali, sebekritičtí. Často se obviňují: „Proč jsem neřekl to nebo ono, mělo mě dojít, že mám udělat to a to, byl jsem hloupý, že jsem takto jednal.“ Kvůli této přirozené sebekritice pro nás není snadné uvědomit si, jakým způsobem se nám podařilo danou situaci překonat. Často potřebujeme tedy někoho dalšího, kdo nám s tím dokáže pomoci a přiměje nás uvědomit si, proč právě tento způsob řešení byl správný.

Pochopení důležitosti vlastních metod přežití platí i tehdy, když se díváme zpětně na svůj život a uvažujeme nad tím, jak jsme jednali jako děti, když nás zkoušel osud. Říká se, že když si člověk hledá terapeuta, měl by si vybírat pečlivě, protože dříve nebo později začne svůj předchozí život vidět jeho očima. Na tomto tvrzení jistě něco je, protože když mluvíme o svých zkušenostech s někým dalším, jeho postoje nás

nutně ovlivňují. Rovněž naše okolí má nesmírný vliv na to, jakým způsobem o svých zážitcích smýšlíme. Například člověk, který se stane obětí nějakého trestného činu, třeba násilí, může mít pocit, že jeho život je definitivně v troskách. Někdo jiný se stejnou zkušeností může o sobě smýšlet jako o hrdinovi. Jestliže člověk zjistí, že jeho způsoby překonání problémů jsou oceňovány, začne si sám sebe vážit a spíše cítí **hrdost** nad svým úspěchem, než aby trpěl pocitem, že se stal jeho obětí.

V psychoterapii se může také uplatňovat tzv. **narativní přístup**. Na život člověka se v něm nahlíží spíše jako na příběh, pro nějž hledáme vhodný způsob vyprávění než jako na sérii faktů, kterou je třeba analyzovat a vysvětlit. Cílem terapie podle narativního přístupu není snaha zjistit, co se v životě klienta „opravdu“ stalo nebo co bylo jeho příčinou. Spíše jde o rozhovor, v němž terapeut a klient společně hledají vhodný způsob intervence, který ovšem nezkrsluje pravdu. Narativní přístup je utěšující a pozitivní metoda, která může pomoci klientovi uvidět svou minulost v lepším světle.

Naše minulost je totiž příběhem, který můžeme vyprávět mnoha různými způsoby. Když se budeme koncentrovat na způsoby, díky nimž se nám podařilo problémy překonat, můžeme i při vzpomínkách na nelehké dětství nebo určitou etapu svého života začít pociťovat **hrdost**, a ne se litovat.

## 6. **Humor**

Jsem přesvědčena, že humor hraje při vyrovnávání se s nelehkým dětstvím větší roli, než si dokážeme představit. Důvod je pochopitelný. Jestliže dostaneme příležitost zasmát se třeba se sourozenci nebo kamarádem nějakým nepříjemným zážitkům, můžeme zažít velkou úlevu. Jde ovšem o soukromé vtipy, u kterých lze jen těžko očekávat, že jim porozumí někdo zvenčí.

Pokud se člověk umí svému osudu zasmát a vidět vlastní minulost spíš v komickém než tragickém světle, **dokáže se vymanit z jeho pout**. Napříč historií si lidé dělali z vážných věcí legraci a používali černý humor jako protiváhu k hrůzám, které zažili.

Myslím, že málo odborníků v oblasti krizové intervence a psychoterapie obecně bere humor jako užitečný rekonvalescenční prostředek vážně. Selský rozum nám

ovšem napovídá, že pokud jsme schopni najít na každé věci i její humornou stránku, máme k dispozici jeden z účinných způsobů, jak překonat obtížné situace a poprat se s negativními zkušenostmi.

## **7. Budoucnost ovlivňuje naši minulost**

Je přirozené se domnívat, že minulost ovlivňuje naši budoucnost, ale málokdy si uvědomujeme, že je tomu i obráceně. Budoucnost – tedy to, jak si ji představujeme, určuje, jak vypadá naše minulost. Když jsme v depresi a vidíme před sebou jen temné mraky, je nám zatěžko spatřovat také v naší minulosti cokoli pozitivního. V takové situaci je velmi obtížné vyvolat si vzpomínky na něco hezkého. To platí ovšem i naopak. Ve chvíli, kdy se nám daří, jsme zamilovaní, dostaneme novou práci, získáme finanční zajištění, nám i to minulé začne připadat růžovější. V takovou chvíli si snáz vybavíme hezké momenty i z tíživé minulosti a zároveň ve zkouškách, jimiž jsme prošli, spatřujeme **zdroj síly**.

Naštěstí budoucnost není ničím majetkem a my máme právo si ji představovat ve světlých barvách. Pokud vidíme svou budoucnost zalitou sluncem a jeho paprsky dopadají i na současnost, vidíme také svoji minulost mnohem jemněji. Otázka, jak nás naše minulost ovlivňuje, je poněkud složitější. Minulé zkušenosti na nás mají dopad, nikoliv však přímo. Člověk není kulečnicková koule, jejíž pohyb můžeme přesně spočítat. Je spíš jako pes, který může, když mu dáte přes čumák, zareagovat různě: může zaútočit, zůstat na místě a vše pozorovat nebo si myslet, že si s ním chce někdo hrát. Jeho reakce závisí na mnoha faktorech.

Minulost fakticky nemůžeme změnit, **co se stalo, nedá se odestát, co bylo, bylo**. Ale v překvapivě velké míře jsme schopni ovlivnit, jak minulost chápeme a co pro nás prožitky událostí znamenají. Minulost není totiž pouhou kronikou, v níž jsou události zapsány v časové posloupnosti. Je to živý příběh, který mění svou podobu podle toho, jak je vyprávěn, jaký význam je určitým událostem připisován, jak si je interpretujeme a jaké následky podle nás tyto události mají. Otázka, co nám pomohlo překonat nelehkou minulost nebo nelehké dětství, je očividně velmi užitečná. Pomáhá nám totiž uvědomit si, jaké **zdroje síly** v sobě nosíme, na což bychom jinak třeba ani nepomysleli. Moji klienti často říkají, že se nad tím nikdy moc nezamýšleli a že vlastně

mohli nad touto otázkou přemýšlet už mnohem dřív, protože teprve až teď, díky ní, zjišťují, kolik je v nich síly.

Pro to, abychom byli v životě spokojeni, je důležitá schopnost uvědomit si své **silné stránky** a umět je využívat. Lidé, kteří jsou si vědomi svých silných stránek, schopností a dovedností, mají sebedůvěru a sebeúctu, proplovají životem mnohem snadněji. Tito lidé vykazují lepší výkony v práci, snadněji navazují kontakty, lépe přijímají nepříjemné a náročné životní situace a vyrovnávají se s nimi. Je velmi důležité znát dobře sám sebe, umět vyhodnotit své **silné stránky** a umět je v dané chvíli používat, protože tím vždy zvyšujeme své šance na úspěch.

## 8. **Umění odpouštět**

**Odpouštění** je nesnadný, obtížný a často bolestivý proces. Slovo odpouštět je odvozeno od slova „pustit“, tedy něčeho se vzdát. Je to osobnostní rys, který je definován jako **ctnost**, tj. schopnost člověka potlačit svůj hněv či nenávist k dané osobě, která mu ublížila.

**Odpouštění** je také velmi dynamický a složitý jev, který obvykle probíhá v delším časovém úseku a v tomto čase se psychický stav ukřivděného také mění. Odpustit neznamená zapomenout, změní se pouze pojmítka, která se ke špatné vzpomínce vážou. Je to v podstatě neskutečný **dar**, který dáváme sami sobě, abychom se neutápěli ve špatných vzpomínkách a nevláčeli si životem toto nesmírné břemeno.

## 9. **Přání, která se plní**

Podle vývojové psychologie převládá názor, že psychologický vývoj postupuje od dětství k dospělosti podle předem daných stadií. Celá psychoanalytická teorie se opírá o přesvědčení, že psychické problémy jsou důsledkem špatného vývoje osobnosti v jedné z daných fází. Není ale tahle teorie příliš černobílá?

Nechci zpochybnit, že dítě je bezesporu křehké stvoření, jehož psychický vývoj se snadno naruší, pokud matka nebo někdo jiný, kdo o dítě pečuje, udělá tu chybu, že bude dítě příliš mnoho, anebo naopak příliš málo milovat. Důvody, které k tomu vedou, nejsou také zanedbatelné.



Dítě se vyvíjí jako součást svého okolí a je ovlivněno všemi lidskými vztahy, nikoliv pouze vztahem s matkou. Dítě má kolem sebe prarodiče, otcovské figury, sourozence, sousedy, kamarády, učitele a další. Ani psychický dětský vývoj nemusí postupovat podle daných fází. Různé děti se učí věci v odlišném pořadí, a pokud vývoj neodpovídá určité fázi, není to vůbec tak osudové, jak by se mohlo zdát. Pokud dítěti zůstane nějaká zkušenost odepřena, může ji dohnat i v pozdějším věku. I v dospělosti můžeme zažít to, co si obvykle přejeme zažít jako děti. A tady je mé poselství: **Na šťastné dětství není nikdy pozdě. Nevěřím, že někdy zcela ztratíme dětské oči. Vlastně teprve tehdy, když si zakážeme zvědavost, chuť učit se a vyvíjet a něco si přát, zhmotní se v nás naše nešťastná minulost.** Dovolíme jí, aby řídila náš těžký život, a začneme ji používat jako výmluvu pro to, že jsme něco neměli, něco nám bylo odepřeno, něco nám nejde, něco nemůžeme nebo nedokážeme.

Děti věří na **zázraky** a stále si něco přejí, až do chvíle, než je společnost, ve které žijí, začne přesvědčovat o tom, že je to hloupost. A tak se ten krásný a tvořivý dětský svět začne postupně měnit. Myslím, že je důležité vrátit se do dětských let a společně objevit ten zapomenutý svět. Dětský svět totiž nemá hranice, neklade si překážky. A to je ten nejlepší prostor pro splnění přání. Malé dítě nepochybuje, důvěřuje, nemá strach, raduje se a na určitých věcech nelpí. Je to ten nejkrásnější svět a můžeme se do něj vrátit vždycky, i jako dospělí.

## 10. **Závěr**

Jsme natolik zvyklí vysvětlovat své problémy teorií, podle níž kořeny všech našich problémů sahají do dětství, že když někdo tuto teorii zpochybní, ztrácíme pevnou půdu pod nohama. Příčiny mnoha našich problémů bývají velmi složité. Zjistit, proč se někdo v dané situaci chová právě tak, jak se chová, je prakticky nemožné a žádné konkrétní vysvětlení nikdy nepopíše komplexnost lidského chování.

Nakonec jsme zřejmě nuceni uznat, že většinou nedokážeme s jistotou říci, na čem naše chování závisí a čeho je důsledkem. Není to vždy o tom, že nám bylo v dětství něco odepřeno, a proto se nám dnes nedaří. **Tak se věci zkrátka mají.** Může nás ovšem utěšit vědomí, že znát důvod určitého problematického chování není vždy předpokladem k vypořádání se s ním. Naopak situace, kdy se domníváme, že jsme

nalezli pravý důvod daného chování, může být vzhledem k řešení problému někdy spíše škodlivá než užitečná.

## **Použité zdroje a literatura:**

Furman Ben, 2015. Nikdy není pozdě na šťastné dětství – jak překonat minulost, Praha, Portál, s.r.o. Přeložila Johana Sandqvist, ISBN: 978-80-262-0820-4.

Dr. Edith Eva Eger, 2017. Máme na vybranou. Přeložila Karina Matějů. Práh. ISBN: 978-80-7252-829-5.

Harold S. Kushner, 1986. Když všechno, co jste kdy chtěli, pořád nestačí. Přeložila Monika Kittová, 2019, Portál, s.r.o., Praha 2019. ISBN: 978-80262-1489-2.

Sherre Hirsch, 2008. Lidé plánují, Bůh se směje, přeložila Anna Vrbová, 2018, Portál s.r.o., Praha 2018.

Lori Gottlieb, 2019. Měla by sis s někým promluvit. Přeložila Marcela Nejedlá, 2021. Pragma. ISBN 978-80-242-7266-5.

Bruce D. Perry and Oprah Winfrey, 2021. Co se ti stalo? Přeložila Linda Bartošková, 2023, Praha, Portál s.r.o. ISBN: 978-80-262-2015-2.

Seligman Martin E. P, 2015. Opravdové štěstí: pozitivní psychologe v praxi. Vydání druhé. Přeložila Ivana Pavlíčková. Praha, Ikar. ISBN: 978-80-249-29446.

Slezáčková Alena, 2012. Průvodce pozitivní psychologií. Praha, Grada. ISBN 978-80-247-3507-8.

Hadfield Sue, 2013. Pozitivní myšlení: jak změnit svůj přístup a dívat se na život optimisticky. Praha, Grada. ISBN: 978-80-247-4848-1.

### Úvod

Interkulturní psychoterapie a poradenství nabývají v dnešním globalizovaném světě na významu. Česká republika je stejně jako ostatní země zasažena vzrůstající migrací v důsledku stěhování za prací, slučování rodin, ekonomických krizí, válečných konfliktů a politických nepokojů. Stále více multikulturní prostředí nutí psychoterapeuty a poradce rozvíjet kompetence, které zohledňují jedinečné potřeby osob různých národností, etnik, náboženství a socioekonomického postavení. Následující příspěvek vymezuje základní koncepty, ze kterých vychází interkulturní psychoterapii a poradenství, zabývá se kompetencemi terapeuta pracujícího s klienty z kulturně rozmanitého prostředí a zmiňuje typické krize a problémy, se kterými se potýkají migranti. Na konci práce reflektuji svoji zkušenost s poskytováním poradenství a psychoterapie dospívajícím a dospělým s migrační zkušeností v Centru pro integraci cizinců (CIC) v Praze.

### Situace v České republice

K 31. březnu 2023 bylo podle zprávy o migraci Ministerstva vnitra ČR (2023) na území ČR evidováno celkem 1 010 6921 osob cizí státní příslušnosti, zatímco v roce 2022, tj. před válečným konfliktem na Ukrajině, jich bylo 660842 a v roce 1994 77142. Počet cizinců pobývajících na území České republiky podle státní příslušnosti je následující: Ukrajina (527 268 52), Slovensko (117 492 12), Vietnam (66 751), Rusko (42 985), Rumunsko (20 010), Polsko (17 823), Bulharsko (17 756), Německo (13 722), Mongolsko (12 179) a Maďarsko (10 688). V České republice žije také početná romská etnická skupina. Podle údajů Úřadu vlády České republiky (2022), které vycházejí z odhadů koordinátorů pro záležitosti romské menšiny, žije v České republice přibližně 250 000 etnických Romů, což je asi 2,2 % obyvatel České republiky.

Většina literatury o interkulturní psychoterapii a poradenství je tradičně publikována v zemích s početnou populací migrantů, jako jsou USA, Anglie, Německo nebo Francie. V České republice byla tato problematika před válkou na Ukrajině spíše okrajová. Věnovaly se jí především zpravodaje nevládních organizací v souvislosti s traumaty z válečných konfliktů. Zmínky o interkulturní psychoterapii lze nalézt v oblasti kulturní antropologie, poradenství, krizové intervence a sociální práce. "Některé psychoterapeutické školy, jako je daseinsanalýza, terapie Carla Rogerse nebo psychomotorická psychoterapie Pessa Boydena, které se uplatňují v České republice, mají podobné teze jako interkulturní psychoterapie praktikovaná v zahraničí"(Martinovská, 2011, s. 18). Práce s klienty z kulturně

rozmanitého prostředí se výrazně odráží také v integrativní psychoterapii, která přizpůsobuje terapeutické postupy a techniky osobnosti a potřebám každého jednotlivého klienta.

### **Definice interkulturní psychoterapie a poradenství**

Jak uvádí Martinovská (2011), interkulturní psychoterapie a poradenství jsou obory na pomezí psychologie a psychoterapie, sociální práce, kulturní antropologie a v současnosti i vzdělávání. Interkulturní psychoterapie a poradenství jsou založeny na terapeutických postupech a intervencích, které jsou specificky zaměřeny na řešení jedinečných potřeb a problémů jedinců z různých kulturních prostředí, etnických a národnostních skupin, náboženství a socioekonomických statusů. Psychoterapeuty a poradce jsou zohledňovány kulturní faktory, které ovlivňují přesvědčení, hodnoty a zkušenosti jednotlivce. Cílem je podpořit porozumění, respekt a empatii mezi terapeutem/poradcem a klientem a zároveň uznat a potvrdit kulturní identitu klienta (D'Andrea, Heckman, 2008). Během interkulturní psychoterapie a poradenství se terapeuti a poradci snaží vytvořit bezpečné a inkluzivní prostředí, v němž mohou klienti zkoumat své obavy, emoce a kulturní vlivy. Terapeutické přístupy, které se používají, se mohou lišit v závislosti na konkrétním kulturním kontextu a potřebách klienta. Jak uvádí Sue a Zane (1987), začleněním kulturních znalostí a používáním kulturně specifických technik mohou terapeuti získat důvěryhodnost u svých klientů a zlepšit terapeutický proces.

### **Klíčové koncepty a teorie v interkulturní psychoterapii a poradenství**

Rozvoj interkulturní psychoterapie a poradenství je umocňován rostoucím počtem výzkumů, které zdůrazňují účinnost kulturně specifických postupů ve srovnání s obecně kulturně citlivými postupy. Interkulturní psychoterapii také zásadně ovlivňuje poznání, že tradiční psychoterapeutické přístupy vycházejí z eurocentrických představ a potřeb a vylučují nebo marginalizují černošské a etnické menšiny. Jak píše Littlewood (2015), v psychoterapii je zapotřebí inkluzivnějších a kulturně relevantnějších přístupů.

Jafar Kareem (1999) mezi klíčové teorie a modely, které zformovaly interkulturní psychoterapii, řadí:

Multikulturní model poradenství a terapie, který vyvinul Derald Wing Sue a zdůrazňuje kulturní kompetence v terapii a potřebu zabývat se kulturními proměnnými, jako je rasa, etnický původ a pohlaví. Jen tak, podle Sue, může být terapie účinná. Teorie intersekcionality, kterou vyvinula Kimberlé Crenshaw, zase přihází s myšlenkou, že jednotlivci mají více vzájemně se křížících identit, které přispívají k jejich jedinečným zkušenostem a problémům. Zásadním způsobem interkulturní psychoterapii ovlivňuje

integrativní psychoterapie, která uznává, že kulturní předpoklady a zkušenosti klientů z etnických menšin přímo ovlivňují účinnost terapeutické práce a zabývá se jimi během sezení. Model kulturní adaptace, který vyvinul John Berry, se zaměřuje na proces kulturní adaptace a na to, jak se jednotlivci pohybují mezi vlastní kulturou a kulturou dominantní společnosti. Kulturně rozšířená kognitivně-behaviorální terapie zahrnuje kulturní do tradičního pojetí KBT, aby se tak zohlednily jedinečné kulturní zkušenosti a přesvědčení klientů. Je přímo ovlivněna průkopníky v oblasti kulturních adaptací psychoterapie, jako jsou Guillermo Bernal a Stanley Sue. Postkoloniální teorie, ovlivněná učiteli jako Frantz Fanon a Homi Bhabha, kritizuje mocenskou dynamiku a dědictví kolonizace a zkoumá, jak tato dynamika nadále ovlivňuje duševní zdraví jednotlivců v postkoloniálním kontextu. Psychodynamický model kulturní psychoterapie je model, který vyvinul Salman Akhtar. Integruje psychodynamické principy s kulturními aspekty a zkoumá, jak kulturní faktory přispívají k rozvoji a projevům psychických problémů. Existenciálně-humanistická kulturní psychoterapie, ovlivněná existenciálními a humanistickými teoriemi, se zaměřuje na subjektivní zkušenost jedince s kulturou a jeho hledání smyslu a autenticity v kulturním kontextu. V neposlední řadě se v interkulturní terapii odráží narativní terapie, kterou vyvinuli Michael White a David Epston. Uznává sílu vyprávění příběhů při utváření identity a pohledu na svět.

### **Výzvy interkulturní psychoterapie a poradenství**

Interkulturní psychoterapie a poradenství čelí mnoha výzvám, které vyplývají z různorodého kulturního zázemí klientů a jeho vlivu na jejich individuální zkušenosti. Některé z těchto výzev popsali Jaladin (2013) a Tseng (2004) ve svých pracích na téma psychoterapie a poradenství s klienty z rozmanitého kulturního prostředí. Jako jedno z hlavních nebezpečí vidí oba autoři v nedostatečném pochopení a uvědomění si kulturních aspektů života klienta ze strany psychoterapeuta nebo poradce, což může vyústit v diagnostické a terapeutické chyby. Účinné terapii a poradenství mohou stát v cestě také mylné domněnky, případně stereotypy o kultuře klienta. Vytvoření psychoterapeutického vztahu a proces terapie mohou podle Jaladina a Tsenga také výrazně ohrozit komunikační bariéry, které mohou vzniknout v důsledku rozdílů v jazykových kompetencích, neverbálních signálech a kulturních normách klienta a terapeuta. Neochota zapojit se do psychoterapie a poradenství může souviset s kulturním zázemím klienta a odlišným přístupem k duševnímu zdraví a vyhledávání pomoci. Terapeutický vztah může být také výrazně negativně ovlivněn nesprávnou interpretací nebo nepochopením kulturních přesvědčení, hodnot a chování klienta. Z toho vyplývající nedorozumění a konflikty mohou způsobit nenávratnou rupturu v terapeutickém vztahu. Nebezpečí podle autorů také tkví v tom, že mnoho terapeutů/poradců je proškoleny v tradičních psychoterapeutických přístupech, které vycházejí z potřeb evropské populace a marginalizují černošské a etnické menšiny. Autoři dále varují, že zaměření terapeutických

přístupů na vnitřní svět jedince může opomíjet sociální a interpersonální faktory, které přispívají k psychickým problémům jedinců z rozmanitých kultur. V neposlední řadě autoři uvádějí, že opomenutí kulturních aspektů v rámci terapie může vyústit v přisuzování některých psychických poruch, které mají kulturní kořeny, pouze neurologii nebo fyziologii.

### **Kulturní kompetence psychoterapeuta**

Pokud chtějí terapeuti/ poradci poskytovat účinnou psychoterapie a poradenství klientům z rozmanitých etnických, kulturních a rasových prostředí je nezbytné, aby si osvojil kulturní kompetence a přistupovali ke klientům citlivě a s respektem k jejich kulturnímu zázemí (Bhui et al., 2007). Tím je myšleno hluboké pochopení a uznání vlivu kultury na přesvědčení, hodnoty, chování a zkušenosti jednotlivců. Kulturní kompetence v psychoterapii navíc vyžadují, aby terapeuti neustále refletovali své vlastní předsudky, v případě potřeby vyhledávali supervize a konzultace a průběžně se vzdělávali a školili v potřebách a přístupech ke klientům z rozmanitých kulturních prostředí. Terapeuti by měli praktikovat kulturní pokoru, která spočívá v tom, že ke každému klientovi přistupují s respektem a otevřeností. Terapeuti by měli využívat technik aktivní naslouchání a měli by být ochotni přizpůsobit terapeutické techniky a strategie tak, aby odpovídaly kulturním hodnotám, přesvědčením a zvyklostem klienta (Tseng, 2004). To může zahrnovat modifikaci komunikačních stylů, úpravu terapeutických cílů a intervencí a začlenění kulturně relevantních přístupů a rituálů. Je důležité, aby si terapeuti uvědomili, že kulturní kompetence nejsou statický koncept, ale spíše neustálý proces učení se a růstu. Jen kulturně kompetentní terapeut může vytvořit bezpečný a inkluzivní terapeutický prostor, kde se klienti cítí pochopeni, potvrzeni a podporováni.

Holá (2008) cituje příručku Americké psychologické asociace pro práci s klienty z etnických menšin (2003), která definuje kulturně kompetentního terapeuta následovně:

- Kulturně kompetentní terapeut vyhledává vzdělávací, poradenské a multikulturní zkušenosti a školení. Uvědomuje si, že vzdělávání odborníků v oblasti duševního zdraví často vychází z potřeb a zkušeností bílé střední třídy a proto vyhledává relevantní informace vztahující se k přístupům ke klientům z rozmanitých kultur.
- Kulturně kompetentní terapeut je aktivní ve snaze porozumět své kulturní a rasové identitě. Záměrně a vědomě zkoumá své kulturní dědictví a hodnoty.
- Kulturně kompetentní terapeut se snaží seznámit s relevantními výzkumy týkajícími se rasových a etnických menšin.
- Kulturně kompetentní terapeut nežije izolovaně od okolního světa. Zapojuje se do komunitních akcí, oslav nebo sousedských setkání, které organizují příslušníci

národnostních a etnických menšin. Je si vědomi toho, že nejlepší způsob, jak se stát kulturně kompetentní osobou, je prožitá zkušenost.

- Kulturně kompetentní terapeut vykazuje při individuálních, skupinových a systémových intervencích terapeutickou flexibilitu. Je schopen praktikovat různé verbální a neverbální způsoby pomoci a je schopen zastávat mnoho různých pomáhajících rolí nad rámec tradiční poradensko-terapeutické role.
- Kulturně kompetentní terapeut v případě potřeby vyhledává konzultace u tradičních léčitelů. Tímto způsobem může navázat spolupráci s menšinovou komunitou.
- Kulturně kompetentní terapeut využívá při práci s klientem svých znalostí cizích jazyků, přizpůsobuje svůj mluvený projev jazykovým kompetencím klienta a využívá různorodých pomůcek a nástrojů pro lepší porozumění.
- Kulturně kompetentní terapeut vyvažuje svou tradiční pomáhající roli s porozuměním a schopností jednat v rámci širšího systému. Usiluje o odstranění předsudků, stereotypů a diskriminace jako příčin duševních poruch a/nebo jejich dopadu na služby v oblasti duševního zdraví.
- Kulturně kompetentní terapeut je schopen a ochoten informovat klienty o povaze své práce a postupů.

### **Specifické techniky a intervence u klientů z etnických skupin**

Psychoterapie s klienty z řad etnických menšin vyžaduje kulturně citlivý a individualizovaný přístup, který zohledňuje jedinečné potřeby, zkušenosti a kulturní zázemí těchto osob, uvádí Tseng (2004). Vedle již zmiňovaného přizpůsobení terapeutických technik a intervencí tak, aby odpovídaly kulturnímu přesvědčení, hodnotám a zvyklostem klienta, je třeba dbát na jazyk jako prostředek komunikace a navázání terapeutického vztahu s klientem. Terapeut by měl být schopen přizpůsobit svůj komunikační styl jazykovým dovednostem klienta, využít znalosti cizích jazyků pro lepší porozumění nebo služeb tlumočnicka. Jen tak může být zajištěna účinná a smysluplná terapeutická interakce. Terapeut musí s ohledem na povahu kultury, ze které klient pochází, navázat spolupráci s jeho komunitou s cílem začlenit kulturní zvyklosti a zdroje do terapeutického procesu. Terapeut by měl být schopen vyhodnotit možný dopad systémového rasismu a diskriminace na duševní zdraví klienta a reflektovat tuto skutečnost v rámci terapie. Klientovi by měly být poskytnuty kulturně specifické terapeutické přístupy a techniky, které se ukázaly jako účinné u jednotlivých etnických menšin (Tseng, 2004). V rámci plánování terapie by mělo dojít k zohlednění významu kulturní identity a jejího prolínání s dalšími identitami (např. pohlaví, sexualita a socioekonomický status). V rámci terapie by měl být také zkoumán dopad historického a mezigeneračního traumatu na

duševní zdraví klientů z řad etnických menšin. Při práci s klienty z kulturně rozmanitého prostředí je vhodné navázat spolupráci s komunitními organizacemi a poskytovat kulturně relevantní podporu a odkazy na další služby. Terapeut by měl s klientem také vstupovat do upřímných diskusí o rase, etnické příslušnosti a kulturních zkušenostech s cílem podpořit porozumění a podpořit jeho uzdravení. Je třeba, aby terapeut uznával a respektoval autonomii klienta při rozhodování o léčbě s ohledem na kulturní hodnoty kolektivismu nebo individualismu. S ohledem na potřeby klientů z rozmanitých kulturních kontextů je v rámci terapie vhodné používání narativních technik ke zkoumání kulturní identity klienta a jeho osobních zkušeností. Cíle léčby a intervence by měly být v souladu s kulturními hodnotami a přesvědčením klienta. V neposlední řadě je třeba, aby během celého terapeutického procesu terapeut projevoval kulturní pokoru a sebereflexi a řešil případné implicitní předsudky nebo stereotypy, které mohou ovlivnit terapeutický vztah.

### **Specifické techniky kognitivně-behaviorální terapie pro klienty z rozmanitých kulturních prostředí**

Kognitivně-behaviorální terapie je široce používaný a účinný přístup v psychoterapeutické praxi. Specifické techniky kognitivně-behaviorální terapie pro klienty z rozmanitých kulturních prostředí popisuje publikace *Culturally Responsive Cognitive Behaviour Therapy* (2018). Zmiňuje se zde například používání kulturně specifických příkladů a metafor k vysvětlení pojmů a intervencí v terapii. Dále je doporučováno využívat příběhy nebo analogie ze života klienta, které rezonují s jeho přesvědčením a hodnotami a mohou mu pomoci lépe se zapojit do terapie. Publikace uvádí, že při práci s klienty z etnických menšin je třeba se zabývat kulturními normami a hodnotami. Pokud klient pochází z kolektivistické kultury, kde se vysoce cení rodina a komunita, může se terapie zaměřit na zapojení jeho sítě sociální podpory do terapeutického procesu, například ve formě zapojení členů rodiny. Dále je třeba dbát na to, aby terapeut upravil komunikační styl a jazyk, aby odpovídaly kultuře klienta. Pokud klient pochází z kultury, která si cení nepřímá komunikace nebo neverbální signály, může být nutné, aby terapeut upravil svůj komunikační styl tak, aby během terapeutických sezení více využíval neverbálních signálů. V rámci KBT pro klienty z řad menšin je zdůrazňována v rámci terapie nezbytnost uplatňovat respekt a potvrzení kulturních přesvědčení a hodnot klienta. Terapeut je neposuzuje a ani se je nesnaží změnit. Díky kulturně citlivějšímu přístupu mohou terapeuti povzbuzovat klienty k tomu, aby se zvažovali prospěšnost svých negativních myšlenek a přesvědčení v kontextu jejich kulturního prostředí. Autoři uvádí, že v terapeutickém vztahu je důležité navázat důvěru a respekt a vyhnout se vnucování vlastních kulturních hodnot klientovi. Jak uvádějí Sue a Zane (1987), pro všechny možné modifikace terapeutických technik neexistují jednoznačné empirické důkazy, terapeuti musí využít svých interkulturních znalostí a techniky si sami přizpůsobit.



## **Úloha tlumočnicků v interkulturní psychoterapii**

V interkulturní psychoterapii mají tlumočníci zásadní význam pro usnadnění efektivní komunikace a porozumění mezi terapeuty a pacienty. Tlumočníci fungují jako jazykoví a kulturní prostředníci, kteří překlenují propast mezi terapeutem a pacientem. Hrají zásadní roli při zajišťování přesné a smysluplné výměny informací, což terapeutovi umožňuje plně porozumět pacientovým prožitkům, myšlenkám a emocím. Kromě toho tlumočníci pomáhají udržovat kulturní integritu terapeutického procesu tím, že zajišťují přesné předávání kulturních nuancí a kontextových faktorů. Pomáhají také terapeutovi orientovat se ve složitých kulturních rozdílech a poskytují vhled a odborné znalosti kulturních norem, přesvědčení a hodnot pacienta. Aktivním nasloucháním, tlumočením nejen slov, ale i neverbálních signálů, jako je řeč těla a gesta, pomáhají tlumočníci posilovat pocit spojení a kulturní citlivosti ve vztahu mezi klientem a terapeutem. Úloha tlumočnicků v interkulturní psychoterapii v podstatě přesahuje rámec jazykového překladu; zahrnuje usnadnění kulturního porozumění a vnímavosti, což v konečném důsledku zlepšuje terapeutickou cestu jak pro terapeuta, tak pro klienta (Tribe, Tunariu 2013).

## **Specifické problémy osob s migrační zkušeností**

Migrace z jedné země do druhé, ať již jako důsledek vlastního rozhodnutí nebo jako důsledek vnějších vlivů jako je válečný konflikt nebo ekonomická nestabilita, může mít negativní dopady na duševní zdraví. Níže jsou popsány některé z nejčastějších krizí a problémů, kterým osoby s migrační zkušeností čelí.

### **Migrační krize**

Migrační krize je specifickou formou psychosociální krize. Vyznačuje se dezorganizací stávajících vzorců a procesem postupného hledání nové rovnováhy a nového řádu. Podle Holé (2008), která se odvolává na Kronsteina (2005), migrace přináší masivní ztrátu objektu, a tím vyvolává psychologickou krizi. Vše známé, jako je řeč, prostředí, jídlo, hudba, lidé, zvuky a vůně, postoje a hodnoty, je rázem pryč - nové prostředí je cizí. Caplan (1964) definuje psychosociální krizi jako ztrátu duševní rovnováhy, kterou člověk pociťuje, když je konfrontován s událostmi nebo životními okolnostmi, které není schopen v daném okamžiku zvládnout, protože jejich forma a rozsah převyšují jeho schopnosti a vyzkoušené zdroje, které mu dosud pomáhaly dosahovat důležitých cílů nebo zvládat životní situace (Caplan, 1964). Jak uvádí Holá (2008), zvládání migrační krize komplikuje skutečnost, že si lidé často vůbec neuvědomují, že tímto procesem procházejí. Vnímají dílčí pocity a přisuzují je svým vnitřním nedostatkům nebo určitým vnějším okolnostem.

## Kulturní šok

Pojem kulturní šok poprvé představil americký antropolog Kalervo Oberg v roce 1960.

Kulturní šok je jev, který zažívají jedinci, kteří se přestěhují do nového kulturního prostředí, které se výrazně liší od jejich vlastního. Zahrnuje pocity dezorientace, stresu a úzkosti, které se dostaví, když je člověk náhle vystaven neznámé kultuře, způsobu života nebo souboru postojů. Při konfrontaci s neznámými sociálními náznaky, jazykovými bariérami a odlišnými společenskými normami mohou lidé pociťovat ztrátu známých podpůrných systémů a kulturního kontextu, což může vést k pocitům izolace a obtížnému zvládnutí nového prostředí.

Kulturní šok lze obvykle popsat prostřednictvím různých fází, včetně fáze líbánek (počáteční euforie a fascinace novou kulturou), fáze vyjednávání (kdy se rozdíly stávají zjevnými a mohou vyvolávat úzkost), fáze přizpůsobování (postupná adaptace na nové prostředí) a fáze zvládnutí (kdy se jedinci cítí pohodlně a jistě při orientaci v kulturním prostředí).

Argentinský psychoanalytik Casar A. Carza- Guerrero (1974) vytvořil model pro zobrazení migrační krize, kterou nazývá "kulturní šok". Holá (2008) cituje Kronsteina (2005, s. 66): "Kulturní šok je utvářen dvěma základními prvky. Zaprvé truchlení nad ztrátou kultury a identity v důsledku využívání nové kultury a vyrovnávání se s ní. Kulturní šok pojmenovává četné jevy vzájemného setkání určitého kulturního prostředí s relativně cizí kulturou". Guerrero tento kulturní šok dělí do tří hlavních fází.

### 1. Fáze kulturních srážek

Migranti zkoumají kulturní podobnosti a rozdíly. Zkoumají sociální, kulturní a psychologická "zavazadla", která si s sebou přinesli, z hlediska jejich užitečnosti v novém prostředí. Ukazují se rozdíly mezi novým světem předmětů a jejich vnitřní psychickou reprezentací opuštěné kultury. Tuto fázi charakterizují následující pocity: strach, smutek, obranyschopnost, zoufalství, stesk po ztraceném. Ruku v ruce s masivní ztrátou objektu vzniká diskontinuita identity, protože migranti již nedostávají od svého okolí potřebné potvrzení. V této fázi může dojít k idealizaci opuštěného prostředí, pseudoadaptaci (asimilaci) a/nebo výrazným výkyvům nálad. V této fázi často nastává období izolace a poté období deidealizace.

### 2. Fáze dezorganizace

Jedná se o fázi zpracování smutku, během níž dochází k osahávání nové kultury a k přehodnocování starých objektových vztahů. Truchlení vytváří zdravou blokovací sílu v procesu splynutí s novou kulturou. Slouží k obnově identity prostřednictvím znovunabytí ztraceného prostřednictvím identifikace a realistického pohledu na ztracenou i novou kulturu. Proces truchlení vede ke znovuvytvoření objektových vztahů pod vlivem nové kultury a k vytvoření sebepojetí na základě nových zkušeností s novým prostředím. Pokud člověk

proces truchlení nezvládne, může to vést k depresi, krizi identity, paranoidním reakcím a chybné psychosociální adaptaci. Výjimkou není ani extrémní idealizace staré kultury a extrémní devalvace kultury nové.

### 3. Fáze nové identity

Nová identita odráží konečnou konsolidaci. Já s pomocí vybraných identifikačních možností s novou kulturou, která je integrována do kultury minulé. Předpoklad vytváří prostředí, které znovu vytváří to, co bylo zpochybněno kulturním šokem - jistotu, bezpečí, kontinuitu.

Výsledkem této fáze by mělo být já schopné obstát a reflektovat mezilidskou interakci v nové kultuře. V kontextu dlouhodobější integrace mohou být nové části migranty stále přijímány, a to i ty, které byly zpočátku konfliktní (Guerrero IN: Kronsteiner 2005).

### **Trauma**

Migranti a uprchlíci v zemi původu nebo během své cesty často zažívají traumatické události, které mohou mít významný dopad na jejich fyzické a duševní zdraví. Mezi tyto traumatické události může patřit násilí, pronásledování, ztráta blízkých a vyhnání z domova. U uprchlíků a migrantů, kteří zažili trauma, může být vyšší riziko vzniku poruch duševního zdraví, jako je posttraumatická stresová porucha, deprese a úzkost. Traumatizující povaha těchto postmigračních stresorů v kombinaci s pokračujícím vystavením stresujícím podmínkám prostředí může vyčerpat zdroje uprchlíků pro zvládnání stresu a učinit je zranitelnějšími vůči dlouhodobým účinkům předchozího vystavení válce. Intervence a podpůrné služby, které řeší komplexní potřeby migrantů a uprchlíků v oblasti duševního zdraví, jsou nezbytné pro podporu jejich celkové pohody (Koesters et al., 2018).

Jak upozorňuje ve své práci Martinovská (2011), jako důležité se jeví určení příčiny traumatu - zda se jedná o trauma z vykořenění nebo z vnějších příčin - zpretrhání vazeb se zemí původu nebo ze zcela jiných příčin a práce s posttraumatickým syndromem. Práce s takovými klienty tedy zahrnuje práci s posttraumatickou stresovou poruchou, ale také krizovou intervencí. "Musíme oddělit práci s traumatem od migrační krize. Migrační krize je totiž přirozený proces v probíhající změně, zatímco trauma je nevědomá reakce. Pro terapeutu znamená práce s traumatem v interkulturní terapii další kompetenci, protože trauma musí být klientem integrováno" (Martinovská, 2011, s. 26).

### **Osobní reflexe práce s klienty z rozmanitých kultur**

Jeden den v týdnu působím v Centru pro integraci cizinců (CIC), které je jednou z organizací poskytujících podporu osobám s cizí státní příslušností žijícím na území ČR. CIC působí v Praze a několika dalších městech České republiky. Centrum nabízí komplexní podporu od

sociálního poradenství přes výuku češtiny jako druhého jazyka po psychoterapii a psychologické poradenství. Poradenství a psychoterapie jsou vedeny v češtině, angličtině, španělštině, ruštině, ukrajinštině a španělštině a v nutném případě i za účasti tlumočnicka. V CIC poskytují poradenství a psychoterapii osobám různých národností, náboženství a délky pobytu v ČR. Využívám integrativního přístupu v psychoterapii a reflektuji zásady interkulturní psychoterapie a poradenství. Při práci s klienty z rozmanitých kultur se mi velmi osvědčilo uplatňovat princip kulturní pokory a respektu ke kultuře, náboženství a etnicitě klienta. Během terapie se upřímně zajímám o kulturní zázemí klienta a informace reflektuji jako obohacující. Zároveň klientovi poskytuji vhled do české kultury. Přijímám postoje a hodnoty klienta jako dané, nesnažím se je zpochybňovat, ale beru je v potaz v rámci terapeutického procesu a přizpůsobuji je ve způsobu komunikace a využívaných technikách. Často řeším jazykovou výbavu klientů a její vliv na psychoterapeutický proces a navázání terapeutického vztahu. Často v terapii používám jako komunikační jazyk angličtinu, jindy přizpůsobuji svůj jazykový projev v češtině možnostem klienta, případně využívám pro lepší pochopení komunikační karty, karty emocí nebo techniky založené na kresebném projevu a vizualizaci. V krajním případě jako je například terapie dospívající-rodíč, kdy rodič neovládá na dostatečné úrovni češtinu, využívám služeb tlumočnicka. Tlumočnick je na jednu stranu schopen poskytovat důležité informace o významu chování klienta a kulturních odlišnostech, na druhou stranu jsou často klienti méně sdílní, protože se obávají, že se poskytnuté informace mohou sdílet v rámci jejich komunity. Často svoji terapeuticko-poradenskou roli rozšiřuji a poskytuji informace o českém vzdělávacím systému a poradenských službách ve školách. V případě kulturních nejasností, které mohou ovlivnit psychoterapii, se snažím požádat o konzultaci interkulturní pracovníky. Často také klienty odkazují na sociální pracovníce a další podpůrné služby jako je výuka češtiny jako druhého jazyka, sociálně-aktivizační služby nebo kariérové poradenství v rámci CIC. S ohledem na migrační zkušenost většiny klientů je informuji o fázích, kterými mohou v rámci kulturního šoku nebo migrační krize procházet. Častým problémem klientů je traumatizace způsobená válečnými konflikty, které je donutily k odchodu ze země původu. Informace o kultuře klienta beru v potaz, ale ke každému přistupuji s otevřenou myslí a tím, že v rámci jedné kultury, náboženství nebo rasy nepotkám stejného člověka. Dle mé zkušenosti kulturní vzorce často výrazně ovlivňují a modifikují rodinné vzorce, socioekonomický status, vzdělání, místa pobytu během života a střetávání se s dalšími kulturami a náboženstvími. Nejlépe moje přesvědčení vystihuje citát z příručky Americké psychologické asociace pro práci s klienty z etnických menšin (2003): "Při poskytování kulturně kompetentní péče americkým indiánům by si odborníci měli uvědomit, že původní obyvatelé se napříč kontinuem liší ve stupni akulturace a přisuzovaných hodnotách týkajících se jejich kmenů nebo skupin. Žádní dva indiáni, žádné dva kmeny, skupiny ani rodinní příslušníci nejsou stejní. Aby terapeuti

skutečně poznali člověka, který sedí naproti nim, musí ignorovat vše, co kdy o amerických indiánech četli." (APA, 2003).

## **Závěr**

Interkulturní psychoterapie a poradenství jsou komplexní disciplíny, které odrážejí kulturní prostředí a jeho vliv na přesvědčení, hodnoty a zkušenosti klienta. Interkulturní psychoterapeuti a poradci musí neustále pracovat na svých kulturních kompetencích, které jsou základním aspektem poskytování účinné psychoterapie klientům z různých etnických, kulturních a rasových prostředí. Zároveň musí individuálně přizpůsobovat terapeutické techniky a intervence tak, aby odpovídaly kulturním přesvědčením, hodnotám a zvyklostem klienta. Důležitou součástí interkulturní psychoterapie a poradenství je kulturní pokora a sebereflexe ze strany terapeuta, uznání a řešení jakýchkoli skrytých předsudků nebo stereotypů, které mohou ovlivnit terapeutický vztah. Bývalé Československo bylo po několik desetiletí uzavřeno před okolním světem kvůli komunistickému režimu a bylo zdrojem migrace do západních zemí. Po sametové revoluci v roce 1989 se počet cizinců na území České republiky začal postupně zvyšovat a v roce 2023 tvořil desetinu celkového počtu obyvatel. Zvyšující se počet lidí s odlišným kulturním zázemím představuje pro psychoterapeuty výzvu a vyžaduje specifické přístupy, pro které mohou čerpat inspiraci z interkulturní psychoterapie a poradenství.

## **Použitá literatura:**

1. Americká psychologická asociace. (2003). *Psychologická léčba etnických menšin*. Dostupné z: <http://www.apa.org>
2. Bhui, K., Warfa, N., Edonya, P., McKenzie, K., & Bhugra, D. (2007). *Kulturní kompetence v péči o duševní zdraví: přehled hodnocení modelů*. BMC Psychiatry, 7(39). Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1800843/>
3. Caplan, G. (1964). *Principy preventivní psychiatrie*. London: Tavistock.
4. D'Andrea, M., & Heckman, E. F. (2008). *Příspěvek k pokračujícímu vývoji multikulturního poradenského hnutí: An introduction to the special issue (Úvod ke zvláštnímu vydání)*. Journal of Counseling & Development, 86(3), 259-260. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00507.x>
5. Holá, B. (2008). *Taktiky používané psychoterapeuty k navázání vztahu a zvládnutí obtíží v procesu interkulturní psychoterapie*. [Magisterská diplomová práce, Fakulta psychosociálních studií]. Masarykova univerzita. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/w4kmy/>

6. Jaladin, R. A. M. (2013). *Bariéry a výzvy v praxi multikulturního poradenství v Malajsii: A qualitative interview study*. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(4), 369-384. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09515070.2013.793046>
7. Kareem, J. (1999). *Interkulturní terapie: Témata, interpretace a praxe*. Londýn: Blackwell Science Ltd.
8. Kronsteiner, R. (2005). *Kultur und Migration in der Psychotherapie*. Frankfurt nad Mohanem: Brandes & Apsel Verlag.
9. Littlewood, R. (1988). *Na cestě k interkulturní terapii*. *Psychotherapie a psychosomatika*, 50(1-4), 34-41. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02650538808413378>
10. Martinovská, Š. (2011). *Interkulturní komunikace a psychotherapie*. [Bakalářská práce, PVŠPS]. Praha. Dostupné z: [https://www.pvsps.cz/data/2017/03/01/13/martinovska\\_sarka.pdf](https://www.pvsps.cz/data/2017/03/01/13/martinovska_sarka.pdf)
11. Ministerstvo vnitra České republiky. (2023). *Zpráva o migraci za druhé čtvrtletí roku 2023*. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/ctvrtletni-zprava-o-migraci-za-ii-ctvrtleti-2023.aspx>
12. Sue, D. W., & Sue, D. (1990). *Counseling the culturally different: Theory and practice* (2. vyd.). New York: John Wiley & Sons.
13. Sue, S., & Zane, N. (1987). *Úloha kultury a kulturních technik v psychotherapii: A critique and reformulation*. *American Psychologist*, 42(1), 37-45. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.42.1.37>
14. Tribe, R., & Tunariu, A. D. (2008). *Pozor na jazyk: práce s tlumočnickými ve zdravotnických zařízeních a při terapeutických setkáních*. *Counselling Psychology Review*, 23(4), 54-60. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681990802666023>
15. Tseng, W. (2004). *Kultura a psychotherapie: (Psychotherapie a psychotherapie: asijské perspektivy)*. *Journal of Mental Health*, 13(2), 151-161. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09638230410001669282>.
16. Iwamasa, G. Y., & Hays, P. (2018). *Kulturně citlivá kognitivně behaviorální terapie*. Americká psychologická asociace.

### Úvod

Ve vývoji dítěte je význam rodičovství a výchovného stylu, který rodiče zastávají, základním kamenem, na kterém děti budují své chápání sebe sama a okolního světa. Rodičovské styly jsou již celkem rozsáhle popsány v různých publikacích zabývajících se rodinou a výchovou, jejich dopad na psychiku dětí a jejich vývojovou trajektorii už tolik ne. Tato teoretická práce se zabývá dopady velmi úzce specifikovaného výchovného stylu - “výkonového rodičovství”, na vývoj adolescentů, dává je do spojitosti s vývojovým traumatem a zaměřuje se na terapeutické intervence během dospívání.

K tématu mě přivedlo několik klientů, kteří dříve než psychoterapii, vyhledali služby kariérového poradenství v organizaci, ve které pracuji jako kariérová poradkyně a lektorka. Jejich zakázkou byla volba nebo změna oboru dalšího vzdělávání a následně profesního zaměření. Kariérové poradenství však nebylo možné realizovat, protože během první schůzky, (ať už vedených mnou nebo některým z kolegů), docházelo k emocionálnímu zhroucení klienta a doporučení k psychoterapii.

### Výchovné styly

Výchovou je myšleno záměrné, cílevědomé působení na dítě směřující k určitému výchovnému cíli. Do výchovy jsou zapojeni nejen rodiče, ale později i další dospělí (prarodiče, učitelé, vychovatelé, vedoucí zájmových kroužků apod.). Způsob výchovy v rodině je součástí životního stylu rodiny, je jeho relativně stabilní charakteristikou, která souvisí se sociokulturními podmínkami a výchovnou tradicí, dále se zkušenostmi, které si otec a matka přináší ze své původní rodiny, vlastnostmi rodičů, jaký je jejich vzájemný vztah a jejich osobní problémy a v neposlední řadě také souvisí s vlastnostmi, zkušenostmi a projevy samotných vychovávaných dětí (Gillernová, 2004, str. 1).

Mezi prvními, kdo se o výchovné styly odborně zajímal, byl Kurt Lewin, který v roce 1939 na základě výzkumu pojmenoval 3 styly: autokratický, integrační a liberální (Čáp, 1993, str. 332). Dalším autorem, který pracoval i s významem emočního vztahu rodičů k dětem, byl např. E. S. Schaeffer.

V současnosti se v psychologii rodiny setkáváme s **dimenzionálním modelem čtyř stylů výchovy**, jak jej vytvořili v roce 1983 D. Baumrind, E. E. Maccoby a J. A. Martin. Dimenzionální proto, že vymezuje dvě na sobě nezávislé dimenze - dimenzi emočního vztahu a dimenzi řízení. Tyto dimenze se podílí na různých formách způsobu výchovy a tím na charakteru i kvalitě vzájemných interakcí a vztahů

dospělých a dětí. Emoční vztah k dítěti a způsob výchovného řízení mají současně vliv na to, co dítě dělá, jaké má vztahy s okolím a na jeho psychický stav. Díky nim se formuje osobnost dítěte a utváří také jeho sebepojetí.

<b>Rodiče</b>	Odmítající	Akceptující
Nároční a kontrolující	<b>Autoritářský styl</b>	<b>Autoritativně vzájemný styl</b>
Nenároční a nekontrolující	<b>Zanedbávající styl</b>	<b>Shovívavý styl</b>

**Autoritářský styl** je charakterizován působením náročných, kontrolujících a zároveň odmítajících rodičů, kteří příliš nerespektují potřeby a přání dítěte (např. rodiče požadují od dítěte nejlepší školní výsledky, ale nepomáhají mu, neberou v úvahu jeho reálné možnosti či schopnosti). **Autoritativně vzájemný styl** vyjadřuje rovněž působení rodičů náročných a kontrolujících, ale zároveň laskavých, akceptujících přání i potřeby dítěte (např. rodiče kladou nároky na dobré školní výsledky dítěte, ale zároveň dítěti pomáhají, poskytují mu podporu). **Zanedbávající styl** je charakteristický lhostejností rodičů k dítěti, rodiče nekladou na dítě žádné nároky, neprojevují dostatečný zájem o dítě a jeho rozvoj, někdy dokonce jsou k dítěti citově chladní či jej odmítají. **Shovívavý styl** se vyznačuje přijímáním dítěte, emoční podporou a porozuměním, ale také tím, že dítěti jsou předkládány jen malé či žádné požadavky a tím málo jasně vymezené hranice. (Gillernová, 2004, str. 2)

J. Čáp a J. Mareš v devadesátých letech vyvinuli na pražské katedře psychologie FF UK analyticko-syntetický model způsobu výchovy, který se zjednodušeně nazývá jako **model devíti polí**. Ten do dimenze emočního vztahu rodičů k dítěti přidal kladnou a zápornou komponentu a k dimenzi výchovného řízení komponentu vztahující se k požadavkům a volnosti. (Čáp, Mareš, 2007)



Výchovné řízení/ Emoční vztah	silné	střední	slabé	rozporné
záporný	1 autokratická výchova		2 lhostejnost k dítěti	3 <b>pesimum</b> : záporný vztah s rozporným řízením
záporněkladný	9 výchova emočně rozporná, jeden z rodičů zavrhuje, druhý extrémně kladný nebo dítě je s ním v koalici			
kladný	4 výchova přísná a přitom laskavá	5 <b>optimum</b> : vzájemné porozumění a přiměřené řízení	6 laskavá a liberální výchova bez požadavků a kontroly	7 kladný vztah s rozporným řízením
extrémně kladný			8 "kamarádský" vztah s dodržováním norem	

V této práci se zaměřím na dopady rodičovského stylu zaměřeného na výkon dítěte, který by odpovídal poli 1 - autokratická výchova (se silným řízením a záporným nebo chladným emočním vztahem) a poli 9 - výchova emočně rozporná (se silným řízením a rozporem v emočním vztahu rodičů k dítěti).

Výkonové rodičovství také může být charakterizováno jako autoritářský styl výchovy, který se podle Amy Chua nazývá "**tygří matka**". Amy Chua je americká vysokoškolská učitelka čínské národnosti, která poukázala na rozdíly mezi americkou a čínskou výchovou. Prosazuje ve výchově důraz na přísnost a kladení nároků na děti. Rodiče ví, co je pro jejich děti nejlepší a proto přehlídí jejich vlastní přání (Nehyba, 2015).

A. Večeřová Procházková o **autoritářském rodičovském přístupu** píše toto: "Je velmi náročný a direktivní a na potřeby dětí v podstatě nereaguje. Tento přístup charakterizuje orientace na poslušnost a výkon, na dosažení výlučného postavení a očekávání, že příkazy budou uposlechnuty i bez vysvětlení či pochopení. ... Dítěti nezbyvá než se přizpůsobit. Záhy zjistí, že každý odpor je v zárodku potlačen, takže rodičovský postoj zaměřený často na výkon si bere za svůj a stává se premiantem. O tom, že to je jediná možná cesta jak žít, už dávno nepochybuje, od svých potřeb ustupuje a přestává je cítit." (Večeřová Procházková, 2023, str. 32)

Budu se také opírat o dvě **kazuistiky**, které tento výchovný styl a jeho důsledky reprezentují:

1. Stela - 20 letá studentka, která se na kariérového poradce obrátila v důsledku nezvládnutí studia dvou vysokých škol zároveň. Velmi dbá na svůj vzhled, na první pohled dokonalá (make-up, vlasy, nehty, postava, oblečení). Do studia obou škol jí natlačila matka, zubařka, která jí řídí celý život a od malička jí znehodnocuje výroky typu: "Nic nedokážeš. Nic nezvládneš. Skončíš u

pásu. Všichni jsou schopnější než ty.” Otec byl od narození Stely spíše nepřítomný, neměl s ní navázaný vztah, matku dlouhodobě podváděl, hádali se a se rozvedli v Stelinych 13 letech. Stela vždycky dělala vše, co jí matka řekla. Při vstupu do terapie nevidí smysl svého života, má několik měsíců depresivní stavy, neustále pláče.

2. Jana - 22 letá studentka vyšší odborné školy, která dvakrát neuspěla u přijímacího řízení na medicínu a na kariérového poradce se obrátila, protože si nebyla jistá, zda to zkusit potřejí. Také pohledná dívka, s poněkud křečovitým úsměvem. Otec právník, velmi direktivní a autokratický, citově chladný, spolu s otcovou sestrou (Janinou tetou) lékařkou, rozhodují o dění v rodině a určili Janě směr už v dětství. Jiná dráha než medicína nepřicházela v úvahu. Matka velmi submisivní, ale pečující. Jana při vstupu do terapie trpí delší dobu úzkostmi a je depresivní.

### **Potřeby a vývojové trauma**

Z výše uvedené charakteristiky autoritářského rodičovského stylu zaměřeného na výkon vidíme, že potřeby dětí jsou dlouhodobě neuspokojovány, což by ve výsledku mělo způsobit psychickou deprivaci. Psychická deprivace je přece definována jako stav, kdy člověk dlouhodobě nemá dostatečnou příležitost k uspokojení některé ze svých základních psychických potřeb, nejčastěji potřeby trvalého vřelého citového vztahu a potřeby stimulace (smyslové podněty). Pokud dítě od narození trpí psychickou deprivací, má to zpravidla závažné následky, jako narušení kognitivního a motorického vývoje dítěte nebo narušení vývoje osobnosti (NPI, Metodický portál RVP.CZ).

To ovšem “nesedí” na děti vychovávané výkonovými rodiči. Nároky rodičů a nerespektování potřeb dítěte nabývají na intenzitě obvykle až ve věku, kdy jsou děti schopné podávat nějaký výkon - s nástupem do školky a do různých vzdělávacích nebo zájmových kroužků, tedy až v předškolním věku. Nebudu tedy důsledky tohoto rodičovského stylu nazývat psychickou deprivací, ale spíše **druhem vývojového traumatu**.

Vývojové trauma stále zůstává pracovním konceptem, není oficiální diagnózou jako třeba komplexní trauma (C-PTSD), ale aktuálně stojí v pozornosti odborníků a je traumatickými psychology a psychoterapeuty užívána. Mezi její největší zastánce a prosazovatele patří např. Bessel van der Kolk, Joseph Spinazzola, nebo Julian D. Ford (Musilová, 2019, str. 9.).

Individuální trauma je důsledkem události, série událostí nebo souboru okolností, které jednotlivce prožívá jako fyzicky nebo emocionálně škodlivé nebo život ohrožující a které mají trvalé nepříznivé účinky na fungování jednotlivce a jeho duševní, fyzickou, sociální, emocionální nebo duchovní pohodu. Trauma zahrnuje 1. událost, 2. zážitek události a 3. efekt. (SAMHSA, 2014, str. 8).

Nežádoucí zážitky z dětství (Adverse childhood experiences = ACEs) jsou potenciálně traumatické události, ke kterým dochází v dětství (0–17 let). ACEs mohou zahrnovat zkušenosti s násilím, psychologickým nebo sexuálním zneužíváním a zanedbáváním, stejně jako aspekty prostředí dítěte, které podkopávají jeho pocit bezpečí a stability (SAMSHA, 2023).

Mezi dopady traumatu na jedince se mimo jiné uvádí na úrovni emocí potíže s jejich regulací, citová otupělost, deprese a úzkosti. Stela v počátcích terapie uváděla, že “má pocit prázdna, nic ji nebaví, jen leží v posteli a brečí.” Ačkoli má přítele, není si jistá, zda ho má opravdu ráda. Jana zase popisovala, jak poslední dobou cítí jen smutek a chová se jako robot.

Ve vztazích mají lidé v důsledku vývojového traumatu problémy s nastavením hranic, jsou často podezíraví a nedůvěřiví, společensky se izolují a mívají ve vztazích potíže, protože se obtížně naladují na emocionální stav druhých (Spinazzola a kol., 2005, str. 3).

Obě dívky, Stela i Jana, měly zkušenost s překračováním hranic od svých sexuálních partnerů. Jana byla od svých 13 let sexuálně zneužívána spolužákem, v dalších vztazích byla ponižovaná a manipulovaná. Jednou byla dokonce terčem naštěstí neúspěšného pokusu o znásilnění. V počátečním období terapie byla ve fázi sociálního stažení, nikam nechodila, téměř s nikým mimo školu se nestýkala, nikomu nedůvěřovala, podezírala i své pedagogy, že ji pomlouvají. Stela ve svém prvním partnerském vztahu byla také citově zneužívána, říká: “Měl mě jenom na sex a já mu to dovolovala příliš dlouho, než jsem byla schopná vztah ukončit.”

Jako další důsledky zmiňuje J. Spinazzola obtíže v komunikování vlastních přání a potřeb, potíže s plánováním a předvídaním, nízké sebevědomí a pocity hanby a viny. Stela uváděla, že vlastně neví, co chce, není schopná se rozhodnout ohledně svého dalšího studia, nedokázala si naplánovat další kroky bez pomoci matky nebo poradce. Jana dlouho bojovala s pocitem, že je pro všechny zklamáním, když se nedostala na lékařskou fakultu, a nevyznala se v tom, co vlastně chce. Také se obviňovala za to, co svým sexuálním partnerům dovolila, a velmi se za to styděla. Ani jedna z dívek neuměla odpočívat a nic nedělat. Jana byla od základní školy zvyklá se učit i o víkendech, Stela jako dítě ve svém volném čase podávala výkony v různých zájmových kroužcích, které jí vybrali rodiče, v současnosti “odpočívala” ve fitness centru, aby měla dokonalou postavu.

Z uvedených dat a kazuistik můžeme usuzovat, že autoritářský styl výchovy zaměřený na výkon s narušeným (záporným nebo chladným) emočním vztahem jednoho nebo obou rodičů k dítěti, způsobuje u některých z nich vývojové trauma. Samozřejmě záleží na dalších okolnostech, dispozicích a životních podmínkách.

Podle L. Hellera a A. LaPierre a jejich teorie **Neuroafektivního vztahového modelu (NAVM)** dochází k vývojovému traumatu v důsledku dlouhodobého neuspokojování pěti základních biologických potřeb dítěte. Těmito základními biologickými potřebami, které jsou nezbytné pro fyzické a emoční zdraví dítěte, jsou:

1. **potřeba spojení se sebou a druhými**
2. **potřeba péče**
3. **potřeba důvěry**
4. **potřeba autonomie**
5. **potřeba lásky/sexuality.**

Nenaplnění těchto potřeb způsobuje v dospívání mimo jiné i to, že adolescent neumí rozpoznávat své potřeby, neumí je vyjadřovat a navíc má pocit, že si nezaslouží, aby jeho potřeby byly naplňovány (Heller, LaPierre, 2016, str. 13). Vlivem vývojového traumatu dochází k narušení regulace nervového systému, narušení schopnosti vytvářet si blízké vztahy s druhými a k narušení identity (Heller, LaPierre, 2016, str. 11).

Tabulka základních potřeb a schopností, které z nich vycházejí:

<b>Základní potřeba</b>	<b>Základní schopnost nezbytná pro duševní a tělesné zdraví</b>
Spojení se sebou a s druhými	Schopnost být ve spojení se svým tělem a se svými emocemi Schopnost být ve spojení s druhými
Péče (vyladění)	Schopnost vyladit se na naše vlastní potřeby a emoce a pečovat o své potřeby Schopnost přijímat emoční podporu, péči a fyzickou výživu od svého okolí, schopnost požádat o podporu
Důvěra	Schopnost zdravé závislosti na druhých a vzájemné spoluzávislosti s druhými
Autonomie (nezávislost)	Schopnost vymezit si zdravé hranice Schopnost říct "ne" a stanovit své limity Schopnost vyslovit svůj názor bez pocitu viny či strachu
Láska - sexualita	Schopnost žít s otevřeným srdcem Schopnost propojit láskyplný vztah se sexualitou

(Heller, LaPierre, 2016, str. 14)

V případě nenaplnění těchto potřeb si dítě vyvine tzv. **adaptační strategie**, které mu slouží k sebezáchově v prostředí, ve kterém vyrůstá, protože se chce zbavit pocitů bolesti a úzkosti, které nenaplnění potřeb přináší. Čím více potřeb nemá naplněno, tím více adaptačních strategií využívá i v

dospívání, což má za následek odpojení od vlastního těla, narušené vnímání sebe sama a neschopnost regulovat své emoce a chování. Pro terapii je podstatné rozpoznat a pochopit uvedené sebezáchovné adaptační strategie, aby byla nápomocná při jejich překonávání. Uvedenými adaptačními strategiemi se dítě v podstatě snaží ochránit citové pouto s rodiči, naučí se, které jeho části rodiče přijímají a které odmítají.

V uvedených kazuistikách platí, že se dívky adaptovaly tak, aby je rodiče měli rádi. Jana se učila a přijala směřování k profesi lékařky za vlastní. Na třetím setkání tvrdila, že měla hezké dětství, ačkoli vyprávěla, že se nesměla věnovat žádným zájmovým činnostem, nesměla jíst, na co měla chuť apod. Nechtěla si zpočátku připustit jakékoli negativní emoce vůči rodičům, protože by pak působila jako “nevděčný a nevychovaný spratek.”

Stela se zase snažila ve všem matce vyhovět, starala se o domácnost, navštěvovala všechny kroužky, studovala všechny školy, které jí matka vybrala. Ve všech činnostech se snažila být nejlepší, aby si zasloužila matčinu lásku, včetně dokonalého vzhledu.

Traumatizované dítě paradoxně rodiče miluje, protože je na nich závislé a nechce/nemůže si připustit, že by ho rodiče neměli rádi. Přijatelnější je pro dítě vysvětlení, že si jejich chování zaslouží. Je to důsledek velmi podobný tzv. Stockholmskému syndromu, protože tento sebezáchovný proces vlastně pomáhá dítěti přežít, nastolit určitou duševní rovnováhu. Špatný rodič je pro dítě pořád lepší než žádný (Šance dětem, 2023).

Zde uvádím tabulku základních adaptačních strategií, problémů, které se s nimi pojí, a strategie používaná k ochraně citové vazby s pečující osobou dle NAVM:

<b>Adaptační sebezáchovná strategie</b>	<b>Základní problémy, které se s ní pojí</b>	<b>Strategie používaná k ochraně citové vazby s pečující osobou</b>
Sebezáchovná strategie při nenaplněné potřebě <b>spojení</b>	Odpojení od našeho tělesného a emočního já Obtíže při navazování vztahů s druhými	Dítě se vzdá svého nejnítěrnějšího pocitu existence, odpojí se od sebe a pokusí se stát neviditelné
Sebezáchovná strategie při nenaplněné potřebě <b>péče</b>	Problém rozpoznat naše potřeby Pocit, že si nezasloužíme, aby naše potřeby byly naplněny	Dítě se vzdá svých potřeb, aby se mohlo zaměřit na potřeby svých rodičů
Sebezáchovná strategie při nenaplněné potřebě <b>důvěry</b>	Pocit, že se nemůžeme spolehnout na nikoho kromě sebe Pocit, že musíme mít vždy kontrolu nad situací	Dítě se vzdá své autenticity, aby mohlo být tím, kým si přejí jeho rodiče (sportovní hvězdou, důvěrníkem apod.)
Sebezáchovná strategie při nenaplněné potřebě <b>autonomie</b>	Pocity přetížení a tlaku Potíže při vymezování hranic a problémy s přímým vyjádřením nesouhlasu	Dítě se vzdá přímého vyjadřování své nezávislosti, aby se nemuselo cítit opuštěné nebo zničené
Sebezáchovná strategie při nenaplněné potřebě <b>lásky a sexuality</b>	Problémy při propojování srdce se sexualitou Sebevědomí založeno na vlastním vzhledu a výkonu	Dítě se pokouší vyhnout odmítnutí tím, že se snaží být dokonalé v naději, že tím získá lásku prostřednictvím vynikajících výkonů nebo vzhledu

(Heller, LaPierre, 2016, str. 16 a 51)

Problémy uvedené v této tabulce opět lze vysledovat v obou kazuistikách. Dívky byly odpojené od uvědomování si vlastních potřeb, nedokázaly si vymezit hranice ani vyjadřovat nesouhlas a u obou bylo možné pozorovat, jak své sebevědomí a svou sebehodnotu odvozují od toho, jaký podají výkon a jak vypadají. Obě se snažily stát tím, kým si přály jejich rodiče.

Adaptační strategie si dítě osvojí jako vysvětlení toho, proč se mu nedostalo láskyplné péče od rodičů a proč nebyly jeho základní potřeby naplňované. Dítě dospěje k závěru, že je s jeho potřebami něco v nepořádku, protože nerozpozná, že problém se nachází v jeho vnějším prostředí. Selhání rodičů pak vnímá jako své vlastní selhání. Ke každé adaptační strategii se tak pojí určité vnitřní přesvědčení založené na pocitech studu, které Heller a LaPierre nazývají vnitřní identifikací. Například nenaplněná potřeba spojení způsobí u dítěte pocit studu za to, že jako člověk vůbec existuje, má pocit, že druhé obtěžuje a nikam nezapadá. Aby dítě tyto pocity potlačilo, rozvine si kompenzační vnitřní identifikaci (v podstatě obranný mechanismus), kterým se pokouší přeměnit negativní pocity v nějakou výhodu. Například začne být hrdé na to, že je samotář a nikoho nepotřebuje. Tabulku všech vnitřních identifikací a kompenzačních identifikací najdete v **příloze č. 1**.

## Terapie

Sebezáchovné adaptační strategie, které v dětství pomáhají vyrovnat se s bolestivými zkušenostmi z traumatizujícího rodičovského přístupu, se v dospělosti stávají příčinou dysregulace nervové soustavy, stavu odpojení od svého těla a pocitů a nízkého sebevědomí, a tím vyvolávají v člověku cyklus utrpení a stresu (Heller, LaPierre, 2016, str. 29).

Terapeutický přístup podle NAVM zahrnuje všímavé uvědomování si a pociťování tělesných vjemů, které jsou přenášeny z těla do mozku, a všímavé uvědomování si jednotlivých adaptačních sebezáchovných strategií, díky kterému si klient uvědomí svá zakořeněná vnitřní přesvědčení. Následkem toho se zlepšuje jak regulace nervové soustavy, tak se zpracovávají a rozpouštějí zkreslená vnitřní přesvědčení a identifikace.

Děti vychovávané v autoritářské výkonově zaměřené rodině, mají v různé míře neuspokojeno všech 5 základních biologických potřeb. Podle NAVM, který v sobě integruje různé psychoterapeutické přístupy (psychodynamické, gestalt, psychosomatické, kognitivní), neurovědecká zjištění, ale i meditační tradice, lze v terapii pracovat strategiemi uvedenými v **příloze č. 2**.

Autoři zabývající se léčbou vývojového traumatu se shodují na tzv. fázovém přístupu, který oslovuje specifické domény komplexního traumatu. Léčba má 4 hlavní cíle - bezpečné prostředí, rozvoj dovedností v regulaci emocí a v interpersonálním fungování, nalézání smyslu v traumatických událostech a zvýšení odolnosti a integrace do sociálních vztahů (National Child Traumatic Stress Network, Complex Trauma in Children and Adolescents, str. 23).

Fázový model sestává ze tří zastřešujících fází léčby: 1. stabilizace a bezpečí, 2. zpracování traumatu a 3. opětovného připojení. Počáteční fáze léčby je věnována rozvoji léčebné aliance, regulaci emocí, vzdělávání, vytváření bezpečí a rozvoji dovedností. Střední fáze se obvykle provádí, až když má klient dostatečnou životní stabilitu a naučil se adekvátně regulovat emoce a vytvořil si copingové dovednosti a je zaměřena na podrobné zpracování traumatického materiálu. Třetí fáze je zaměřena na životní konsolidaci a restrukturalizaci, jinými slovy, na život, který je méně ovlivněn původním traumatem a jeho následky (Courtois, 2008, str. 92).

Integrativní psychoterapie orientovaná na všímavost a soucit (MCIP = Mindfulness Compassion Integrative Psychotherapy) v terapii traumatu doporučuje spojovat se s bolestivými pocity, které jako dítě klient prožíval, a dovolit jim, aby byly znovu prožity, uznány, aby byly viděny, slyšeny. Tím, že je v terapii vyneseme "na světlo boží", uznáme jejich legitimitu, znovu si je prožijeme, dáme jim prostor a tím vznikne možnost je integrovat (Černoušková, Projevy a terapie traumatu, 1:11).

V léčbě vývojového traumatu se také využívají na tělo orientované přístupy, jako například Pessu Boyden psychomotorická terapie (PBSP = Pessu Boyden System Psychomotor), protože traumatické události narušují autonomii jedince na úrovni psychické, ale i tělesné integrity. Trauma má hluboký dopad v tělové oblasti, což je patrné na somatických příznacích traumatu, např. narušená regulace tělesných stavů, přetrvávající zvýšená dráždivost, poruchy spánkového cyklu, bolesti hlavy, páteře, chvění, pocení, potíže se zažívacím traktem či gynekologické obtíže (Čepelíková, 2011, str. 101).

V terapii u obou dívek v uvedených kazuistikách jsem postupovala dle výše uvedených doporučení NAVM i fázové léčby traumatu. Zpočátku jsem se snažila vybudovat bezpečný, přijímající a důvěryhodný vztah. Empatickým nasloucháním vytvořit prostor, ve kterém si mohou klientky uvědomovat a projevovat jakékoliv emoce, aby znovu vytvořily spojení samy se sebou. Pracovaly jsme na tom, aby se znovu naučily naslouchat a důvěřovat vlastním potřebám. V souvislosti s tím také s vnitřním přesvědčením, že si nezaslouží, aby na jejich potřeby byl brán ohled. Zabývaly jsme se pocity studu a proměňovaly je v soucit s jejich mladším "já". Navazovaly spojení se sebou samými, s pocity bolesti, ublížení a bezmoci, a začaly si uvědomovat, jakou vinu nesou jejich rodiče. Ve chvílích, kdy se objevil vztek, bylo třeba jej konstruktivně využít, zpracovat a integrovat. Pracovaly jsme na posilování jejich sebevědomí, odvahy a síly, aby mohly být nezávislé na druhých. Také jsme se pokoušely o prohloubení v uvědomování vlastního těla.

Stelina terapie je v tuto chvíli na její žádost přerušena. Její matka se poté, co Stela začala chodit na terapii a komunikovat s ní doma o důvodech, proč se pro terapii rozhodla, zmobilizovala a změnila své chování vůči dceři. Stela si dala od studia vysokých škol pár měsíců pauzu, ale v současnosti se připravuje na přijímací zkoušky na obor, který si sama vybrala. Byla schopna v terapii prozkoumat svůj partnerský vztah a uvědomit si, že svého přítele brala spíš jako možnost úniku od matky (plánovali společné bydlení), než aby k němu chovala opravdové city.

Jana terapii úspěšně ukončila, začala otevřeně s rodiči komunikovat své potřeby, postupně byla schopna separace od rodičů. Skrze odsuzování a nenávist k otci došla k tomu, že mu odpustila a našla pro jeho chování pochopení. Dokázala si vymezit hranice vůči otci i matce. Začala cestovat, nastoupila na dvouměsíční pracovní stáž v jiném městě, kde bydlela u sestřenic a našla si přítele. Začala více důvěřovat lidem a udržovat několik kamarádských vztahů. Dokončuje vyšší odbornou školu a své další studium nechává otevřené, pokud bude chtít a přijde na to, co by to mělo být, pak může studovat i dálkově při práci.



## Zdroje:

- COURTOIS, Christine A. Complex Trauma, Complex Reactions: Assessment and Treatment. Online. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy 2008. Vol. 5, No. 1, 86–100. Dostupné z: <https://cabinetdepsyintegrative.fr/wp-content/uploads/2020/08/complex-trauma-complex-reactions-2008.pdf>. [citováno 2024-03-29].
- ČÁP, Jan. Psychologie výchovy a vyučování. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-534-3.
- ČÁP, Jan a MAREŠ, Jiří. Psychologie pro učitele. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-273-7.
- ČEPELÍKOVÁ, Zuzana. Psychologický pohled na Pessu Boyden psychomotorickou terapii při práci s traumatizovanými jedinci. Rigorózní práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta. 2011. Online. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/35544/150001274.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [citováno 2024-03-29].
- ČERNOUŠKOVÁ, Markéta. Projevy a terapie traumatu. Online. [Dokumentární cyklus Život za zdí]. 2022, 1:11. Dostupné z: <https://youtu.be/-3QNDLjLI1c?si=Z4VGZt-xLCeVRyBq>. [citováno 2024-03-29].
- GILLERNOVÁ, Ilona. Způsob výchovy v současné české rodině z pohledu dospívajících chlapců a dívek. In HELLER, Daniel; PROCHÁZKOVÁ, Jana; SOBOTKOVÁ, Irena (ed.). *Psychologické dny ...: sborník z konference Psychologické dny Olomouc ..* 2017. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. ISBN isbn80-244-1059-1.
- HELLER, Laurence a LAPIERRE, Aline. Uzdravení vývojového traumatu: jak trauma v raném dětství ovlivňuje naši schopnost seberegulace, vnímání sebe sama a schopnost navazovat vztahy. Přeložil Lucie TĚŠNOVSKÁ. Olomouc: Fontána, [2016]. ISBN 978-80-7336-836-4.
- MUSILOVÁ, Zuzana. Komplexní trauma. Rigorózní práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. 2019. Online. Dostupné z: [Zuzana Musilov Komplexn trauma Rigorozn prce psychologie .pdf \(theses.cz\)](https://theses.cz/zuzana_musilov_komplexn_trauma_rigorozn_prce_psychologie_pdf) [citováno 2024-03-29].
- National Child Traumatic Stress Network. Complex Trauma in Children and Adolescents. Online. 2003. Dostupné z: [https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/complex\\_trauma\\_in\\_children\\_and\\_adolescents.pdf](https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/complex_trauma_in_children_and_adolescents.pdf). [citováno 2024-03-29].
- NEHYBA, Jan. Tygří matka. Studijní materiály MUNI online. Dostupné z: [https://is.muni.cz/el/ped/podzim2015/SZ2BP\\_TEV2/um/59309736/4Tygri\\_matka.pdf](https://is.muni.cz/el/ped/podzim2015/SZ2BP_TEV2/um/59309736/4Tygri_matka.pdf) [citováno 2024-03-29].

- NPI. Metodický portál RVP. Online. Dostupné z: [https://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD\\_lexikon/D/Deprivace\\_psychick%C3%A11](https://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD_lexikon/D/Deprivace_psychick%C3%A11). [citováno 202-03-29]
- SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. 2014. Online. Dostupné z: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4884.pdf>. [citováno 202-03-29].
- SAMHSA. Practical Guide for Implementing a Trauma-Informed Approach. 2023 Online. Dostupné z: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep23-06-05-005.pdf>. [citováno 202-03-29].
- SPINAZZOLA, Joseph & col. Complex Trauma in Children and Adolescents. Online. Psychiatric Annals, May 2005. Dostupné z: <https://complextrauma.org/wp-content/uploads/2019/01/Complex-Trauma-1-Joseph-Spinazzola.pdf>. [citováno 202-03-29].
- Šance dětem. Týrané dítě a Stockholmský syndrom. Online. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/tyrane-dite-stockholmsky-syndrom>. [citováno 202-03-29].
- VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. Pomoc dětské duši: rady pro rodiče, když dítě volá SOS. V Praze: Mladá fronta, 2023. ISBN 978-80-204-6125-4.

**Příloha č. 1** - Tabulka Identifikace založené na pocitech studu a kompenzační identifikace založené na pocitech hrdosti pro každou adaptační sebezáchovnou strategii (Heller, LaPierre, 2016, str. 28):

Sebezáchovná strategie	Identifikace založené na pocitech studu	Kompenzační identifikace založené na pocitech hrdoosti
Při nenaplněné potřebě spojení	Stydím se, že existuji Mám pocit, že druhé obtěžuji Mám pocit, že nikam nezapadám	Jsem hrdý na to, že jsem samotář a vystačím si sám Jsem hrdý na to, že nikoho nepotřebuji Jsem hrdý na to, že nejsem emocionální, nepodléhám svým emocím
Při nenaplněné potřebě péče	Strádám, mé potřeby nejsou naplněny – dožadují se naplnění svých potřeb od druhých Cítím se nenaplněný Cítím vnitřní prázdnotu Mám pocit, že si nezasloužím nic dobrého	Vždy pečuji o druhé Jsem hrdý na to, že jsem oporou druhým a že se mi každý může vyplatit na rameni Zaujímám role, v nichž jsem nepostradatelný, a druzí mě potřebují Jsem hrdý na to, že nic nepotřebuji
Při nenaplněné potřebě důvěry	Mám pocit, že jsem malý a nepatrný Jsem bezmocný Druzí mě využili Druzí mě zradili	Pocit, že jsem silný a mám nad vším kontrolu Pocit, že jsem úspěšný Pocit, že jsem větší než život Využívám či zrazuji druhé dříve, než udělají totéž oni mě
Při nenaplněné potřebě autonomie	Mám zlost Odmítám autority Bouřím se proti autoritám Mám radost ze zklamávání druhých	Chovám se k druhým příjemně a mile Jsem laskavý a hodný člověk Vždy se snažím všem vyhovět Jsem dobrý chlapec/dívka Strach, že druhé zklamu
Při nenaplněné potřebě lásky a sexuality	Cítím se zraněný a ukřivděný Cítím se odmítnutý Trpím tělesnými nedostatky Mám pocit, že si nezasloužím lásku a že mě nikdo nemá rád	Odmítám druhé jako první (dříve než odmítnou oni mě) Snažím se být dokonalý, perfekcionismus Nesmím udělat žádnou chybu Snažím se mít vše uspořádané

## Příloha č. 2 - Terapeutické strategie dle NAVM

### 1. Nenaplněná potřeba spojení

- a. Postupovat pomalu, krůček po krůčku vše analyzovat a pochopit.
- b. Rozvíjet vzájemnou důvěru a pocit spojení.
- c. Poskytnout empatické souznění
- d. Zrcadlit pozitivní změny, kterých klienti dosáhnou v terapii i v životě.
- e. Pomáhat jim učit se naslouchat a důvěřovat jejich vnitřním zkušenostem. Zahrnovat tyto zkušenosti do terapeutického procesu.
- f. Pomáhat klientům znovu se seznámit a spřátelit s jejich vlastní existencí tím, že jim pomůžete uvědomit si a procítit emoce.
- g. Zabývat se jejich pocity nenávisti k sobě samým a pocity studu.
- h. Naučit klienty přijmout, zpracovat a integrovat jejich vztek, aniž by ho obraceli proti sobě nebo vnějšímu světu.
- i. Postupně klienty podporovat v uvědomování a pocítování vlastního těla, v navázání kontaktu s tělem, emocemi a druhými lidmi.

- j. Zůstávat pro klienty dostupní, i když pociťují vztek, odmítají vás, podezírají nebo jsou z vás zklamaní.
2. Nenaplněná potřeba péče
- a. Rozvíjet schopnost zažívat emočně nabitě stavy.
  - b. Pracovat s vnitřním přesvědčením, že si nezaslouží naplnění svých potřeb.
  - c. Pracovat se skutečností, že jejich největší obava, že budou opuštěni, se již vyplnila.
  - d. Vést je k uvědomění, že když zaujímají roli dávajícího, opouštějí sami sebe.
  - e. Pomoci jim uvědomit si, přiznat a zpracovat jejich agresi.
  - f. Pracovat s identifikacemi neustálého toužení po něčem, co nemají (Budu šťastný, až...)
  - g. Podporovat je v realistickém vztahu ke svým potřebám.
  - h. Pomoci jim vyjadřovat jejich potřeby přímo.
  - i. Rozvíjet jejich kapacitu pro naplnění a pevné spojení se sebou a druhými.
3. Nenaplněná potřeba důvěry
- a. Pomoci jim navázat spojení se sebou samými, se skrytými pocity bolesti, ublížení a bezmoci, a pomoci jim mít se sebou soucit.
  - b. Pomoci jim rozvinout odvalu a sílu, aby mohli být nezávislí na druhých.
  - c. Pomoci jim odložit masku idealizovaného sebeobrazu a zvýšit jejich opravdovost.
  - d. Pomoci jim rozvinout sílu být zranitelní.
4. Nenaplněná potřeba autonomie
- a. Povzbuzovat klienty, aby lépe poznali a prozkoumali své vnitřní konflikty, namísto toho, aby se odsuzovali, kritizovali a snažili je vyřešit.
  - b. Podporovat přístup, který se nezaměřuje na dosahování cílů a úsilí.
  - c. Vypracovat dohodu konkrétního záměru, co si klienti od terapie přejí.
  - d. Být opatrní, abyste neměli s klienty žádné plány.
  - e. Nedovolit klientům, aby v terapii navenek přehrávali své vnitřní konflikty.
  - f. Všimnout si toho, kdy se snaží být "dobrým klientem".
  - g. Prozkoumat rozdíl mezi snahou klientů nebýt na nikom závislí, jejich vzdorem a opravdovou autonomií.
  - h. Pomoci jim poznat, že mohou zažívat blízkost s druhými, aniž by se museli vzdát své autonomie.
  - i. Pomoci jim uvědomit si jejich skrytý vzdor vůči autoritám.
  - j. Pomoci jim zaměřovat se na sebe, podporovat jejich sebevyjádření.
  - k. Pomoci jim naučit se říkat "ne" a vymezit si realistické hranice.

5. Nenaplněná potřeba lásky a sexuality

- a. Vnímat problémy v milostných vztazích jako příležitost pro terapii a osobní růst.
- b. Podporovat klienty v tom, aby za problémy přestali obviňovat své partnery a uvědomili si vlastní přispění.
- c. Hlavním tématem je emoční práce, při které si uvědomí pocity zranitelnosti, lásky a něhy a dovolí si je zažívat k sobě i druhým.
- d. Prohloubit uvědomování vlastního těla, aby nebylo jen předmětem zkrášlování.
- e. Pomoci jim uvědomit si, že neustálé výkony slouží k vyhýbání se pocitům zranitelnosti a bolesti, které jim způsobili druzí lidé.
- f. Pomoci jim uvědomit si, že honba za ideálním vzhledem prohlubuje pocity, že s nimi něco není v pořádku, nezaslouží si lásku.
- g. Rozvíjet jejich schopnost cítit a otevřít se reakcím svého srdce.
- h. Zabývat se skrytými pocity studu spojenými s jejich sexualitou.
- i. Pracovat na vyřešení jejich rozpolcenosti mezi láskou a sexualitou.

OBSAH:

1. Úvod
2. Definice
3. Vznik CPTSD a techniky k zotavení
4. Mentální cvičení na posílení sebevědomí, sebejistoty a sebedůvěry

## 1. Úvod

Pro svou závěrečnou práci jsem si vybrala některé terapeutické postupy z knihy Petea Walkera – Komplexní PTSD: Od přežívání k prosperitě, Průvodce a mapa k uzdravení z dětského traumatu, kterou bych zde chtěla představit jednak z důvodu, že se pro mě stala zásadní pomůckou v mé terapeutické praxi, ale také proto, že tato kniha nevyšla v češtině a není u nás tolik známá.

Pro klienty s jakýmkoli traumatickým zážitkem je důležitý především respektující přístup terapeuta. Pete Walker ve své knize nazývá klienty velmi výstižně „SURVIVORS“. To je to, co jsou. Nikoli jen „poškození“, „týraní“ či „traumatizovaní“. Jsou to především „TI, CO PŘEŽILI“.

Knihy popisuje cestu postupného uzdravení se z prožitků traumatu, které vzniklo týráním a opuštěním ať už na slovní, emocionální, náboženské či fyzické úrovni.

## 2. Definice

### Definice posttraumatické stresové poruchy dle DSM-5 (kód 309.81)

Zkrácená definice PTSD podle DSM-5: „osoba čelila traumatické události, která byla smrtící nebo hrozila smrtí, těžkým zraněním nebo ohrožovala fyzickou integritu její či ostatních osob“, což vyvolalo „intenzivní strach, bezmoc nebo hrůzu“. To má za následek rozmanité projevy...“ (*America Psychiatric Association - Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-5, 2015*)

Bylo však zjištěno, že u dětí, které zažily týrání, zanedbávání a opuštění často nejsou jejich traumata dostatečně zřejmá, protože o svém týrání, opuštění nebo sexuálním obtěžování většinou nemluví, a to ani v případech, když jsou na to přímo dotazovány. Proto jsou u nich stanovovány diagnózy jako „opoziční vzdorovité chování“, nebo „disruptivní dysregulativní porucha nálady“, „poruchy soustředění a pozornosti“ a jiné. (*Bessel van der Kolk - Tělo sčítá rány, 2014*)

Také podle Petea Walkera dochází u mnoha klientů s CPTSD k nesprávným diagnózám. Mnoho z nich je spravedlivě a nepřesně označeno bipolárními, narcistickými, spoluzávislými, hraničními poruchami, nebo poruchami autistického spektra, ADD, ADHD dále obsedantně-kompulzivní porucha a některé depresivní a disociativní poruchy.

To samozřejmě neznamená, že by klienti netrpěli stejnými či podobnými obtížemi spojenými s uvedenými poruchami. Je však důležité, že stávající diagnózy jsou zbytečně zahanbujícími nálepkami a nepřesnými popisy toho, čím je přeživší ve skutečnosti postižen. Podle Peta Walkera hraje ve většině psychických poruch dospělých jejich traumatické dětství obrovskou roli. Proto je třeba pracovat s většinou výše uvedených diagnóz jako s naučenými maladaptacemi na stres, nikoli jako s vrozenými charakterovými vadami. (*Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013*)

#### Vývojové trauma (Laurence Heller, Ph.D. a Aline LaPierre, Psy.D.):

„Vývojové trauma způsobuje trvalou aktivaci autonomního nervového systému, jež vyvolává chronické vzorce a způsoby chování, které mají za následek narušení fyziologického a psychologického vývoje... U vývojového traumatu se obvykle nevyskytuje jediná samostatná traumatizující událost, ale dlouhodobé zanedbávání, týrání a špatná péče ze strany rodičů“. (*Laurence Heller, Ph.D. a Aline LaPierre, Psy.D. – Uzdravení vývojového traumatu, 2012*)

Podle Francine Shapiro poznáme prožité trauma (komplexní, vývojové nebo způsobující PTSD) podle toho, že děláme, co nechceme anebo neděláme, co chceme, přičemž příčinou není žádná vrozená dispozice nebo zdravotní poškození. (*Hana Vojtová – Trauma a disociace, 2023*)

Podle WHO z roku 2022 se komplexní PTSD stanovuje v případě, že kromě 3 symptomů pro jednoduchou PTSD (flashbacky, vyhýbáním se spouštěčům a zvýšená úleková reakce) vykazuje klient ještě tzv. narušenou sebeorganizaci:

1. afektivní dysregulace (neschopnost uklidnit se anebo naopak emoční otupělost).
2. negativní sebepojetí (prožívání sebe jako selhávajícího anebo bezcenného).
3. narušení ve vztazích (neschopnost udržet si blízkost a/nebo pocity izolace).

(*Hana Vojtová, Trauma a disociace, 2023*)

## Příznaky komplexní posttraumatické stresové poruchy (CPTSD) podle Petea Walkera:

Přeživší nemusí mít všechny příznaky. To, jakou bude mít kombinaci, závisí na jeho 4F typu a také na druhu zneužívání/zanedbávání v dětství:

- Emocionální flashbacky
- Tyranský vnitřní a/nebo vnější kritik
- Toxický stud
- Pocit prázdnoty
- Sociální úzkost
- Pocity naprosté osamělosti a opuštěnosti
- Křehká sebeúcta
- Porucha citové vazby
- Vývojová stagnace
- Vztahové problémy
- Výrazné kolísání nálady
- Disociace
- Snadno spustitelná reakce boj/útěk
- Přecitlivělost na stresové situace
- Sebevražedné myšlenky

*(Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013)*

### **3. Vznik CPTSD a techniky zotavení**

Jak si traumatizované nebo opuštěné děti vyvinou CPTSD? Mnoho nefunkčních rodičů reaguje pohrdavě na zoufalé žádosti dítěte nebo batolete po spojení a náklonnosti. Pohrdání je pro dítě extrémně traumatizující. *(Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013)*

Emoční zanedbávání také obvykle stojí za většinou traumatizací, které jsou křiklavě očividné. Rodiče, kteří běžně ignorují nebo se obracejí zády k dětským žádostem o pozornost, spojení nebo pomoc, ponechávají své dítě opuštěné a s nezvládnutelným strachem a dítě to nakonec vzdá a podlehne depresivním pocitům bezmoci a beznaděje. *(Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013)*

Takové odmítnutí zvětšuje strach dítěte a nakonec jej zahalí vrstvou studu. Časem tento strach a stud zplodí toxického vnitřního kritika, který drží dítě a později i dospělého zcela



odpovědného za to, že jej rodiče opustili, až do doby, kdy se stane svým vlastním nejhorším nepřítelem a rozvine se u něj CPTSD.

Klíčové prvky uzdravení z CPTSD:

- Sebeřijetí
- Jasně povědomí o identitě
- Soucit se sebou
- Péče o vlastní bezpečí
- Schopnost čerpat ze vztahu pohodlí
- Schopnost uvolnit se
- Schopnost plného sebevyjádření
- Síla vůle a motivace
- Klid v duši
- Péče o sebe
- Víra, že život je dar
- Sebeúcta
- Sebedůvěra

*(Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013)*

## KOGNITIVNÍ UZDRAVOVÁNÍ

První úroveň zotavení obvykle zahrnuje nápravu škod, které CPTSD způsobí našim myšlenkám a přesvědčením o nás samotných. Zaměřuje se na rozpoznávání a eliminaci destruktivních myšlenek a procesů myšlení, kterými jste byli v dětství naočkováni.

Kognitivní práce je zásadní pro to, aby vám pomohla přestat se ztotožňovat se sebe-nenávistnou kritikou, kterou vám vštěpoval váš rodič. *(Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013)*

## ZMENŠOVÁNÍ KRITIKA

Ranné týrání a opuštění nutí dítě spojit svou identitu se superegem, částí mozku dítěte, která se učí pravidlům svých pečovatелů, aby si zajistila a udržela přijetí. Jelikož je však přijetí v rodině CPTSD nemožné, superego se zasekne při práci přesčas, aby dosáhlo nemožného. Dítě, které soustavně hledá způsob, jak si získat své rodiče, nakonec přijme perfekcionismus jako strategii, díky níž budou její rodiče méně nebezpeční a budou k němu více pozorní. Její

jedinou nadějí je, že pokud se stane chytrou, vstřícnou, hezkou a bezchybnou, začnou se o ni její rodiče konečně zajímat. *(Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013)*

Vnitřní kritik se časem stává synonymem identity přeživšího. Superego se mění v totalitního kritika, který brání rozvoji zdravého ega. (Ego se vyvíjí později než superego). *(Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013)*

## VŠÍMAVOST

Všímavost je důležitá funkce zdravě vyvinutého ega a někdy je popisována jako pozorující ego nebo svědectví o mém já. S dostatečnou praxí všímavost nakonec probudí vašeho bojovného ducha, aby odolal urážlivým refrénům z dětství a nahradil je myšlenkami, které jsou sebe-podporující. *(Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013)*

## EMOCIONÁLNÍ LÉČENÍ

Traumatizující rodiče poškozují naši emocionální podstatu (přirozenost) stejně jako naše myšlenkové pochody. V důsledku toho je na této úrovni nutné provést mnoho obnovy. Ti, kdo neumějí svůj smutek cítit, často nevědí, kdy jsou nespravedlivě vyloučení, a těm, kteří necítí své normální rozzlobené nebo ustarané reakce na zneužívání, často hrozí, že se s tím smíří bez protestů. *(Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013)*

Většina traumatizujících rodičů pohrdá zejména tím, jak dítě vyjadřuje emoční bolest. Toto opovržení pak nutí dítě tak důležitou schopnost zdravého truchlení zastavit. Typická věta „Přestaň brečet, nebo ti dám důvod, abys měl proč brečet.“ Odmítavé reakce našich rodičů na naše emocionální sebevyjádření nás odcizují od našich pocitů. Emocionální zneužívání/zanedbávání v nás vyvolává strach z našich vlastních emocí a současně nás děsí pocity jiných lidí. *(Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013)*

## TRUCHLENÍ

Truchlení je klíčovým procesem pro opětovné spojení s naší potlačenou emoční inteligencí. Smutek je nezbytný k tomu, aby nám pomohl uvolnit se a překonat naši bolest ohledně strašných ztrát našeho dětství. *(Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013)*

Jak se rozvíjí naše schopnost truchlit, obvykle odhalujeme velké množství nevyřešeného zármutku z nedostatečné péče, kterou jsme potřebovali. Zde jsou 4 druhy rodičovské výživy, které všechny děti potřebují, aby vzkvétaly. Vědět o těchto nenaplněných potřebách vám může pomoci truchlit nad neuvolněnou bolestí, která pochází z toho, že jste vyrůstali bez tohoto typu podpory. Kromě toho vás tyto znalosti mohou vést k tomu, abyste se vychovávali a jednali sami se sebou více vyživujícím způsobem. (*Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013*)

1. Slovní výživa: Dychtivá účast na multidimenzionální konverzaci. Velké množství chvály a pozitivní zpětné vazby. Ochota odpovědět na všechny otázky. Výuka, čtení příběhů, poskytování zdrojů, pokračující slovní rozvoj.
2. Duchovní výživa: Vidět a odrážet dítěti jeho základní hodnotu, základní dobro a láskyplnou povahu. Vytvářet zážitky radosti, zábavy a lásky k udržení vrozeného pocitu dítěte, že život je dar. Duchovní nebo filozofické vedení, které dítěti pomůže integrovat bolestivé aspekty života. Péče o tvořivé sebevyjádření dítěte. Častý kontakt s přírodou.
3. Emoční výživa: Setkávat se s dítětem stále s péčí, úctou a zájmem. Vítání a oceňování plného emočního projevu dítěte. Modelování nenásilného vyjadřování emocí. Výuka bezpečných způsobů, jak uvolnit vztek, které nezraňují dítě ani ostatní. Velkorysé množství lásky, tepla, něhy a soucitu. Ctít slzy jako způsob, jak uvolnit bolest. Být bezpečným útočištěm. Humor,
4. Tělesná výživa: Náklonnost a ochrana. Zdravá strava a spánkový režim. Výuka návyků péče o vzhled, disciplíny a odpovědnosti. Pomáháme dítěti rozvíjet koníčky, vnější zájmy a vlastní smysl pro osobní styl. Pomáhá dítěti najít rovnováhu mezi odpočinkem, hrou a prací.

Tyto ztráty je třeba odtruchlit (upřímně a beze studu), dokud daná osoba skutečně nepochopí, do jaké míry její pečovatelé nebyli pečující a do jaké míry její rodiče nebyli jejími spojenci. Musí truchlit, dokud se nepřestane obviňovat z jejich zneužívání a/nebo zanedbávání. Musí truchlit, dokud si plně neuvědomí, že jejich otřesné rodičovské praktiky jí způsobily CPTSD. (*Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013*)

#### Čtyři procesy truchlení:

1. Hněv: snižuje strach a stud - pomáhá dekonstruovat nutkání k opakování
2. Pláč: konečné uklidnění - slzy bez pocitu studu stimulují relaxační reakci parasympatického nervového systému
3. Verbální ventilace: zlatá cesta k intimě – podle starého čínského přísloví, že sdílená radost je dvojnásobná radost a sdílený smutek je poloviční smutek. Z neurovědeckého

hlediska je verbální ventilace nástroj, který může napravit mozkové změny způsobené CPTSD (nerovnováha mezi pravou a levou mozkovou hemisférou). Některé moderní přístupy k traumatu zlehčují užitečnost terapie mluvením. I když je somatická práce životně důležitým nástrojem zotavení, sama o sobě nemůže zmenšit vašeho toxického kritika ani oživit vaše sebevyjádření.

4. Prožívání: Pasivně pracovat prostřednictvím smutku – „Prožívání je opakem bolesti... čím více bolesti člověk cítí, tím méně bolesti trpí“. Arthur Janov

Prožití může navíc také léčit zažívací potíže, které se často vyskytují společně s CPSTD (*Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013*)

### **Příklad z praxe:**

Klient (22 let) se přihlásil do terapie kvůli nešťastné studentské lásce, protože jeho vyvolená už nějakého přítele má. Vyjadřoval se vždy velmi kultivovaně, mluvil pomalu a dlouho hledal slova. Měl problém vyjadřovat emoce, byl si vědom svého extrémně silného vnitřního kritika a hodně se kontroloval.

Na 7. sezení se rozhněval nejprve na sebe, že si vůbec někdy myslel, že by takový blbec jako on mohl mít tak dokonalou holku jako je ona, pak se rozhněval na jejího přítele a nakonec na slečnu, že mu jasně hned na začátku neřekla, že už někoho má (to byl konečně alespoň náznak sebepodpory a řekla jsem to). Na to ale začal plakat a plakal velmi silně, až jsem se zeptala, jestli je tam ještě něco, co se mu vybavilo. Vyprávěl mi o tom, že ho jeho rodiče nepřijali už jako malé dítě. Jeho otec chodil do práce tak často, že tam pro klienta téměř vůbec nebyl a matka trpěla depresemi a nebyla se schopná o syna dobře starat. Klient byl opuštěný rodiči citově i fyzicky.

Během vyprávění mě sice klient v důsledku svého ponoření do příběhu nechtíc oslovil „jenže víš co, vole...“ ale na konci sezení odcházel zklidněný, viditelně se mu ulevilo a objednal si několik dalších sezení na dlouho dopředu.

### **PRÁCE S VNITŘNÍM DÍTĚTEM:**

Znovu-rodčovství (Reparenting) je klíčovým aspektem vztahového léčení. Je to především proces řešení mnoha vývojově zastavených potřeb traumatizovaného dítěte, kterým jsme byli. V této knize se opakovaně věnujeme dvěma nejzákladnějším z těchto potřeb: lásce a ochraně. (*Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013*)

Když jsou mateřské potřeby dítěte adekvátně uspokojeny, je v jádru jeho bytosti instalován soucit se sebou samým. (*Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013*)

Sebemateřství je založeno na zásadě, že bezpodmínečná láska je právem každého dítěte od narození. Zotavení se ze ztráty bezpodmínečné lásky je problematické. To, že jsme toho jako děti neměli dost, byla největší ztráta, kterou jsme utrhli. (*Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013*)

Jako matka sobě samým se zavazujeme zvyšovat svůj soucit se sebou samým a bezpodmínečný pozitivní respekt. Sebe-mateřství je rozhodné odmítnutí oddávat se sebenávisti a sebe-opuštění. Vychází z uvědomění, že sebe-trestání je kontraproduktivní.

Své sebe-mateřství můžete zlepšit tím, že budete negativní zprávy kritika opravovat léčivými slovy podle následujícího příkladu:

Jsem tak rád, že ses narodil.

Jsi dobrý člověk.

Miluji tě takového, jaký jsi, a dělám vše pro to, abych byl vždycky na tvou straně.

Můžeš za mnou přijít kdykoli se budeš cítit zraněně nebo špatně.

Nemusíš být dokonalý, abys získal mou lásku a ochranu.

Všechny tvé pocity jsou v pořádku.

Vždy tě rád vidím.

Můžeš dělat chyby.

Můžeš vědět, co potřebuješ a můžeš si o to říct.

Můžeš mít své vlastní preference a vkus.

Můžeš si vybrat své vlastní hodnoty.

Můžeš si vybrat své vlastní přátele a nemusíš mít rád každého.

Jsem na tebe velmi hrdý.

*(Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013)*

Aktivní imaginace na setkání s vnitřním dítětem – volně inspirováno podle John Bradshaw – Návrat domů, Jak pečovat o své vnitřní dítě, Praha 2018

*Čtěte nahlas, pomalu, klidným hlasem a v místech, kde jsou tečky, udělejte asi 20 sekund pauzu (text si můžete nahrát jako audio do telefonu a následně poslechnout, cokoli vám bude příjemnější):*

Představte si, že stojíte uprostřed rozkvetlé louky... Je hezký letní den... Sluníčko vás příjemně hřeje do zad... Možná slyšíte občas zabzučet včelu... Možná vidíte několik barevných motýlů, jak přelétávají z květu na květ... Slyšíte zpěv ptáků... Cítíte vůni rozkvetlé letní louky... Uvědomíte si, že stojíte na pěšině a pomalu se po ní vydáte... Rukama se můžete dotýkat stébel trávy a pokračujete dál loukou... Cesta se začíná pomalu svažovat k potoku, který je v dálce slyšet... Pomalu přicházíte k potoku... Vidíte písčité dno s oblázky... Na druhém břehu si všimnete malého dítěte... Vypadá jako vy, když vám byly 3, 4 nebo 5 let... Zujete si boty a pomalu začnete přecházet na druhou stranu... Voda je příjemně teplá, mělká, sahá vám sotva po kotníky... Přejdete na druhou stranu, pozdravíte dítě a řeknete mu, že jste se za ním vrátili z budoucnosti, že jste jeho dospělé já... Že jste rád/a, že jste ho našel/a, protože k sobě patříte... A můžete mu také vysvětlit, že jste nemohl/a přijít dřív, protože jste o něm nevěděl/a... Řekněte mu, že už ho nenecháte nikdy samotné... Můžete vzít vaše dítě za ruku, jestli bude chtít, nebo ho obejmout... A ujistěte ho, vám na něm záleží... A že ho milujete... Můžete se ho také zeptat, jestli pro něj právě teď můžete něco udělat. Jestli něco nepotřebuje... a pokud ano, udělejte to pro něj... Můžete se ho také zeptat, jestli pro vás něco nemá, nějaký dárek... Pokud ano, vezměte si to... Poděkujte... A protože je pomalu čas se rozloučit, naposledy svoje vnitřní dítě obejměte... Slibte mu, že se zase brzy vrátíte... Naposledy se obejměte... A pomalu se vydejte zpátky přes potok na druhou stranu... Až se obujete, naposledy ještě svému vnitřnímu dítěti zamávejte, abyste ho ujistil/a, že se určitě vrátíte... a pak už se otočte... a vykročte zpátky po cestě nahoru na louku... a vraťte se zpět do místa, odkud jste vyšli... a pomalu se pojdte vrátit svým vědomím sem do místnosti... jste zpátky tady a teď... a až budete chtít, můžete otevřít oči.

Tohle cvičení bývá pro klienty hodně emočně silný zážitek, většině klientů tečou slzy, probudí se obrovský soucit se sebou. V kontaktu s vnitřním dítětem bývá i docela dobře patrná jejich primární citová vazba, jestli je dítě okamžitě lepivé, nebo naopak odtažené, některé děti mohou být i agresivní... ale trpělivostí a láskou můžeme takto postupně sami se sebou vybudovat jistou a bezpečnou citovou vazbu.

Zatím se tohle cvičení dařilo všem mým klientům, mužům i ženám, rozhodla jsem se tedy udělat experiment s jednou svou kamarádkou (55 let), která nemá žádnou schopnost vizualizace, od svého těla je hodně odpojená a nespolupracují ani levá a pravá hemisféra.

Nejprve jsme zkusily Bodyscan, aby se naučila přesunovat svoje vědomí na různé části těla a potom jsme se pustili do této imaginace byla schopná si představit louku, ale neuměla udělat krok. Nechala tedy pohybovat krajinu oko sebe, ona zůstávala na místě. Potom viděla nezřetelný kužel světla, jako obrys postavy, ale nic víc. Protože to byl velký pokrok, měla motivaci si zkusit bodyscan doma a případně trénovat „chůzi po louce“, když bude mít čas. Druhý den ráno mě ještě napadlo, že jestli s ní její vnitřní dítě chce navázat spojení, tak jestli třeba neměla nějaký zvláštní sen... a když jsem vzala telefon, že jí to napíšu, tak jsem tam měla od ní zprávu: „V noci jsem jezdila po louce na jednom koni s malou holkou. Je to snad ta, co ji hledám?“

Další pokus máme až po odevzdání této práce, ale pevně věřím tomu, že každý máme duši a ta s námi chce a potřebuje být v kontaktu.

Emocionální flashbacky lze podle Petea Walkera vnímat jako žádost vnitřního dítěte o pomoc:

U nedetekovatelných spouštěčů je užitečné vidět flashback jako zprávu od dítěte, kterým jste byli. Dítě vám připomíná, že se v tom domě, který nebyl domovem, nesčetněkrát probudilo s pocitem, že tohle není domov. Probudil se vyděšený vyhlídkou, že bude muset znovu vstoupit do jedovatého prostředí vaší rodiny. Dítě vás nyní žádá, abyste naplnili jeho nenaplněnou potřebu mít někoho, za kým by se mohlo utěšovat, až se probudí s mizernými pocity. Jako by říkal: „Vidíš! Takhle špatné to bylo – takhle zdrceně jsem se většinu času cítil, tak zostuzeně a mizerně.“ (*Pete Walker – Complex PTSD: from surviving to thriving, 2013*)

### **Příklad z praxe:**

Klientka (23 let) přinesla obavu z prožití panické ataky a nevěděla, co s tím. Po vysvětlení nějakých technik z KBT (dýchání, kotvení v realitě) mě napadlo, že když jsme se v minulém sezení setkali s její vnitřní holčičkou, že by to mohlo nějak souviset. Jestli se něčeho nebojí ta holčička. Chtěla jsem vědět, co klientka dělala, než tu ataku dostala. Jela v autě a hledala místo k zaparkování. Napadlo mě, že by panikou mohla její malá holčička vysílat ke klientce volání o pomoc. Zeptala jsem se, jestli měla jako malá doma svoje bezpečné místo. Svůj vlastní pokoj, nebo alespoň svůj koutek, kam by mohla „zaparkovat“... neměla. Měla 4 sourozence, ona byla nejmladší a vlastně nenosila ani svoje vlastní oblečení, všechno zdělila po ostatních. Rozplakala se. Protože když hledala dobré místo pro svoje auto, tak jí její vnitřní holčička poslala naléhavou zprávu, že by měla začít hledat dobré místo na světě také sama pro sebe.

#### **4. Mentální cvičení na posílení sebevědomí, sebejistoty a sebedůvěry**

Toto cvičení nabízím klientům, než zabere práce na zmenšování vnitřního kritika:  
(volně na motivy podle knihy Jana Bendy – Všímovost a soucit se sebou, 2019)

Zavřete oči a představte si, že jste naprosto sebevědomá bytost, bytost plná sebejistoty a sebedůvěry. Nikdo a nic vás nemůže ohrozit, bez problémů se o sebe dovedete postarat. Víte, že jste úplně v pořádku, tak jak jste. Nemusíte nikomu nic vysvětlovat, máte dostatek respektu i obdivu od svého okolí. Jste se sebou absolutně spokojený/á.

Jestli v sobě dokážete tento pocit sebevědomí, sebedůvěry a sebejistoty vnímat – zkuste ho nyní znásobit do mnohem větších rozměrů. Nebojte se to přehnat, užijte si ten pocit.

Kdybyste to, co nyní prožíváte, tu vaši představu sebevědomí, sebejistoty a sebedůvěry, promítli do nějakého zvířete... jaké zvíře by to bylo? Které zvíře je podle vás takhle sebevědomé a sebejisté?

**KONKRÉTNÍ ZVÍŘE** – jaké je, jaké má vlastnosti, co má společného s klientem? Je to projektivní metoda, takže klienty tyto vlastnosti v sobě má, ale buď s nimi není v kontaktu, nebo o nich zatím neví, nebo je musel z nějakého důvodu dlouho potlačovat. Nyní je čas se se svým zvířetem spojit, znovu se vrátit ke svým schopnostem a získat svoje ztracené a zapomenuté sebevědomí, sebejistotu a sebedůvěru zpět. Důležité je se zaměřit také na tělo, vzhled a pohyb zvířete. Jak se změní moje držení těla, když se postavím a mám možnost se opřít vzadu o ocas? Jak se vlastnosti mého zvířete projeví v jeho pohledu, v těle, při chůzi?

Tělo a mysl jsou propojené. Pokud se naučím zaujmout sebevědomý postoj, začnu se sebevědomě opravdu cítit.

Věřím, že s pomocí sebevědomého a sebejistého zvířete se nám zmenšování vnitřního kritika bude dařit lépe.



Obsah

1 Úvod

2 Hipoterapie v psychiatrii

2.1 Indikace

2.2 Kontraindikace

2.3 Nároky kladené na terapeuta

3 Krátké pojednání o kořenech a projevech závislosti

4 Psychoterapeutické záměry hipoterapie

5 Využití přístupu krátké dynamické psychoterapie v hipoterapii

5.1 Východiska krátké dynamické psychoterapie

5.2 Zpřístupnění a zpracování emocí v hipoterapii

5.3 Sociální stimulace v hipoterapii

6 Hipoterapie v podmínkách psychiatrické nemocnice

7 Závěr

8 Seznam zdrojů

Téma, jak lze působení pomocí koní využít psychoterapeuticky v léčbě závislostí, jsem si zvolila, ze dvou důvodů. První, protože již pátým rokem pracuji v psychiatrické nemocnici, která má od 2003 vlastní hipocentrum. Druhý je, že jako psycholog a psychoterapeut jsem na oddělení závislostí působila v letech 2020-2022 a viděla jsem jak smysluplná to může být zkušenost pro pacienty. Díky zkušenému týmu z hiporehabilitační společnosti, psychoterapeutce s dynamickým výcvikem typu SUR a dalším terapeutům hipocentra, jsem se skupinových hipoterapií pro závislé pacienty účastnila opět v roce 2024.

Ve své práci představím skupinovou hipoterapii a psychoterapeutické záměry, využití přístupu krátké dynamické psychoterapii v hipoterapeutických hodinách s důrazem na zkušenostně-afektivní učení, převzetí odpovědnosti a nacházení zmyslu u pacientů se závislostí na psychoaktivních látkách a patologickým hráčství. Z důvodu rozsahu práce opomím další důležité biomechanické, fyziologické a bioenergetické mechanismy v hiporehabilitaci a hipoterapii, které přehledně uvádí jiné komplexní publikace.

*„Zkušenost vydá za tisíc slov.“*

(parafráze starého přísloví)

## 1 Úvod

Pojem hiporehabilitace zahrnuje všechny formy využití koně a spadá sem jak hipoterapie, tak i další oblasti pedagogického, psychologického a terapeutického ježdění společně s oblastí parajezdeckví (Černá Rynešová, 2011, s.11). V české psychiatrické praxi se termín hipoterapie běžně užívá pro léčebné působení pomocí koní v léčbě psychických potíží a to včetně psychoterapeutického působení. Během hipoterapie lze aplikovat různé psychoterapeutické přístupy. Svou atraktivitou a různorodostí se u hipoterapie nabízí možnosti tvořivě uchopit různé terapeutické metody, kdy klienti pracují s koněm ze země nebo na něm cvičí či jezdí. U toho používají různé pomůcky, soutěží a spolupracují. Důraz je kladen na navození přiměřených mezilidských vztahů a rozvoj pozitivních vzorců chování. Hipoterapie probíhá skupinově i individuálně. V individuálních hodinách se využívá menší časová dotace ve srovnání se skupinovou hipoterapií s trváním kolem 120 minut. Koně jsou silným motivačním činitelem a tím celý terapeutický proces podle Černé Rynešové (2011, s.15) usnadňují. Skupinová hipoterapie představuje novou a nestandardní interpersonální situaci, která zpravidla nevyvolává u klientů odpor a cenzuru. Ukazuje tak poměrně rychle mnohé z jejich osobnosti, zejména z prožívání a interpersonality. Podstatou jsou interakce klient – kůň – terapeut a vzájemné interakce mezi členy skupiny. Osobně se přikláním k myšlence, že termínem hipoterapie lze označit techniky, kdy kůň jako svou podstatou sociální zvíře zjednodušeně představuje pomocníka terapeuta a nastavuje klientům s psychickými potížemi zrcadlo. Důraz je kladen na oslovování emocí, na zpětné vazby a sebereflexe, budování terapeutického spojení, smyslu a naděje.

Péče o koně je nezbytným úkonem k vzájemnému poznání a odstranění některých obav klientů. Klienti často s nulovými zkušenostmi s koňmi se můžou např. obávat nejen toho jak to zvládnou, ale taky jak bude kůň reagovat a zda jim dá najevo, že mají nějaké duševní

nedostatky. Velmi rychle však zakouší v kontaktu s koněm, že ten je nenálepkuje. Chová se k nim výlučně podle toho jak oni zacházejí s ním. To znamená kůň v reakci na klienta zrcadlí jeho momentální postoje, duševní pochody a chování tady a teď. Černá Rynešová (2020) zdůrazňuje, že kůň je stádovité zvíře, které vnímá velmi citlivě hierarchii a je poslušným jenom v případě, že člověka vnímá jako dominantnějšího. Dále vyžaduje od člověka svůj řád, určitou rovnováhu vztahů a nesmí být překročeny stanovené hranice. Prostřednictvím bezprostředních a zřetelných projevů dává srozumitelnou zpětnou vazbu a ta napomáhá modifikaci seberegulačních mechanismů a sebehodnocení klientů. Kůň tedy není jen pouhým prostředkem. Vzhledem ke svým vlastnostem v hipoterapii zastává aktivní roli.

## **2 Hipoterapie v psychiatrii**

Kůň našel své využití v léčbě psychických onemocnění poměrně nedávno a v české psychiatrii má hipoterapie a hiporehabilitace již podstatnou i když krátkou tradici. Po roce 1990 vznikalo více center zabírajících se hiporehabilitací v psychiatrické péči. Dnes se na hipoterapii specializují např. v léčebnách jako Bohnice, Kosmony a Havlíčkův Brod, sdružení Piafa ve Vyškově, atd. (Černá Rynešová, 2011, s.14) Je tomu tak zejména z důvodu, že kůň je s člověkem schopen navazovat kontakt a komunikovat z největší části na neverbální úrovni. Při rozhodování, zda metodu působení pomocí koní zařadit do individuálního léčebního plánu klienta se v první řadě dbá na to klienta nepoškodit a na jeho bezpečí. V léčebnách a nemocnicích hipoterapii indikuje ošetřující lékař, psychiatr. Podmínkou je očkování proti tetanu. Nežádka mohou mít klienti duální diagnózu, tudíž kombinaci duševních onemocnění.

### **2.1 Indikace**

Hipoterapie je indikována u schizofrenních a jiných psychotických onemocnění, neurotických poruch, duševních poruch vyvolaných účinkem psychoaktivních látek, u gamblerství, organických duševních poruch včetně rozličných demencí, u afektivních poruch, u poruch osobnosti včetně poruch sexuální preference a pohlavní identity, mentálních retardací, poruch psychického vývoje a poruch chování a emocí u dětí.

### **2.2 Kontraindikace**

Hipoterapie není vhodná pro hospitalizované pacienty v akutní fázi a to u všech duševních onemocnění. Důvodem je často závažně narušený kontakt s realitou např. u procesuálních onemocnění nebo v manických stavech. Hipoterapie je kontraindikována pro pacienty s neurologickými obtížemi, u kterých hrozí riziko poruchy vědomí. Tudíž převážně se jedná o život-ohrožující stavy. Dále není vhodná ani pro pacienty chronicky sebevražedné z uzavřených oddělení a nebo pro uživatelé návykových látek v případě intoxikací, dojezdů, odvykacích stavů, delirií. Někdy hrozí až riziko brachiální agrese, kontrola impulzů

bývá významně narušená a chování nepředvídatelné. Hipoterapie se neužívá ani u těžkých fází demence. Uplatňujeme pravidlo, že se klient nenutí k tomu, co podporuje negativní prožívání. Proto u fobií z koní nebo v případě negativních zážitků s koňmi opět hipoterapie nebude metodou, kterou bychom dosáhli kýženého efektu.

Nejčastější kontraindikace somatického charakteru jsou alergické reakce na koně, závažnější astma bronchiale, těžké onemocnění srdečně-cévního aparátu, hypertenze III. a IV. stupně, nestabilní angina pectoris, příznaky srdeční insuficience, poruchy srážlivosti krve, horečnatá onemocnění, už zmínění jedinci s nestabilní epilepsií a nejen oni v případě rizika poruchy vědomí, jedinci se zvýšenou lomivostí kostí, vážné deformity páteře, nepohyblivé kyčelní klouby. (Černá Rynešová, 2011, s.19)

### **2.3 Nároky kladené na terapeuta**

Psychoterapeut nemusí být sám chovatelem nebo trénerem - pečovatelem koní. Předpokládá se však znalost koní a jejich „řeči“ - způsobu komunikace, zájem o hipoterapii a kontinuální vzdělávání se, členství v hiporehabilitační společnosti nebo práce pod garantem, vlastní supervize, jistota v zacházení s koňmi u jednotlivých technik (Petrová, 2023). Atmosféru osobnostního růstu psychoterapeut podporuje tím, že má důvěru v možnost uzdravy klientů a nebo věří ve zkvalitnění jejich života. Podporuje naději a motivuje; má schopnost utvářet bezpečný prostředí a kvalitní terapeutické spojení. Psychoterapeut nepotlačuje sebe; je pozitivním vzorem; přehnaně se neobětuje; zajímá se o druhé a společnost/společenské jevy; je schopen seberegulace; je vnitřně svobodný; nejistotu okolního světa bere víc jako výzvu a obohacení než zátěž; nezastává dogmatické postoje; přehodnocuje vědecké myšlení/ověřuje platnost hypotéz; má zájem o myšlenky druhých; nemusí se nikomu zavděčovat; má se zdravě rád; není posedlý okamžitým uspokojením; ví o svých stínech a přijímá je. Je otevřený vlastní sebezkušenosti, prací na sobě a má snahu poznávat své slepé místa. Tím mu zůstávají volné ruce k práci s druhými. Zná a má zodpovědnost za své vlastní emoční pochody. Charakterizuje ho flexibilita, otevřenost, přirozená autorita a schopnost sebereflexe. U shrnutí osobnostních požadavků na psychoterapeuta v hipoterapii jsem se inspirovala, ale nejen, psychoterapeutkou Černou Rynešovou (2020).

### **3 Krátké pojednání o kořenech a projevech závislosti**

Kořeny závislostního chování lze hledat ve vývojových a psychologických aspektech. Na tomhle místě však nejvíc zdůrazním koncept objektivních vztahů a attachment. Schopnost pečující osoby tolerovat a kontejnovat širokou škálu dětských afektů vede zpravidla k bezpečné vztahové vazbě, zatímco absence a nekonzistentnost pečující osoby k nejistým

formám a též k dezorganizované vazbě. Tuber (2020, s.47) zdůrazňuje, že se to odrazí ve snaze dítěte zklidnit rodiče a dělá to více způsoby. Vzdává se svého pravého self za účelem zachování blízkosti. Někdy dítě nadobudne dezorganizované a/nebo obsazené self, aby předešlo opuštění. Jindy vznikne paranoidní a schizoidní self, které se brání propojení s druhým. Autor zdůrazňuje, že všechny nepravé já jsou oslabené a jako takové mají potíž s modulací silných afektů a jsou považované za prekurzor psychopatologie. Když se dítě nemůže spolehnout na konzistentnost rodiče uvízne spravidla ve stavu hypervigilance a ještě víc se umocňuje menší konzistentnost péče při různých afektech. Omezení zásadní domény, jakou afekty jsou, zapříčiní omezenost autenticity, schopnost péče o druhé a dalších osobnostních domén dítěte zejména doménu hravosti. Osobnostní doména hravosti je tedy podle Tubera (2020, s. 58) závislá na doménách objektních vztahů, afektů a obran. Rozvoj hravosti podle autora umožňuje zvládnout úzkost z objektních vztahů, poskytuje prostor pro zkoumání self a druhých bez důsledků v reálním světě, umožňuje víc tolerovat afekty a postupně je diferencovat a vytváří prostor pro nácvik a rozvoj obranných mechanismů a copingových strategií. Autor zdůrazňuje, že je potřeba zohlednit jaký negativní dopady může mít narušení emocí na autonómní kognitivní procesy. Propojuje doménu hravosti s ego funkcemi.

Tab. Hravost a autonómní ego funkce jako osobnostní domény (Tuber, s.60)

<b>Hravost</b>	<b>Autonómní ego funkce</b>
Schopnost být sám	Vnímání
Zvídavost	Pozornost
Kompetence	Koncentrace
Zvládání interpersonálního konfliktu	Paměť, asociace
Tvořivost	Tvorba konceptu
Schopnost pracovat	Ryclost zpracování

Rané zkušenosti ovlivňují utváření zdravých struktur a funkcí mozku a tím přispívají k interpersonálnímu a intrapsychickému fungování každého jedince. Jelikož rané prožitky si často nevybavujeme jako vědomé vzpomínky, které by šlo verbálně vyjádřit, jsou to vjemy a pocity uložené v implicitní neboli emoční paměti. V klinické praxi lze pohlížet na patologii jako na něco co brání mezilidskému učení s dopadem na autoregulaci, regulaci celého pole a afektivní regulaci.

Na závislost od psychoaktivních látek nebo chorobném hráčství pohlížíme podobně jako Casriela jako na způsob jakým se nevyzrálá osobnost chrání před nežádoucími emocemi

(In: Kalina, 2008, s.84). Podle autora člověk nemůže volit útok ani útěk a proto své emoce potlačí a opouzdří. Je to způsob jak se vyhnout ohrožení z lidské blízkosti a kontaktu. Psychologické problémy a problémy interpersonálního a sociálního chování se tak dostávají do popředí komunitních léčeb. Terapeutické faktory, které sehrávají významnou roli, se liší podle druhu skupin. Klienty lůžkových zařízení a hospitalizovaní považují za víc důležité dodávání naděje a existenciální faktory – nejčastěji přijetí odpovědnosti. Skupiny AA - Anonymní Alkoholici považují za důležité dodávání naděje, předávání informací, univerzalitu, altruismus a určité aspekty skupinové soudržnosti (Yalom, 2021, s.138). V psychiatrických ústavních léčbách stavíme na principech komunitních léčeb, ale nevyhneme se hierarchii a soustředění moci v rukách personálu. Platí však podobně jako v terapeutických komunitách, že změna se upevňuje v prostředí mimo léčebnu a úzdrava je kontinuální a celoživotní proces osobního růstu.

Kalina (2008, s.84) uvádí, že v souvislosti s výše uvedeným, typickými charakteristikami závislých lidí jsou nezralost, nízké sebehodnocení a problémy spojené s charakterem, hodnotami a životním scénářem. V léčbě se jako psychoterapeuti často potýkáme s tím, že naši pacienti mívají velké pocity vnitřní prázdnoty. Dále pocity studu a viny, které nejvíc poškozují osobnost a vztah k sobě. Jeden z bazálních cílů hipoterapie je proto posilování vůle, zdravého vyjádření emocí a uvědomování si sebe samého ve vztahu k druhému. O psychoterapeutických záměrech hipoterapie víc pojednáme v další části práce.

#### **4 Psychoterapeutické záměry v hipoterapii**

Odpovědnost za své chování mnohdy pacienti na jiných programech v léčbě závislosti přijímají jen velmi neochotně, protože se chtějí vyhnout problémům a následkům. Vlastně chtějí si svou léčbu tak říkajíc zjednodušit a vyhnout se strastem. Kdykoliv se vyhýbá jedinec odpovědnosti, přehazuje ji na personál oddělení nebo přímo na terapeuta. Takže bezmocnost pramení často v touze uniknout a v odevzdání své moci někomu jinému (Peck, 2013, s. 24). Kůň se cítí bezpečně a spolupracuje s člověkem výlučně, když se člověk adekvátně prosazuje a je v souladu se sebou samým. Tudíž nelze koni odevzdat odpovědnost za to co se bude dít. Na rozdíl od lidí kůň není zmanipulovatelný – svými reakcemi upozorňuje na pozitivní i negativní projevy chování. Tedy neopomíjí odměnit žádoucí chování. Kůň dává okamžitou srozumitelnou zpětnou vazbu a vymezuje jasně hranice u přebujele sebevědomého klienta a přílišného tlaku, či naopak submisivity. Interakce s koněm vždy a v každém čase vyžaduje schopnost soustředění na cíl, prosazování se, přirozenost, otevřenost, čitelnost a srozumitelnost – jak kůň nerozumí, přestává komunikovat a spolupracovat. Kůň s průměrnou váhou 700kg je archetypem síly a tak kdo se s ním naučí pracovat a zvládne ho, může také zvládnout sám sebe.

Kůň je v rukou zkušeného psychoterapeuta využíván rozličnými způsoby, které odpovídají východiskům a cílům terapie viz. záměrná stimulace vybrané/vybraných oblastí. Přehledně terapeutické záměry hipoterapie uvádí Černá Rynešová (2011, s.18):

- prohlubovat sebepoznání, poznání vlastních dovedností a stínů.
- rozvíjet sociální dovednosti, včetně komunikace a kooperace. Kůň vymezí velmi přirozeně hranice kam až může pacient v zacházení s ním zajít a podněcuje zkušenostně-afektivní učení a prozkoumávání vlastních hranic pacienta.
- aktivizovat zdroje a motivovat. Jedinečnost spojení koně a pacienta vytváří atmosféru se silným pozitivním nábojem. Pacient pomocí koně něco dokáže a to vede k postupnému nabývání pocitů větší jistoty. Podpora motivace napomáhá stimulaci volných a seberegulačních mechanismů.
- relaxovat a uvolnit psychické napětí.
- zlepšit atributy pozornosti, adaptační schopnosti.

## **5 Využití přístupu krátké dynamické psychoterapie v hipoterapii**

### **5.1 Východiska krátké dynamické psychoterapie**

Podle Levenson (2016, s.47) zkušenostně-afektivní teorie, teorie vazby a vztahový přístup ovlivňují krátkou dynamickou psychoterapii a způsoby jak nahlíží na možnosti navodit pozitivní změny u jedince. Vhled není cílem sám o sobě. Prostřednictvím mezilidské empatie a korektivní emoční zkušenosti tak postupně dochází u jedince k lepšímu pochopení vlastního příběhu a zároveň k implicitnímu vztahovému poznání. Vzájemné interakční ovlivňování nemůže být jinak než zasazené v kulturním rámci obou z dané dvojice – terapeut a klient. A terapeut je viděn v dvou-rolí jako aktivní účastník a pozorovatel. Chování terapeuta tady a teď, které nikdy nemůže být neutrálním, má proto na klienta zásadní vliv. Zároveň oba, psychoterapeut i klient, jsou neustále viděni jako aktivní tvůrci interpersonálního světa.

Východiska časově omezené dynamické psychoterapie (Levenson, 2016, s.51-61):

- lidé jsou přirozeně motivováni navazovat kontakt s druhými, udržovat ho a spolupracovat,
- v raných obdobích se utváří maladaptivní interpersonální vzorce a ty se v čase upevňují,

- vztahové vzorce přetrvávají v podobě schémat, aktualizují se a udržují ve vztazích tady a teď v souladu s tím jak vnímá jedinec sám sebe a druhé,
- jedinec není považován za pacienta, tudíž nemocného, ale je brán jako klient, který je zaseknutý v růstu,
- emoční a narativní obsah za vztahovými vzorci je v centru pozornosti a ukazuje na vnitřní pracovní model jedince,
- interpersonální procesy bez ohledu na aktuální problém a situaci vedou k rozklíčování problematických emocí, které je živí. Jde o dynamicky se propojující a opakující se aspekty, které ústí do nefunkčního stylu,
- vybírá se hlavní problematický a pervazivní vztahový vzorec,
- terapeut plynule prochází mezi rolí pozorovatele a rolí účastníka, kdy buď na explicitní rovině napomáhá klientovi dostat do vědomí jeho emoční a vztahový život, porozumět mu a využít ho pro klientův růst. Na straně druhé se emočně zapojuje kdy je potřeba tak, aby nahlížel do implicitního, neuvědomovaného a neverbálního klientova světa.
- očekávání, že po ukončení psychoterapie bude klientovo zdravější vztahové chování umocňovat a podněcovat další úspěšné zkušenosti ve vztazích a ty povedou ke změně a zvnitřnění adaptivnějšího pracovního modelu.

Podle Levenson (2016, s. 63-64) afektivně propojené behaviorální učení lze vnímat jako učení se jednak novou adaptivnější interpersonální zkušeností a jednak vnitřní zkušeností. První cílí na maladaptivní dysfunkční interpersonální vzorce, které vedou k vyhýbání se tomu, co je zdrojem úzkosti. Vnitřní zkušenost se opírá o záměnu emoce emocí - včlenění neslučitelného pocitu. Ten zruší předchozí maladaptivní emoci. Např. strach může být nahrazen zlostí. Navenek se projeví posun ve změně akční tendence utéct směrem k tendenci napřít se dopředu a čelit obtížím. Schopnost regulovat emoce a schopnost resilience je výrazně, ale ne jenom, ovlivněná zkušeností s primární pečovatelskou osobou/osobou v dětství. Všechny zkušenostní psychoterapeutické přístupy proto hodně využívají nejzákladnějšího nástroje v podobě otázky „Jak se ohledem toho cítíte a kde v těle to cítíte?“.

Levenson (2016, s.86) dále klade důraz na obezřetnost u intervencí a neustálou potřebu žádat si zpětnou vazbu od klientů např. způsobem „mohu se mýlit, ale mohlo by to být..“.Nejde o to klienta opravovat, ale pozvat ho k tomu, aby na svoje interpersonální chování začal nahlížet i z jiných perspektiv. V krátkodobé dynamické psychoterapii využívá různé techniky – vyjasňování, konfrontaci, přerámování, sugesci, psychoedukaci, behaviorální nácvik, a další.



## 5.2 Zpřístupnění a zpracování emocí v hipoterapii

Atmosféra během hodin hipoterapie bývá zpravidla uvolněná, klienti se chovají často spontánně a nedochází k takové emoční cenzuře jako třeba v psychoterapeutické skupině na oddělení. Emoční rozpoložení se u koně a klienta, který s ním pracuje, prolíná. Z výzkumu Bartoňové (2021, s.77) vyplývá, že závislí klienti v hipoterapii často vnímali koně jako ty, které citlivě chápou co oni potřebují a zažívali s nimi emoce, které do té doby neznali nebo si neuvědomovali jako něhu a láskyplnost. Klienti se dle autorky přikláněli k tomu, že se jim líp o pocitech v přítomnosti koní mluvilo a co bylo důležitější, že se víc otvírali i terapeutům. Souviselo to s nabytou důvěrou, která je v léčbě závislých lidí velkým tématem.

U závislých klientů tím, že se učí zacházet s koněm, se přirozeně do individuálně možné míry stimuluje a mobilizuje doména afektů a tím rozvíjí vůli a seberegulaci. Kůň slabou emotivitu oživuje a silnou oslabuje. Má tedy přirozený regulativní vliv směrem nahoru i dolů. U toho je terapeut, který má funkci regulované a klidné přítomnosti a klient zažívá, že se není čeho bát. Tento mechanismus popsala i Levenson jako přímou transformaci emocí využitím sdíleného implicitního vztahu s terapeutem (2016, s. 66). Též je důležité zmínit, že vše co je prožíváno pacienty v psychiatrické nemocnici tak, že nevyvolává emoce studu a bezmoci a tedy je spojeno spíše s příjemnými emocemi, se líp ukládá do paměti. (Černá Rynešová, 2011, s.33) Součástí ústavní léčby bývá mnohdy hodnotící bodový systém, který může u některých klientů, kteří zažili před léčbou sociální odmítání a stigmatizaci, vyvolávat odpor. V hodinách hipoterapie naopak hned od začátku dostanou důvěru k práci s koňmi, umožní se jim prokázat samostatnost a zodpovědnost → nabývají postupně větší jistoty jak se prohlubuje uvědomování si sebe a druhých. Pozitivní emoční reakce klientů hipoterapie na to, že něco dokázali a byli oceněni tím, že je kůň poslouchal, vede k pozitivním očekáváním do budoucna a tím se posiluje motivace pokračovat v terapii. Úkolem psychoterapeuta je vést klienty k tomu, aby o těchto prožitcích v hipoterapii mluvili a zprostředkovat jim intenzivnější prožívání pozitivních pocitů. Podporuje tím jejich schopnost introspekce a klienti lépe chápou vlastní prožitky i v jiných běžných situacích. U závislých pacientů není neobvyklé, že požíváním návykových látek zvyknou umocňovat radost a pozitivní emoce, protože si jich dobře neuvědomují. Celkově svou neschopností identifikovat u sebe emoce tím spíše nekontrolují své škodlivé impulzivní chování. První hodina hipoterapie proto bývá klíčová s ohledem na to, aby se možnosti klientů, když teprve začínají s programem, nepřecenili.

Krom emoční aktivizace a lepšího kontaktu se svými emocemi se klienti učí relaxaci, dereflexi a koncentraci na přítomnost. Učí se svým konáním ovlivnit to, aby dosáhli jasného cíle v hipoterapii – řídit koně. Atraktivita zážitku je umocněna příjemnými sensorickými podněty zejména taktílními, motorickými, vizuálními, atd. Kůň má tělesnou teplotu o 1°C vyšší než

člověk. Při sedě na koni se rytmicky a pro většinu lidí příjemným způsobem střídají svalové napětí a uvolnění. Dále houpavý pohyb připomíná prenatální pocity z pobytu v děloze, tudíž má uklidňující vliv. Výzkum Bartoňové (2021, s.77) ukázal, že klienti hipoterapie jako možnou prevenci relapsu vnímali právě uklidnění a větší duševní rovnováhu, kterou jim hipoterapie byla schopna zprostředkovat.

### **5.3 Sociální stimulace v hipoterapii**

Ve skupinové hipoterapii terapeut podle Černé Rynešové (2011, s. 80) využívá toho, že klienti se dostávají do různých situací navozených i nepředvídaných, se kterými se způsobem sobě vlastním a často nefunkčním vypořádávají. Jak už bylo zmíněno klienti tolik necenzurují jako na oddělení s personálem a jejich hlavní dysfunkční interaktivní vzorce se ukazují ve své nahotě. Berouc do úvahy podobně jak Levenson (2016, s.49), že terapeut potřebuje být pozorný k neverbální komunikaci klienta a vzápětí si být co nejvíc vědom svých vlastních signálů v kontextu terapeutické dyády, je schopnost koní citlivě reagovat na klienta velmi žádoucí. Bez toho, aby terapeut musel sám vyhodnotit změnu správně, může dobře odečíst co se děje s klientem a případně s celou skupinou, ze sociálního chování koní. Kůň sám dále dokáže bez prodlení a velmi přirozeně klienta v okamžiku usměrnit. V reakci na koně tak klient mění svůj přístup. Kůň např. okamžitě nastaví hranice a klienti se hned od začátku učí, že je potřebují nastavit taky. Terapeut následně vede klienty k zamyšlení jak se kůň chová pod jejich vedením. Podle Černé Rynešové motivace se domluvit s koňmi vede u klientů k posílení sociální empatie a porozumění. Zkoušejí tady a teď udělat něco jinak, aby se s koněm domluvili líp a je to přenositelná zkušenost. Jedním z cílů sociální stimulace v hipoterapii je tedy podpořit uvědomění si vlastních interaktivních vzorců a pochopení jejich dopadů. Pomocí koně se dobře modifikují maladaptivní vzorce chování u klientů agresivních, pasivních a nebo hyperaktivních. Klienti s těžšími poruchami osobnosti si důsledně zažívají jak je kůň neverbálně upozorní jednoduše tím, že nespolupracuje. Reakcím koně jsou klienti ze začátku ochotní uvěřit víc než verbálním zpětným vazbám terapeutů a nebo spolupacientů. Takoví jedinci se postupně učí jak respekt a důvěru vůči druhým projevit posturikou, mimikou, gestikou, zdravým balancováním mezi zdrženlivostí a asertivitou.

Psychoterapeut v hipoterapii disponuje odborností v zacházení s koňmi a slouží velmi přirozeným způsobem klientovi jako pozitivní vzor. Posilována je pozitivní motivace k učení se nápodobou. Terapeut zároveň komentuje procesy v hipoterapii a tedy plynule střídá role pozorovatele a účastníka. Učení se klienta od terapeuta, který to s koněm umí, může vést k navázání kvalitního psychoterapeutického spojení. Kůň je častým katalyzátorem vztahu terapeuta s klienty. Terapeut tak získává možnost jejich chování významně modifikovat a může cíleně přistoupit k využití víc temperamentních koní. V dobře vedeném terapeutickém

procesu, kde je navázáno spojení, si může terapeut dovolit intervence, při kterých předvídá klientovo selhávání. Následně terapeut adekvátně a citlivě formuluje zpětnou vazbu s cílem korigovat klientovo chování.

Hipoterapie se dá využívat k formování vztahů ve skupině (Černá Ryněšová, 2011, s. 84). K tomu může psychoterapeut využívat zejména terapeutické atmosféry a zprostředkovat tak soudržnost každému členovi skupiny. Tím podle Yaloma (2021, s. 99-106) ovlivňuje sílu vazeb mezi nimi. Vede je k osvojení si zodpovědnosti za to jak se s klientem cítí jiní klienti, když se vzájemně vodí, pomáhají si a soutěží. Terapeut může přistoupit k tomu, že dá do dvojice klienty jinak znepřátelené. Učí je vycházet s lidmi, kterým by se jinak vyhli a podobně. Hipoterapie umožňuje nácvik komunikace a asertivního chování rozebráním vzniklé konfliktní situace. Klienti přímo na místě hledají řešení, které je přijatelné pro všechny, se kterými konflikt vyvstal – kůň, druhý klient/klienti, včetně sebe. Skupinové zpětné vazby na hipoterapii jsou častěji spontánní a posilují formování vztahů celé skupiny. Mnohdy klienti dokážou něco, co si dříve ani nedovedli představit. Jednotliví členové jsou pro skupinu důležití a soudržnost podporuje odhodlání klientů k větší míře otevřenosti a podstoupení osobního rizika i v jiných programech léčby. V souvislosti s rostoucí soudržností skupiny a interpersonálním učením pak úspěch ve skupinových úkolech v hipoterapii dále posiluje emocionální vazby členů, vzájemné přijetí ve skupině a sebepřijetí. Členství ve skupině, přijetí a souhlas jsou pro vývoj jedince natolik důležité, že když je jedinec zažije vůbec poprvé, nechce danou skupinu zklamat ani po ukončení hospitalizace. Je samozřejmě důležité zmínit co soudržnost není. Yalom (2021, s.105) shrnul jako tlak skupiny na jednotnost a falešné spojení založené na naivních a nezralých postojích, nedostatek kritického myšlení u členů skupiny. Takové skupiny se brání nejistotám, jsou méně reflektující a uzavírají se porozumění.

## **6 Hipoterapie v podmínkách psychiatrické nemocnice**

Oddělení v PN s kapacitou 38 lůžek se specializuje na střednědobou léčbu závislosti na alkoholu, lécích a chorobného hráčství u mužů i žen od 18 let v trvání od 3-4 měsíců. Oddělení funguje na principech terapeutické komunity s nutností dodržovat určitý léčebný řád. Multidisciplinární tým je tvořen lékaři, psychologem, adiktologem, zdravotně-sociální pracovníci a všeobecnými sestrami a terapeuty programů, včetně hipoterapie, do kterých pacienti pravidelně dochází. Po vstupním vyšetření lékařem s cílem zmapovat aktuální psychické a fyzické zdraví, či potřeby intervence – např. u odvykacích stavů a duálních diagnóz. Následně je sestaven individuální léčebný plán. Zdravotně sociální pracovníce podporuje kompetentnost pacienta v sociálních otázkách. Od začátku léčby je pacientovi přidělena primární sestra, se kterou tvoří a pravidelně aktualizuje svůj individuální léčebný plán. O přijetí do komunity pacient žádá a zavazuje se tím dodržovat řád a pravidla komunity.

Do hipoterapie jsou pacienti následně zařazeni po zvážení kontraindikací a účastní se jí ve stejném složení jaké mají psychoterapeutické skupiny. Účast je povinná a pacienti docházejí do hipocentra nemocnice jednou týdně v počtu 8 lidí. Pravidelnost hipoterapie a polotevřená skupina umocňují zisky z hipoterapie. Skupinu vede psychoterapeut, který je zároveň klinickým psychologem, spolu s terapeutem – pečovatelem (trénerem) koní. Vždy je kladen důraz na bezpečnost a úvodní hodina je věnována pravidlům jak se kolem koní pohybovat. Pečovatel – tréner odpovídá za to, že zvířata mají mezi jednotlivými skupinami dostatečný odpočinek a musí umět dobře posoudit celkovou kondici koní v každém okamžiku terapie. Psychoterapeuti z oddělení se setkávají s personálem hipocentra na pravidelné báze a sdílejí nejdůležitější informace o pacientech a o skupinové dynamice, tak aby co nejlépe podpořili individuální léčebné cíle a pragmatickou rovinu úzdravy. Ukazuje se, že efekt má hipoterapie u počtu aspoň 20 hodin a pacient má možnost zhodnotit svou vlastní práci v terapii, dostává zpětnou vazbu ze strany terapeutů a též spolupacientů. V neposlední řadě se na efektu terapie podílí i možnost volby co by chtěli zažít v průběhu hodiny. Pacienti si následně sami vybírají svého koně, který je něčím zaujal. Z praxe vidět, že víc úzkostní jedinci si vybírají největší koně, ale i jiné faktory sehrávají roli např. vyšší cíle, perfekcionismus, překonávání se, roztomilost zvířete a další.

Vídáme, že pacienti mají často problém ustát stereotyp. V léčbě se hned od začátku ukazuje jako jeden z cílů naučit se zvládat frustraci. Práce s očekáváním skupiny se jeví důležitá a pacienti se od první hodiny učí ovládnout chtíč sednout si hned na koně. Proto se naopak podporuje blízký kontakt se zvířetem jiným způsobem např. terapeutickou prací ze země. Na úvod proběhne kolečko s pacienty a psychoterapeutem o tom co si myslí, že se bude dít a dostávají povzbuzení, aby sdíleli své fantazie a přání. Pak jak už bylo zmíněno se pacienti nakontaktují na zvířata. Následně pak probíhají dílčí strukturovaná cvičení. Průběžně a zejména na závěr dostávají pacienti prostor k probrání zážitků a reflektuje se dynamika skupiny – co proběhlo. Na terapeutovi je, aby zážitek pacientů pomohl transformovat tak, aby pacienti vyjádřili své emoce a využívá též interpersonální kvality skupiny k něčemu novému a smysluplnému. To si pacienti odnášejí sebou a zejména do skupinových psychoterapií probíhajících na oddělení.

#### Kazuistika:

*Muž, 28 let, svobodný, bezdětný, maturitní vzdělání, pracoval jako obchodní zástupce, hospitalizován pro závislost na alkoholu. Ve věku 22 let pod tlakem rodiny docházel do adiktologické ambulance, ale po 5 sezeních léčbu přerušil. Tři roky abstinovat. Opět začal pít, když se s ním rozešla přítelkyně. Vzápětí nastoupil na detoxifikační léčbu a vydržel nepít pouhé 4 měsíce. Užívání jiných návykových látek neguje. Kouří cigarety 20 cig/den. Matka je*

*abstinující alkoholička, za kterou se v dětství styděl. V 6 letech se chtěli rodiče rozvést pro nevěru matky a nešetrně to klientovi sdělili. Nakonec zůstali spolu. Má jednu o 4 roky starší sestru, kterou rodiče upřednostňovali. Ve výchově klienta otec uplatňoval kázeňskou přísnost a fyzické tresty. Na základní škole zažil pacient šikanu. Na vysokou školu nešel. Vyšší sociální status je pro něho důležitý. Zdůrazňuje obchodní úspěchy. Propil veškeré úspory a výše dluhů dosahuje 300.000,-Kč. Utrácel za přítelkyni víc než si mohl dovolit. Pacient mluvil v terapiích o tom, že mu chybělo uznání od rodičů. Jako spouštěče pití uváděl špatné zprávy, smutek a nudu. V chování na oddělení patrná nezralost, vyžadování souhlasu a potvrzování od autorit, pro komunitní přístup, aktivně pomáhá druhým, dělá činnosti navíc pro zábavu, bez přestupků proti řádu. Na komunitách se vyjádřoval ke každému, ztrhával pozornost na sebe. Odkládal řešení problémů. Cyklický maladaptivní vzorec (Levenson, 2016, s. 79) lze zmapovat u pacienta následovně – příloha 1.*

Účastnil se hipoterapie a celkem absolvoval 9 setkání. Na úvod verbalizoval respekt ke koním, neměl žádnou zkušenost, nonverbálně málo čitelný, což zrcadlil i kůň. Na jednom z prvních sezení si mohl vyzkoušet a zažít vlastní sociální dominanci vyjádřenou převážně neverbálním způsobem. Nejdřív terapeutka ukázala cvik s vysvětlením, že jde o vnitřní práci, aby si klienti nacítli svůj cíl/potřebu a rozhodným způsobem si za ním šli. Cvikem ze země si přes vodění a zastavení koně klient trénoval i jak si uhájit svůj osobní prostor a hranice. Podmínkou bylo, že kůň nesmí klienta předbíhat, ani do něho dorážet v momentě kdy se klient zastaví. Slabé self se u klienta ukázalo hned na začátku, kdy mu kůň dával jasně najevo, že mu jeho suverénnost nevěří a odmítal poslušnost. Terapeutka proto zvolila intervenci, kdy komentovala proces, že není pro koně dostatečně čitelný a ať prozkoumá jak se v tom cítí a vyzkouší co by mohl udělat jinak. Na základě zpětné vazby z cvičení – co jim šlo a co naopak nešlo - se pak zamýšleli klienti jak jsou dominantní ve vztazích s lidmi a zda se to při vodění koně projevuje. Klient přinášel následovně „*uvědomil jsem si, že to není o fyzické síle, jelikož s koněm bych protlačovanou nevyhrál...*“. Na to co prožíval odpovídá, že „*nejdřív strach, že je se mnou něco špatně...pomohlo když jsem se napřímil...podíval jsem se kam se chci dostat a prostě jsem šel, byl jsem odhodlán to dojít..soustředil jsem se na cíl..kůň mně poslechl, měl jsem ohromnou radost..nemusel jsem ho vůbec tahat..prostě mi důvěřoval..*“ Klient pak hledal souvislost s tím jak to má ve vztazích: „*je to nové, většinou se snažím nezklamat..tady jsem dostal instrukci, abych se napojil nejdřív na sebe a vybral cíl..pak šlo o to to komunikovat, že já chci něco svého po druhém.*“ Terapeutka se pak může zeptat zda to zná i z jiných situací a jak mu pomůže co dnes o sobě zjistil v jeho léčbě. Taky se v stručnosti probírá jak to co sdílel vidí ostatní ve skupině.

Z průběhu hipoterapií je patrné, že počáteční ostražitost byla u pacienta od sezení k sezení stále menší a mluvil o tom „že se tady (v hipocentru) nemusí hlídat“. Své prožívání na

začátku popisoval jako „dobrý“ (na to je uvaleno embargo). Terapeutka vysvětlila skupině důvody, proč je pro ně důležité rozpoznávat své emoce a že mohou využívat pocitovnick z oddělení. V soutěžích se jevil pacient velmi soutěživý a během kooperace ukazoval svou dominanci. V zápalu se zlobil na spoluhráče, což byl schopen reflektovat a uznat prohru. Největší radost mu dělalo, když ho šéf stáda Sonet poslouchal aniž by použil sílu. Postupem času pacient zvažněl a mluvil o frustraci z některých situací na oddělení. Učil se pojmenovávat své emoce a díky přítomnosti koní byl stále víc srozumitelnější a klidnější. Nepotlačoval tolik své emoce jako na začátku. Začínal si víc připouštět, když se mu něco nedařilo (např. kůň vedl jeho) a zdál se být otevřenější zpětným vazbám druhých ve skupině. Nešel tolik do obhajob proč to nejde. Vyjádřil rozhodnutí, že bude důsledný (hranice) a citlivý a nechce se vzdávat.

## **7 Závěr**

Majestátnost, ušlechtilost a atraktivita koní, společně s jejich fascinující stádovou hierarchií a sociálními dovednostmi, z nich dělá skvělé pomocníky v léčbě psychických poruch. Schopnost navázat adekvátní komunikaci s koněm se ukazuje být pohledem dynamických přístupů přínosná a je velmi dobře aplikovatelná na oblast interpersonální. Interakce s koněm vyžaduje přirozenost, otevřenost, čitelnost a srozumitelnost jak na straně klienta, tak i na straně terapeuta. Jde zároveň o důležitý nácvik schopnosti vcítit se do pocitů druhých, schopnosti rozpoznávat a hodnotit u druhých emoce a jejich vyjadřování. Prostřednictvím koně se snáze vytváří důvěra v terapeutický proces. Hipoterapie tak představuje situaci pro komplexní nácvik chování, vytváření alternativních prožitků a uvědomění si svých vnitřních konfliktů. Nežádka jsou zisky ze zkušenostně-afektivního učení se, které je ústředním ve skupinové hipoterapii, reflektovány klienty nejdřív na hipoterapii samotné, pak v denících a následně na odděleních ve skupinové psychoterapii a nebo na komunitách.

Příloha 1 – formulář cyklického maladaptivního vzorce (Levenson, 2016, s. 79)

<b>Informace</b>	
Vlastní chování	Kompenzační chování – neautentické, patrná snaha být dobrým a laskavým člověkem. Je snaživý pacient, orientace na výkon, chce potěšit autority. Ztrhávání pozornost druhých na sebe. Pečuje o druhých. Skrývá svou zranitelnost.
Očekávání reakcí druhých	Odmítnou a opustí ho.
Chování druhých vůči klientovi	Mnohdy není čitelné, je nepřátelské.
Vlastní chování vůči sobě	Přerušeno spojení se sebou. Neuvědomování si vlastních potřeb. Odkládání řešení problémů.
Protipřenosové reakce	Tlak

<b>Cíle</b>	
Nové zkušenosti Vnitřní: Interpersonální:	Sám pro sebe autoritou – sebeobraz a vlastní sebehodnota. Zažívat láskavost a soucit se sebou. Zdravé hranice ve vztahu, respekt k vlastní osobě.
Nové porozumění Vnitřní: Interpersonální:	Uvědomit si vlastní tlak na sebe. Zažívat sebe jako hodnotnějšího. Spojení s druhými a komunikace potřeb, větší otevřenost a zranitelnost.

## 7 Seznam zdrojů

BARTOŇOVÁ, M. *Využití hiporehabilitace v rezidenční léčbě závislostí v psychiatrické nemocnici*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Adiktologie. 2021.

ČERNÁ RYNEŠOVÁ, P. (2020, 5.-7.červen). *Hipoterapie v psychiatrii a psychologii (workshop)*. Česká hiporehabilitační společnost, Brno, Česká republika.

ČERNÁ RYNEŠOVÁ, P. *Když kůň léčí duši, aneb metodika hiporehabilitace zaměřená na klienty s duševním onemocněním*. Vydání první. Pardubice: Direkte, s.r.o. 2011. 118s.

KALINA, K. *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Vydání první. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2449-2

LEVENSON, H. *Krátká dynamická psychoterapie*. Vydání první. Praha. Portál, s.r.o., 2016. ISBN 978-80-262-1012-2

PECK, M.S. *Nevyšlapanou cestou*. Vydání třetí - dotisk. Praha. Argo. 2013, ISBN 80-7203-036-1. 274s.

PETROVÁ, K. (prosinec 2023) *Výroční zpráva o činnosti Hipocentra psychiatrické nemocnice Kosmonosy za rok 2023*. Česká hiporehabilitační společnost. Hipocentrum PN Kosmonosy, Česká republika.

TUBER, S. *Osobnost v projektivních metodách*. Vydání první. Praha. Grada Publishing, a.s., 2020. ISBN 978-80-271-2183-0

YALOM, I.D., LESZCZ, M. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Vydání třetí. Praha. Portál, s.r.o., 2021. ISBN 978-80-262-1848-7



**OBSAH**

**ÚVOD**

**1. ZÁVISLOST**

**1.1 BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUÁLNÍ MODEL ZÁVISLOSTI**

**1.2 ZPŮSOBY LÉČBY ZÁVISLOSTI**

**1.3 PSYCHOTERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ**

**2. INTEGRATIVNÍ PSYCHOTERAPIE**

**3. LÉČBA ZÁVISLOSTI V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI HORNÍ BEŘKOVICE**

**3.1 STABILIZAČNÍ ČÁST LÉČBY**

**3.2 PSYCHOTERAPETICKÁ ČÁST LÉČBY**

**3.3 VYUŽITÍ INTEGRATIVNÍ PSYCHOTERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ**

**V PNHOB**

**ZÁVĚR**

**POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE**

**ÚVOD**

Téma látkových závislostí (dále jen závislost) v naší společnosti rezonuje dlouhodobě. Dlouhodobé průzkumy ukazují, že se v České republice s nějakou formou závislosti nebo vysokou pravděpodobností vzniku závislosti vyskytují zhruba 2 miliony lidí. Což znamená, že závislost je téma, které se přímo týká každého přibližně pátého občana naší země v dospělém věku. Dnes, v roce 2024, je o oblasti duševních obtíží čím dál více objektivních informací a dochází k boření mýtů. I přes to je závislost do značné míry vnímána jako otázka volby nemocného. V souladu s tím stále registrujeme postoj u velké části naší společnosti, že tzv. skoncovat se závislostí je otázkou rozhodnutí a pevné vůle. Závislost je přitom psychiatrickým onemocněním s širokým rozsahem příčin jejího vzniku a poměrně náročnou formou léčby a rehabilitace.

S ohledem na osobní zkušenost se závislostí a skutečnost, že se dnes již nějaký čas pohybují v oblasti pomoci závislým osobám, jsem se rozhodl, že tuto práci věnuji právě tématu závislostí. Práce pojímá závislost jako onemocnění a vysvětluje jej prostřednictvím bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. Jako nedílnou součást procesu léčby závislosti bude představena psychoterapie jako léčebná metoda. Konkrétně se v práci zaměřím na možnosti, nebo lépe řečeno potřebu, s ohledem na rozsáhlé spektrum příčin závislosti, využívat širokých možností, přístupů a technik jednotlivých psychoterapeutických směrů. V této souvislosti představím integrativní psychoterapii jako přístup, který pokrývá zmíněnou širokou škálu různých přístupů a vybírá z nich ty nejefektivnější pro jednotlivé konkrétní pacienty/klienty.

V poslední části této práce popíši léčebný proces se zvýšeným zaměřením na psychoterapeutické přístupy včetně integrativního, které jsou aktuálně používány na oddělení léčby závislostí v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice, kde působím jako psychoterapeut a peer konzultant.

## **1. ZÁVISLOST**

V současnosti se setkáváme s velkým počtem různorodých pohledů na problematiku závislosti, jejího vzniku a průběhu. Dvořáček (2008) závislost označuje jako komplexní chronické onemocnění mozku a dodává, že příčiny vzniku závislosti jsou multifaktoriální. Dnes dokážeme popsat tři základní pohledy na závislost. K jednotlivým pohledům na závislost lze konstatovat, že jejich preference se historicky vyvíjely ve stejném pořadí, v němž jsou zmíněny zde. Zmíněnými pohledy jsou Medicínský model závislosti, Model závislosti jako nacvičeného chování a Bio-psycho-socio-spirituální model. Posledně jmenovaný model je vnímán jako nejaktuálnější, proto mu zde bude věnován prostor.

Dle Kaliny (2003) lze závislost zařadit jako nejtěžší a nejzávažnější formu užívání nebo zneužívání drog a užívání řadí do následujících pěti kroků:

1. Experimentální
2. Příležitostné užívání
3. Pravidelné užívání
4. Problémové užívání
- 5. Závislost**

## 1.1 BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUÁLNÍ MODEL ZÁVISLOSTI

Nejkomplexnějším a nejaktuálnějším přístupem k drogové závislosti je bio-psycho-socio-spirituální model. „*Drogové závislosti je nutno pojímat i studovat komplexně jako bio-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory vzájemně doplňují a integrují*“ (Fišerová, 2003, str. 96). Stejný pohled prezentuje i Vágnerová: „*Závislost na užívání psychoaktivní látky je multifaktoriálně podmíněnou poruchou, na jejím vzniku se mohou podílet somatické a psychické vlastnosti jedince i vlivy vnějšího prostředí, především sociálního. Jejich interakce určuje pravděpodobnost experimentace a vzniku závislosti*“ (Vágnerová, 2004, str. 550). Kudrle (2008) udává, že vznik závislostí je ovlivněn faktem, že jako bytosti jsme s tématem závislosti konfrontováni od počátku našich životů. Jako potvrzení uvedeného můžeme zmínit již samotný vývoj v závislosti na organismu matky před narozením, rozvoj v moudrou lidskou bytost za přítomnosti blízkých osob. Od narození jsme tedy vydáni na cestu od závislosti k nezávislosti.

### 1.1.1 BIOLOGICKÁ ÚROVEŇ

Biologická úroveň zahrnuje souhrn činitelů jako jsou vrozené dispozice, působení drog na psychiku a ovlivnění fyzického citění člověka. Za biologické faktory považujeme například případnou závislost matky nebo užití psychotropních nebo tlumivých látek v době porodu, což do značné míry ovlivňuje neurobiologii jedince. Dalšími biologickými faktory jsou psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, prožitá traumata, nemoci a další omezující a traumatizující faktory (Kudrle, 2003). Biologická úroveň v sobě také zahrnuje fakt, že návykové látky bývají často využívány jako analgetika na bolest, což může být spouštěč užívání drog pro úlevu. Stejně jako například amfetaminy mohou a jsou používány

k léčbě příjmu potravy, nejčastěji obezity (Kudrle, 2008). „*Význačné výzkumy tohoto století ukázaly, že mozek je elektrochemický systém zpracovávající informace. Drogy vstupují*

*do chemického prostředí mozku a způsobují v něm hluboké změny, které doprovázejí podstatné pozitivní i negativní změny kognitivních funkcí, afektů a chování. Hodnota různých drog pravděpodobně záleží na jejich schopnosti navodit změny chemismu mozku*“ (Wallace, 1999, str. 19). Drogy dokáží navodit v lidském mozku velké množství pozitivních pocitů,

ale zároveň při jejich absenci mozek vytváří pocity negativní. Díky těmto negativním pocitům

je drogy užívající osoba tlačena do opakovaného užití.

### 1.1.2 PSYCHOLOGICKÁ ÚROVEŇ

Psychologická úroveň zkoumá vliv psychogenních vlivů a faktorů na rozvoj zneužívání návykových látek a závislosti. Psychogenní faktory můžeme najít již v období nitroděložního vývoje, období porodu a postnatálního vývoje. Pokud tedy např. žena prožívá těhotenství stresující situaci, tato informace je přenesena i na plod. Pakliže matka užije na utlumení stresu jakékoliv tlumící látky, přenesou se na plod informace, která zde vytvoří jakýsi vtisk o účinku tlumivě působících látek. Tento kód může být obnoven v postnatálním období. Jakýkoliv kontakt se stejně působící látkou vyvolá známý efekt. Pozitivní zpětná vazba potom může rychle posilovat vznik návyku (Kudrle, 2008). „*Významnými faktory jsou dále: úroveň postnatální péče, tedy péče o harmonický vývoj dítěte, vývoj a diferenciaci jeho potřeb, jejich přiměřené uspokojování s respektem k hranicím, a dále podpora v době dospívání, v krizi hledané identity a samozřejmě adekvátní pomoc v případech objevující se patologie nejrůznějších duševních poruch a chorob, jako je deprese, úzkost, eventuálně psychotické onemocnění. Pokud není k dispozici adekvátní pomoc, bývá to právě počáteční sebededikace, která vede později k rozvoji abusu a vzniku závislosti*“ (Kudrle, 2003, str. 92). Nejčastějšími faktory, které stojí za zneužíváním návykových látek, jsou prožitky nudy, zvědavost na mimořádné prožitky, absence vlastního programu, narušené hranice, nízké sebehodnocení. Drogově závislí většinou neumí pěstovat rozdílné potřeby a zájmy.

### 1.1.3 SOCIÁLNÍ ÚROVEŇ

Sociální úroveň se zaměřuje na sociální okolnosti. Sociální úroveň mohou ovlivnit vztahy s okolím, formující, popř. deformující zrání každého jedince. Jedná se o širokou škálu od obecných okolností jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí, ve kterém jedinec žije, až po specifitější a konkrétnější ovlivňování (Kudrle, 2003). Sociální okolí závislých může být často vstupní branou do kruhu závislosti, popřípadě jej dále prohlubovat. Vztahy drogově závislých jsou často narušovány frustrací, zlostí, nenávistí, strachem, pocity viny, lítostí, depresi a pronikavými pocity beznaděje a bezmoci. Podle Vágnerové (2004) jsou sociální faktory, které mohou ovlivnit předpoklad k závislosti, tyto: společnost, městské prostředí, rodina, sociální skupina, nižší úroveň vzdělání, sociální deprivace.

#### 1.1.4 SPIRITUÁLNÍ ÚROVEŇ

„Spirituální úroveň se odkazuje na fakt, že spiritualita je vztahem k tomu, co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec. Určité procento lidí závislých na drogách hledalo původně v drogách odpovědi na tyto otázky. V této souvislosti se objevují i novodobé rituály a kultovní aspekty. Stimulační a taneční drogy jsou užívány s touhou po skupinové transcendenci v novodobých chrámech diskoték, jindy jsou drogy brány v izolaci a ústraní od ostatních s očekáváním prolomení vlastní osamělosti v mimořádných prožitcích, jako je tomu u závislých na heroinu. Namísto vnitřní svobody a naplnění však nachází původní experimentátor fatální vazbu na drogu jako závislý“ (Kudrle, 2003, str. 93-94). Alkohol a drogy mají schopnost zažehnat pocity vnitřní prázdnoty, nicméně se jedná pouze o dočasné stavy, které střídá mnohem větší stres (Wallace, 1999). Absence smyslu života, duchovních hodnot nebo duchovní autority je velkým předpokladem pro zneužívání návykových látek (Kudrle, 2008).

## 1.2 ZPŮSOBY LÉČBY ZÁVISLOSTI

Léčbou závislosti se rozumí soustavná činnost se závislým klientem, vedoucí k potlačení nebo odstranění projevů jeho závislého chování. Kalina (2001) označuje léčbu jako odbornou, cílenou a strukturovanou práci s pacientem či klientem. Aktuální přístupy k léčbě se odrážejí od bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. Léčbu závislostí zprostředkovávají organizace zdravotnické a organizace poskytující programy mimo oblast zdravotnictví. K léčení závislostí je využíváno několika metod či přístupů. Kalina (2001) vyjmenovává tyto: farmakoterapii, psychoterapii, rodinnou terapii a socioterapii.

Z hlediska typů léčby existuje v současné době základní členění na léčbu ambulantní a rezidenční neboli pobytovou (Mravčík, 2016).

Z hlediska standardů odborné způsobilosti (RVKPP, 2015) je rozlišováno deset typů služeb a sice Detoxifikace, Terénní programy, Kontaktní a poradenské služby, Ambulantní léčba, Stacionární programy, Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba, Rezidenční péče v terapeutických komunitách, Ambulantní doléčovací programy, Substituční léčba, Adiktologické služby ve vězení.

### 1.3 PSYCHOTERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ

Psychoterapie je jedním ze základních článků v systému péče o závislé osoby. Psychoterapii jako nástroj nalezneme na různých úrovních práce se závislými od terénní práce přes pobytové služby až po služby následné péče (Miovský, 2003). Kratochvíl (1997) uvádí, že psychoterapeutický přístup by měl být součástí jakéhokoliv kontaktu s klientem, ať již se jedná o terénní práci nebo zdravotnickou péči. Na druhé straně spektra pak hovoříme o systematické individuální respektive skupinové psychoterapii, kterou provádí kvalifikovaní psychoterapeuti. Psychoterapie závislostí má dle Miovského (2003) své specifické rysy a klíčové prvky. Za ty jsou označovány struktura a její zvnitřnění, sociální učení prostřednictvím konfrontace a nápodoby, sebepoznávání a osobní růst. Klíčové prvky jsou charakterizovány například takto:

1. Změny nebo modifikace takového chování, které není slučitelné s abstinencí
2. Učení se pozitivním sociálním hodnotám a dovednostem, kterou jsou podporou v práci, studiu a rodinném životě.
3. Podněcování a podporování činností, které napomáhají průběžnému poznávání sebe sama, osobnímu růstu a rozvoji mezilidských vztahů.
4. Podporování aktivního, zvědavého postoje prostřednictvím modelování rolí a příležitostí k učení

V léčbě závislostí jsou využívány mnohé psychoterapeutické směry. Mezi nejdůležitější patří dle autorů Bartošíkové a Miovského (2003):

1. Behaviorální terapie
2. Kognitivně-behaviorální terapie
3. Hlubinná a dynamicky orientovaná psychoterapie
4. Gestalt psychoterapie
5. Humanistická psychoterapie
6. Rodinná a systemická psychoterapie
7. Hypnotické a relaxační přístupy
- 8. Integrativní přístupy**

## **2. INTEGRATIVNÍ PSYCHOTERAPIE**

Psychoterapii můžeme dle Kratochvíla (2017) vnímat jako obor, vědní disciplínu, empirickou a aplikovanou vědu. Jde o interdisciplinární obor, jež zasahuje do různých oblastí medicíny a psychologie. Autor (2017) dělí psychoterapii na obecnou část, tvořenou teorií a empirickými zjištěními a část speciální, v níž jsou zjištění aplikována na různé druhy poruch. Psychoterapeutických přístupů, škol nebo směrů existuje mnoho druhů. Každá z těchto škol psychoterapii definuje podle svých vlastních koncepcí a zaměření. Chápání psychoterapie jako interpersonálního procesu, založeného na obecných pravidlech, s konkrétní podobou závislou na zúčastněných lidech, vede psychoterapeuty k přemýšlení nad tzv. „šitím psychoterapie na míru“ klientovi, respektive jeho vlastní situaci. Tento proces probíhá na základě otázky jaká intervence bude nejúčinnější pro konkrétního klienta/pacienta s přihlédnutím ke specifiku jeho problému, kým bude vedena a za jakých okolností (Norcross & Wampold, 2011). Významné množství vědeckých zaměření je orientováno na výzkum charakteristik pacientů/klientů, psychoterapeutů, psychoterapeutických systémů a dalších aspektů v kontextu terapie a obdobné přemýšlení vede teorie i praxi psychoterapie k poznání, že neexistuje samostatný psychoterapeutický přístup, jež by mohl být označen za „dost dobrý“. Šití terapie na míru, tzv. tailoring, může být uskutečněno prostřednictvím integrace přístupů v psychoterapii, jejímž záměrem je spojit teorie a praktické intervence různých psychoterapeutických škol ve prospěch pacienta/klienta. Autoři Prochaska a Norcross (1999) ve své publikaci popisují společné faktory všech přístupů. Mezi ně patří pozitivní očekávání, terapeutický vztah, Hawthornský efekt, emoční uvolnění, objasnění a interpretace, posílení, desenzibilizace, rituály, konfrontace s problémem a nácvik dovedností.

Integrativní přístup je typický tendencí překonávat rozdíly mezi jednotlivými psychoterapeutickými školami a fokusovat se na funkční základní mechanismy změny v psychoterapii. V praktické rovině je kladen důraz na jednotlivé fungující fragmenty jednotlivých psychoterapeutických přístupů a jejich obohacení v klinické praxi ve prospěch klienta.

*„Integrativní psychoterapie vyrůstají z explicitní snahy o syntézu teoretických konstruktů a klinických intervencí, které pocházejí z dvou a vícero tradičních psychoterapeutických škol, do jednoho terapeutického přístupu. Očekává se, že tyto snahy povedou k vývoji terapeutických systémů, které budou efektivnější a aplikovatelné na širší spektrum klinických populací a problémů, než původní směry, které jsou integrovány.“ (Stricker & Gold, 2005, str. 317)*

Integrativní terapie (Vračic, 2019, str. 1, 2) *„je založena na hermeneuticko-analytické, gestalt terapeuticko-fenomenologickém a systematicko-teoreticko-behaviorálním přístupu, přitom hledá metody terapeutického postupu na základě vývoje vědeckých poznatků z oblastí vývojové, sociální a klinické psychologie, biologie, medicíny, sociologie a antropologie, a multi-disciplinárního (bio-psycho-sociální) chápání člověka jako "fyzické osoby v oblasti životního prostředí", v "kontextu a kontinuu", "v procesu neustálé změny". Integrativní terapie je zaměřena na rozvoj lidského zdraví a léčbu nemocí a poruch (bez vedlejších účinků), zmírnění útrap a pomoc řešit problémy, čehož je dosaženo prací na vědomé i nevědomé úrovni, a také hledáním a posílením ochranných faktorů a možností. V terapii se používají různé metody a techniky, které zachycují všechny úrovně osobnosti: fyzické, emocionální, kognitivní a sociální. Neomezuje se jen na klasickou psychoterapii, ale snaží se zahrnout i fyzické tělo (pohyb, odpočinek a kreativitu), také motivační, emocionální a duchovní oblast, stejně jako sféru otázek významů, životních cílů a hodnot.“*

Integrativní terapie na základě výzkumu v oblasti psychoterapie a samotné terapeutické praxe předpokládá 14 faktorů, které přispívají k úspěšnému výsledku psychoterapie (Vratic, 2019):

1. dobrý terapeutický vztah, empatické pochopení a usnadnění zkušeností kontaktů a setkání
2. emocionální podpora, pochopení a přijetí
3. pomoc v praktickém zvládnutí životních problémů
4. podpora emocionálního výrazu a aktualizace zkušeností a problémů
5. rozvíjení a poskytování vhledu a zkušenosti, smysl
6. podpora a zvyšování kompetence v efektivní komunikaci a schopnosti být ve vztahu
7. podpora tělesného vědomí a samoregulace



8. podpora schopnosti a procesu učení a zájmů, aktivace zdrojů
9. usnadňovat a podporovat tvůrčí schopnosti prožívat a konstruovat
10. pozitivní směřování do budoucnosti
11. podpora rozvoje pozitivního osobního systému hodnot
12. umožnit maximální zážitek ze sebe sama a vývoje identity a vytváření pozitivního sebehodnocení
13. práce na vytváření podpůrných sociálních sítí
14. umožnění zkušenosti solidarity

Praxe integrativní terapie zahrnuje klasické formy psychoterapie (Vratic, 2019): individuální terapie, krátkodobou fokální (kontaktní) terapii, skupinovou terapii, partnerskou/manželskou terapii, rodinnou terapii. Integrativní terapie vyvinula terapeutické metody pro konkrétní indikace, jako jsou: traumata, stres, deprese, psychosomatika, pro indikace z oboru neurologie a terminální stádium života). Na základě integrativní terapie se rozvinulo mnoho specializací, které využívají kreativní média: terapie hudbou, terapie uměním, terapie orientovaná na básně a biblioterapie, terapie hrou. Kromě toho byly i vyvinuty metody pro použití v supervizi, intervenci do sociálního prostředí, institucí a organizací a koučování.

### **3. LÉČBA ZÁVISLOSTÍ V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI HORNÍ BEŘKOVICE**

Základními prvky léčby závislostí v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice (PNHoB) jsou principy terapeutické komunity. Komunitou rozumíme léčebné společenství pacientů, kteří společně na oddělení absolvují léčebné aktivity a volný čas. Dochází k vzájemné podpoře v léčbě, dodržování režimu a společných pravidel. Součástí léčby je i zvládnutí rolí v patientské samosprávě, v jejichž rámci si pacient osvojuje zodpovědnost, schopnost plánování a vedení společenství. Každý pacient je spoluodpovědný za celkové fungování komunity a za úspěch své léčby. Nejde o pasivní čekání na jakési „opravení“ nebo zázračné „okamžité vyléčení“ ze strany odborníků, ale o vzájemnou spolupráci, kde odborníci nabízejí své zkušenosti a pacienti svůj aktivní přístup a vůli ke změně. Cílem je tedy dojít k poznání vlastní osobnosti a příčin, které vedly k závislosti, a na základě tohoto poznání započít změnu.

Mezi základní léčebné aktivity v PNHoB patří zejména skupinová a individuální psychoterapie založená na rozličných psychoterapeutických přístupech. Dále potom arteterapie, pracovní terapie, dramaterapie, přednášky, relaxace, duchovní péče, sportovní a volnočasové aktivity.

### 3.1 STABILIZAČNÍ ČÁST LÉČBY ZÁVISLOSTÍ V PNHOB

Tato fáze léčby probíhá na uzavřeném oddělení (7C), což znamená zejména omezený kontakt s vnějším světem a striktní dodržování přísných pravidel. Účelem je kromě dokončení fáze detoxifikace také směřování pacientů k vnímání síly vlastní motivace k léčbě a abstinenci. V neposlední řadě je, s ohledem na křehkost patientské motivace v této fázi léčby, třeba vytvořit bezpečné prostředí pro zahájení terapeutické části léčby.

V úvodu pobytu pacient stráví několik dnů (podle toho, jak se sám cítí a jak jeho zdravotní stav a motivaci posoudí personál včetně lékaře oddělení) v tzv. přípravné fázi, kdy se ještě neúčastní všech léčebných aktivit. V této fázi dochází k základnímu zotavení (např. zvládnutí doznívajícího abstinenciho syndromu nebo toxické psychózy), pacient se seznamuje s léčebným režimem a postupně připravuje na zapojení do komunity. U pacientů se závislostí na gamblingu je tato doba pochopitelně kratší a pacient se zapojuje do komunity téměř bezprostředně.

Po absolvování přípravné fáze je pacient zařazen do komunity pacientů, což znamená, že se již zapojuje do všech léčebných aktivit podle režimu oddělení a je veden k základnímu náhledu na problematiku závislosti. Pacient společně s terapeutickým týmem hodnotí své možnosti a motivaci k dalšímu pokračování v léčbě. Účelem je, aby si pacient plně uvědomil svou závislost a její důsledky, získal informace o závislosti a možnostech její léčby. Je podporován ke změně a k převzetí zodpovědnosti za svůj další život. Tato část léčby trvá 1-4 týdny a je zakončena zpracováním písemného elaborátu, ve kterém pacient shrnuje dosavadní poznatky o své závislosti a předkládá cíle a závazky pro navazující komplexní psychoterapeutickou léčbu na odd. 7A.

### 3.2 PSYCHOTERAPEUTICKÁ ČÁST LÉČBY V PNHOB

V případě pacientova zájmu o systematickou a dlouhodobou léčbu závislosti je po stabilizační fázi přesunut na oddělení komplexní léčby – tzv. režimové/terapeutické oddělení. Léčba zde trvá minimálně 4 měsíce (se započtením předchozího stabilizačního pobytu) s možností individuálního prodloužení až na 6 měsíců. Komplexní léčba má za cíl dovést pacienta ke kvalitnímu životu v trvalé abstinenci a motivovat jej k dalšímu doléčování po propuštění z pobytové léčby. Pacient si osvojuje principy a pravidla individuální a skupinové psychoterapie, učí se otevřeně hovořit o svých problémech a naslouchat druhým. Mapuje svůj dosavadní život, prohlubuje náhled na svou závislost, její počátky a příčiny jejího rozvoje. V soužití a komunikaci s ostatními objevuje problematické či nefunkční vzorce svého chování a snaží se je změnit. Učí se rozpoznávat včas chutě a craving po návykové látce a nachází

způsoby, jak jim odolávat. Mapuje rizikové situace, které k užívání látky vedly, a to jak vnější, společenské (kontakt s užívajícími známými, rizikové prostředí), tak osobní, vnitřní (emoční prožívání, stres, úzkosti) a učí se tyto situace zvládat bez užití návykové látky. Postupně začíná řešit vztahové i materiální problémy vzniklé jako důsledky závislosti. V poslední fázi léčby se zaměřuje na tvorbu postupných dílčích kroků ke změně svého života, plánování práce, rodinného života i volnočasových aktivit, které by nebyly rizikové pro plnou abstinenci. Plánuje a zajišťuje si doléčovací aktivity, které mu po propuštění pomohou udržet si abstinenci a pozitivní změny, které v léčbě započal (pravidelné podpůrné skupiny či psychoterapie, chráněné bydlení, u některých pacientů je vhodný návazný pobyt v terapeutické komunitě). S pokrokem do vyšších fází léčby se rozšiřují možnosti léčebných i volnočasových aktivit a kontaktu s vnějším světem, ale také se zvyšuje podíl zodpovědnosti za chod komunity.

### 3.3 VYUŽITÍ INTEGRATIVNÍ PSYCHOTERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ V PNHOB

V PNHOB dochází k využití velmi širokého spektra psychoterapeutických přístupů, metod a technik, počínaje rozdělením na individuální a skupinové formy poskytované psychoterapeutické péče. Klíčovým úkolem psychoterapeutické části léčby závislostí je pochopení pacientových příčin závislosti a jakou roli návyková látka hrála v jejich předchozích a současných životech. V této fázi dochází k nejčastějšímu použití psychodynamických hlubinných přístupů. Dalším úkolem léčby závislostí je získání dovednosti práce s myšlenkami a identifikace prožívaných emocí včetně jejich efektivního zvládnutí. K tomu jsou užívány přístupy KBT a Gestalt psychoterapie. Sociálním dovednostem a schopnostem sociálního kontaktu se pacienti učí prostřednictvím KBT, behaviorální terapie a nácviku sociálních dovedností. Speciální část tvoří snaha o narovnávání porušených rodinných a partnerských vztahů, ve které jsou uplatňovány principy systemické a rodinné terapie. Přípravu na budoucí život v abstinenci včetně zvládnutí krizových situací se pacienti učí prostřednictvím nácviku relaxačních, meditačních a imaginativních technik. Svou roli v rámci prevence relapsu hrají i neverbální techniky a nácviky komunikačních dovedností. Humanistická psychoterapie je zastoupena v podobě bezprostředního přijetí pacientů, utváření terapeutického vztahu a předání zodpovědnosti za vlastní léčbu do rukou pacientů. V neposlední řadě dochází k naplnění konceptu zplnomocnění a převzetí zodpovědnosti pacienta za svůj vlastní život.

Z výše uvedeného výčtu využívaných psychoterapeutických přístupů vyplývá, že psychoterapeutická část léčby v PNHoB naplňuje pojetí integrativní psychoterapie. Toto tvrzení můžeme opřít o skutečnost, že multidisciplinární tým PNHoB přirozeně volí takové psychoterapeutické přístupy, metody a techniky, které zohledňují nejen individualitu každého pacienta, ale zohledňují bio-psycho-socio-spirituální přístup k závislosti. Volený přístup k pacientům vychází z právě probíhající fáze jejich léčby, konkrétních příčin závislosti, maladaptivních vzorců chování, vztahových problémů a mnohých dalších aspektů jejich léčby.

## **ZÁVĚR**

V práci byla představena závislost jako složité, rozsáhlé, multidisciplinární onemocnění. Psychoterapie je klíčovým nástrojem při léčbě závislosti. S ohledem na složitost závislosti, již nejlépe popisuje bio-psycho-socio-spirituální pojetí závislosti, je zcela zřejmé, že neexistuje jednoduchý, standardizovaný postup údravy. Stejně tak není možné označit unifikovaný psychoterapeutický přístup. Rozsáhlost poskytovaných služeb na různých úrovních přímo vybízí k nutnosti přistupovat jednotlivě a individuálně nejen v rámci jednotlivých služeb, ale zejména pak k jednotlivým pacientům/klientům. Šíře záběru léčebného působení v pobytové léčbě závislosti vyžaduje volit k jednotlivým fázím léčby adekvátní psychoterapeutický přístup. Na úrovni teoretické i praktické byly prezentovány jako pro léčbu závislosti efektivní psychoterapeutické přístupy jako behaviorální psychoterapie, kognitivně-behaviorální psychoterapie, psychodynamické přístupy, Gestalt psychoterapie, systemická a rodinná terapie, arteterapie, pracovní terapie, dramaterapie a mnohé další přístupy. Tato skutečnost a toto zjištění podporují hypotézu, že právě integrativní psychoterapie je s ohledem na svůj rozsah a schopnost volit vhodný přístup ve vhodném okamžiku a individuálně na míru potřebě každého klienta, jako možná nejefektivnější přístup pro psychoterapii závislosti. Má praxe z Psychiatrické léčebny v Horních Beřkovicích potvrzuje, že se tak již dlouhodobě děje.

## POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

**Dvořáček, J. (2008).** Neurobiologie závislosti. In Kalina, K., et al. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing.

**Fišerová, M. (2003).** Neurobiologie závislosti. In Kalina, K., et al. Drogy a drogové závislosti-mezioborový přístup. Kapitola 2/2. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

**Bartošíková, I., Miovský, M. (2003).** Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti. In Kalina, K., et al. Drogy a drogové závislosti-mezioborový přístup. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

**Bartošíková, I., Miovský, M. (2003).** Hlavní psychoterapeutické přístupy. In Kalina, K., et al. Drogy a drogové závislosti-mezioborový přístup. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

**Danelová, E. (2010).** Pojetí integrace u lektorů Výcviku integrace v psychoterapii. Brno: MUNI FSS KPsy

**Kalina, K. a kolektiv. (2001).** Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Filia nova.

**Kalina, K. (2003).** Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In Kalina, K., et al. Drogy a drogové závislosti-mezioborový přístup. Kapitola 1/8. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

**Kratochvíl, S. (1997).** Základy psychoterapie. Praha: Portal.

**Kratochvíl, S. (2017).** Základy psychoterapie. Praha: Portal.

**Kudrle, S. (2003).** Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K., et al. Drogy a drogové závislosti-mezioborový přístup. Kapitola 2/1. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

**Kudrle, S. (2008).** Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In Kalina, K., et al. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing.

**Mravčík, V. a kol. (2016).** Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

**Nykodým, P. (2017).** Faktory ovlivňující úspěšnost léčby závislostí v terapeutické komunitě. Ústí nad Labem: UJEP FSE KSP

**Norcross, J. C., Wampold, B. E. (V tisku).** What Works for Whom: Tailoring Psychotherapy to the Person. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67(2), s. 1-6.

**Prochaska J. O., Norcross J. C. (1999).** Psychoterapeutické systémy. Praha: Grada Publishing

**RVKPP. (2015).** Standardy odborné způsobilosti služeb pro zařízení a programy poskytující odborné adiktologické služby. (online). From: [http://www.cekas.cz/sites/default/files/u6/Standardy\\_odborne\\_zpusobilosti\\_uprava\\_zari\\_2015.pdf](http://www.cekas.cz/sites/default/files/u6/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf).

**Stricker, G., & Gold, J. (2005).** Integrative approaches to psychotherapy. In A. S. Gurman, & S. B. Messer, *Essential Psychotherapies* (s. 317 - 349). New York: Guilford Press

**Vágnerová, M. (2004).** Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál.

**Vracic, I. (2019).** Integrativna terapija. (online). From: <http://www.gestalt-drustvo.hr/o-gestalt-psihoterapiji/integrativna-terapija-eag-fpi>

**Wallace, J. (1999).** Teorie modelu 12 kroků. In. Rotgers, F., et al. Léčba drogových závislostí. Praha: Grada publishing.

<https://www.pnhberkovice.cz/cs/pro-pacienta/primariaty/specializovana-pece-1>

## **Specifika psychoterapie u osob s narušenou komunikační schopností s počátkem v dětském věku**

**Tereza Pucholtová - Cajthamlová**

Existuje množství odborných definic psychoterapie, pokud se však zeptáme laické veřejnosti „Co je psychoterapie?“, budou odpovědi pravděpodobně obsahovat slova jako „rozhovor, povídání či mluvení“. Komunikace je nezpochybnitelně základním kamenem psychoterapie, často je na ni nahlíženo jako na léčbu slovem. A ačkoliv neverbální prostředky jako je mimika, gestika či tón hlasu poskytují v terapeutické interakci množství důležitých informací, nelze opomenout, že verbální komunikace je zásadní pro většinu psychoterapeutických intervencí. Řeč představuje hlavní prostředek sdělování obsahu myšlenek, emocí a zkušeností mezi terapeutem a klientem. Nedostatečné schopnosti v této oblasti tak mohou výrazně komplikovat terapeutický proces.

### **Klienti s narušenou komunikační schopností**

Narušená komunikační schopnost (NKS) je velmi široký pojem, který zahrnuje mírné odchylky od normy i velmi závažné obtíže v komunikaci. K narušení komunikační schopnosti dochází tehdy, když je jedna nebo více jazykových rovin zasažena natolik, že neumožňuje nebo znesnadňuje vyplnit komunikační záměr. Projevy tak mohou být znatelné na foneticko-fonologické, morfologicko-syntaktické, lexikální i pragmatické rovině. Zasažena může být verbální i neverbální komunikace, expresivní i receptivní rovina řeči, psaná i mluvená řeč. Narušenou komunikační schopnost pak můžeme klasifikovat nejen na základě toho, jakou oblast komunikace zasahuje, ale i s ohledem na dobu vzniku poruchy či na její etiologii. Existuje tedy i mnoho různých klasifikačních systémů.

Ačkoliv se většina informací v této práci dá vztáhnout na široké spektrum klientů s NKS v příkladech se vzhledem ke své praxi zaměřím především na skupinu dospělých klientů, kteří mají dlouhodobé potíže ve verbální komunikaci, s kořeny obvykle v dětství (konkrétně na vývojovou dysfázii a koktavost), a jejichž potíže zároveň nevychází z jiné primární diagnózy (např. poruchy autistického spektra, mentální retardace, sluchové postižení, apod.), tedy jsou nesymptomatické. Pro tyto poruchy je typické i to, že není na první pohled zřejmé, že se daná osoba potýká s nějakým omezením.

Projevy NKS jsou velmi individuální i u jedinců se stejnou diagnózou, a ani dopad jazykových obtíží na vývoj jednotlivce tak není jednoduše predikovatelný. Výzkumy však ukazují, že potíže v komunikaci v dětském věku jsou zásadním faktorem ve vývoji osobnosti (McCormack et al., 2018), což je dobré zohlednit i v rámci dynamiky osobnosti dospělého klienta s NKS.

Nedostatky ve verbální komunikaci v dětství zároveň souvisí s narušením sociálních dovedností, omezenými akademickými a pracovními příležitostmi (McCormack et al., 2009) a některými psychickými poruchami, které se mohou manifestovat i v dospělosti (Brownlie et al., 2015; Iverach & Rapee, 2014).

### **Specifika klientů s vývojovou dysfázií**

Vývojová dysfázie je porucha, která se manifestuje již v raném věku. Pro její diagnostiku je zásadní, že jazykové schopnosti dítěte (v expresivní či receptivní rovině řeči) jsou signifikantně horší než schopnosti jeho vrstevníků, neverbální intelekt přitom není narušen a nejedná se o doprovodný příznak jiné poruchy (např. PAS). Děti tak později mluví, dělá jim potíže tvořit gramaticky správné věty, vyprávět příběh a jejich řečový projev je často nesrozumitelný, pokud je narušena i receptivní složka řeči mají děti potíže i s porozuměním. Při včasné diagnostice a adekvátní péči, která zahrnuje především intenzivní logopedickou práci, se jazykové schopnosti dětí s vývojovou dysfázií výrazně zlepšují. Ve školním věku v klinickém obrazu ubývá potíží v mluvené řeči a naopak se začínou projevovat potíže související s psaním, čtením a porozuměním čtenému textu (AKL b.; n. d.). Obzvláště u těžších případů (především u dysfázie receptivního typu) jazykové potíže přetrvávají až do dospělosti. Jejich charakter se mění (komunikační nejistota, obtíže s pracovní pamětí a kognitivní flexibilitou), zlepšuje se schopnost jedince se se svým omezením vypořádat, přesto mohou potíže jedince limitovat v osobní i profesní sféře (McCormack et al., 2009). Potíže v komunikaci navíc často vedou k pocitům studu, frustrace, úzkosti či sociální fobii přetrvávající do dospělosti (Brownlie et al., 2015), případně mohou i v dospělosti vést k emoční labilitě, nepřiměřenému chování či agresivitě (AKL b.; n. d.). Výzkumy ukazují, že u dětí s vývojovou dysfázií jsou často narušeny přátelské vztahy i sociální interakce obecně, většina z nich se potýká i s problémy v akademické sféře (McCormack et al., 2009).

### **Kazuistika** (Orrego et al., 2023)

*Žena (30 let), bilingvní prostředí AJ-ŠJ, vývojová dysfázie diagnostikována v předškolním věku (ve 4 letech), středně těžká až těžká symptomatika, potíže v expresivní i receptivní řeči.*

*U této ženy byla porucha zachycena v předškolním věku, dostalo se jí intenzivní logopedické péče a zároveň dobré podpory v domácím prostředí, což vedlo k tomu, že v rámci prvostupňového vzdělávání (resp. jeho amerického ekvivalentu) došlo u dívky téměř k vymizení většiny zjevných příznaků vývojové dysfázie. Navzdory tomu se i dále v životě potýkala s velkými problémy. Na střední škole se potíže zvýraznily, protože byly kladeny velké nároky na verbální schopnosti. Dívka měla potíže se zapojením do komplexních diskuzí i se slovními úlohami v matematice, domácí příprava (psaní esejí, čtení textů) jí trvala mnohonásobně déle než jejím vrstevníkům. V období dospívání tak byla vystavena*



*akademickému neúspěchu, i přesto že školní práci věnovala velké množství času a její intelektový potenciál byl vysoký. Tyto potíže se promítly i do vyčlenění z kolektivu (které přetrvávalo již z prvostupňového vzdělávání) a vedly k pocitům osamělosti, studu a vysoké míře úzkosti. Dívka byla svými vrstevníky nejen aktivně odmítána, ale i šikanována, verbální šikanu a kyberšikanu doprovázely i občasné fyzické útoky, někdy i se sexuálním podtextem (nevhodné doteky). Na vysoké škole se jí potíže dařilo lépe maskovat i díky podpůrným opatřením, kdy využívala možnosti nahrát si přednášky na diktafon či získat zápisky od spolužáků, později přešla zcela na online výuku, která jí umožnila vzdělávání vlastním tempem. V dospělosti tedy již dokáže díky vhodné podpoře a znalosti svých limitů zvládat nároky vzdělávání obdobně jako její vrstevníci. Přesto se i nyní v konverzaci musí často ptát „Co?“, ačkoliv mluvčího dobře slyšela, potřebuje delší čas na zpracování. I nadále občas předstírá porozumění vtipům či idiomům, pokud obsahují abstraktní výrazy, ve snaze nevyčnívat mezi přáteli. I v současnosti se jí stává, že když domluví, tak na ni druzí jen zmateně zírají.*

Ačkoliv se jedná o kazuistiku z anglofonního prostředí i v českém prostředí se v praxi setkávám s obdobnými obtížemi převážně u dospívajících, kteří již zakončili logopedickou péči. Mívají obtíže udržet v hlavě složitější instrukce, porozumět textu, bývá obtížné je rozmluvit a v konverzaci užívají některá slova neadekvátně, v hlučnějším prostředí hůře rozumí a někdy raději předstírají porozumění, než aby se opakovaně ptali. Kromě výukových potíží je do psychologické ordinace přivádí i potíže se zapojením do kolektivu vrstevníků či nízké sebevědomí.

### **Specifika klientů s koktavostí**

Balbuties, neboli koktavost, je porucha plynulosti řeči, která nejčastěji vzniká v dětském věku (první příznaky jsou patrné obvykle okolo 3,5 let). Jsou pro ni typické dysfluence v řečovém projevu (opakování, protahování, bloky), nadměrná svalová námaha při mluvení a psychická tenze, která se objevuje v reakci na zadrhnutí. Při včasné logopedické péči v raných stádiích poruchy a při vhodném přístupu rodičů a okolí k dítěti má tato porucha dobrou prognózu (úplnou plynulost). U dospělé populace je výskyt koktavosti 1-2 % (tzv. chronická koktavost), přičemž jde o přetrvávající poruchu z dětství. V projevu se objevují všechny tři výše popsané skupiny příznaků. Dospělí mají často tendenci své neplynulosti maskovat a v projevu se tak mohou objevovat slovní vmetky, či opisování obtížných slov. Snaha vyhnout se zadrhnutí může vést k vyhýbavému chování až logofobii (AKL a.; n. d.).

Ačkoli někteří lidé s balbuties žijí plnohodnotné životy bez ohledu na své řečové obtíže, mnoho dospělých se v důsledku poruchy od dětství potýká s nízkým sebevědomím, negativním sebeobrazem a s problémy v sociálních vztazích. Stranění se společenského života u nich často ovlivňuje i výběr školy a povolání. Při hledání zaměstnání bývají vystaveni diskriminaci

(Plexico et al., 2019) Výzkumy ukazují, že lidé s balbuties se častěji potýkají se strachem, úzkostí, frustrací a obecně vyšší mírou stresu. U žen s balbuties se navíc může zvyrazňovat závislé chování, kdy často nechávají komunikaci na svých partnerech (Nang et al., 2018).

### **Kazuistika**

*Žena, 40 let. Do terapie přišla kvůli své poruše řeči. Prošla již mnoha intervencemi, přesto se potíže často vraceli. Potíže u ní přetrvávaly od dětství, měly nekonstantní charakter, ale v době, kdy byla žena pod velkým stresem, se její projev stával téměř nesrozumitelným. Postupně se u ní rozvinula logofobie, kterou byla žena schopna občas překonat při vyřizování potřeb dětí, jinak veškerou komunikaci vyřizoval manžel, s nímž byla ve vztahu již od adolescence. Žena se po odstěhování z města na vesnici, začala vyhýbat veškeré komunikaci se sousedy s tím, že pro ni bylo přijatelnější, aby ji měli za namyšlenou, než za koktavou a hloupou. Dlouho si dokázala udržet práci v gastronomii jako servírka, preferovala práci v centru města, kde mohla jednat se zákazníky v angličtině, v níž byl její projev plynulejší. Po čase však o práci přišla vlivem Covidu a kvůli její poruše se jí nedařilo sehnat místo nové. Postupem času se u ní rozvinuly významné úzkosti a deprese, spojené s obavami, jak její komunikační potíže ovlivní názor ostatních na její mateřské kompetence. (Další podrobnosti k její cestě terapií viz níže.)*

### **Vybraná specifika psychoterapie u klientů s NKS**

Množství doporučení v této kapitole je přirozenou součástí psychoterapeutického procesu. U klientů s NKS je však dobré si zvědomit i některé jinak automatické postupy v terapeutické práci, aby byl minimalizován negativní vliv nedostatečně efektivní komunikace na terapeutický proces a výsledky psychoterapie.

### **Navázání vztahu a získání důvěry**

Vytvoření bezpečného prostředí je pro terapeutickou práci zásadní. Osoby s NKS se při navazování vztahů potýkají s množstvím překážek, které vycházejí z obtížné komunikace. Baylor et al. (2011) ve svém výzkumu dospělých se získanou poruchou řeči (závěry lze však aplikovat i na poruchy řeči přetrvávající z dětského věku) vymezují dvě kategorie překážek, s nimiž se lidé s NKS potýkají při komunikaci s okolím: funkční překážky (dokázat se domluvit) a emoční překážky (nebýt emočně zasažen). Lidé s NKS musí často svou řeč zjednodušit, více spoléhat na technologie a neverbální komunikaci, zapojit blízké, kteří komunikují za ně, často musí o svých potížích aktivně informovat ostatní a požádat je o specifický přístup. Mohou se tak cítit, že jsou na druhé koleji, jsou frustrovaní, nervózní, mají strach z toho, co si o nich budou ostatní myslet, cítí se zranitelní, limitovaní, nejistí. Často se tak raději některým situacím vyhýbají. Překážky se samozřejmě liší v závislosti na situaci a jedinci, např. charakteristiky

okolí (hluk, skupina lidí, rychlost, délka a téma konverzace) či komunikační partner (se známými se obvykle komunikuje lépe, někdy mají ale lidé v okolí se znalostí diagnózy tendenci odhadovat jedincovy schopnosti, aniž by reflektovali jeho skutečný stav).

S ohledem na tyto překážky je třeba již na začátku terapie myslet na určitá základní pravidla komunikace, která mohou podpořit vytvoření rovnocenného a bezpečného vztahu mezi klientem s NKS a terapeutem. I jednoduché úpravy prostředí nebo zaběhnutých postupů mohou výrazně zlepšit dostupnost psychoterapeutických služeb pro klienty s NKS.

Pokud klient s NKS vyhledává zdravotnickou službu, do které lze zařadit i psychoterapii (ve smyslu léčby psychoterapeutickými prostředky), může se dostat do situace, kdy mu jeho komunikační omezení neumožní získat dostatek informací a kvalitně se zapojit do rozhodovacího procesu. V USA proto vytvořili program pro zdravotníky, který se zaměřuje na zvýšení jejich kompetencí při komunikaci s osobami s NKS (tab. 1). Je založen na technikách vycházejících z logopedie a opírá se o výzkumy dokumentující zkušenosti osob s narušenou komunikační schopností v oblasti poskytování zdravotnické péče. Snaží se odborníkům poskytnout jednoduchá vodítka pro efektivní a citlivou práci s touto širokou skupinou pacientů a umožnit pacientům podílet se na spolurozhodování o léčbě (Burns et al., 2012; Baylor et al., 2019).

<b>Tab. 1: FRAME</b>		
F	Familiarize  Seznamte se	Seznamte se se způsobem, jakým pacient komunikuje předtím než zahájíte lékařskou intervenci: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeptejte se pacienta na jeho komunikační preference , popř. komunikační strategie, které je zvyklý užívat</li> <li>- Zhodnoťte, jak dobře pacient rozumí tomu, co říkáte (nestačí se pouze zeptat „Rozumíte tomu, co říkám?“)</li> <li>- Ujistěte se, že pacient má způsob, jak se vyjádřit</li> <li>- Ujasněte si roli ostatních přítomných (např. rodiny) a zda si pacient přeje, aby byli zapojeni do komunikace (pomáhali mu komunikovat)</li> </ul>
R	Reduce rate  Zpomalte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poskytněte pacientovi dostatek času na zpracování informací a na zformulování odpovědi</li> <li>- Pokud má pacient potíže s porozuměním, mluvejte pomalu a informace poskytněte po malých částech</li> <li>- Buďte trpěliví a ujistěte pacienta, že je v pořádku, když si dá na odpověď čas</li> </ul>
A	Assist patient with communication  Pomozte pacientovi s komunikací	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buďte ochotni pomoci pacientovi vyřešit např. technické potíže</li> <li>- Potvrďte si, že dobře rozumíte tomu, co vám pacient sděluje</li> <li>- Řekněte pacientovi, pokud něčemu ne zcela rozumíte, nepředstírejte, že jste rozuměli</li> <li>- Buďte flexibilní a vyzkoušejte různé strategie, dokud nenajdete tu, která funguje, stejný pacient může potřebovat různé strategie v různých chvílích</li> <li>- Využívejte, co nejméně omezující způsoby komunikace, neomezujte pacienta na odpovědi ANO/NE, pokud je schopen širšího repertoáru odpovědí</li> </ul>
M	Mix communication methods  Používejte různé komunikační metody	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nespolehejte čistě na verbální komunikaci, nebojte se věci ukázat</li> <li>- Využívejte neverbální komunikaci, obrázky, písmo, kresbu</li> <li>- Mějte k dispozici komunikační pomůcky (obrázkové či abecední tabulky, bílou tabuli a fixy)</li> <li>- Využívejte různé modality, abyste pomohli pacientům s potíží v porozumění pochopit sdělení</li> <li>- Podpořte pacienty s expresivní poruchou řeči, aby využili různé modality k vyjádření svých myšlenek</li> <li>- Dopřejte dostatek času pacientům, kteří užívají AAK přístroje, aby mohli zadat svou odpověď</li> </ul>
E	Engage patient to respect autonomy  Zapojte pacienta a respektujte jeho autonomii	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mluvte přímo na pacienta (pokud je přítomna rodina, mají vám pomoci komunikovat s pacientem, ne komunikovat za něj)</li> <li>- Nemluvte na pacienta svrchu – držte svůj tón přirozený, respektující a přiměřený věku pacienta</li> <li>- Zeptejte se pacienta, jestli je pro něj v pořádku, pokud budete odhadovat, co se vám snaží sdělit, někteří pacienti považují hádání za nezdvořilé</li> <li>- Interagujte stejně jako byste mluvili s jinými pacienty, včetně sociálních zdvořilostí, dotazování se na pacientův pohled a poskytnutí všech informací a edukace</li> </ul>
Volně přeloženo dle Burns et al. (2012); Baylor et al. (2019).		

Množství doporučení uvedených v tab. 1 lze aplikovat i v českém prostředí v případě psychoterapeutické práce s klienty s NKS.

**Seznámení se způsobem komunikace klienta:** Už v rámci úvodního sběru anamnézy je dobré se klienta zeptat na vývoj řeči a případně se doptat na podrobnosti obtíží. U dospělých klientů s vývojovou dysfázií je důležité zjišťovat nejen přetrvávající potíže v řeči a porozumění ale i specifické hlubší obtíže např. s pracovní pamětí či při práci s textem. U klientů s vývojovou dysfázií je zároveň velmi důležité ověřovat porozumění. Někteří ve snaze zakrýt své obtíže odpovídají na otázku, zda rozumí, kladně, aniž by si byli jistí a snaží se sdělení odvodit z kontextu. Z praxe mohu uvést např. dívku, která již po ukončení logopedické péče pro vývojovou dysfázií přišla na psychologické vyšetření. V kresebném testu, kdy měla nakreslit PÁNA. Bylo zjevné, že jí instrukce přijde zvláštní, instrukci jsem tedy zopakovala. Dívka se pustila do kreslení a nakreslila PÁNEV. Tento příklad je spíše úsměvný, ale ukazuje jeden z možných přetrvávajících problémů u vývojové dysfázie, obtíže s rozlišováním některých zvukově podobných slov, a zároveň naznačuje způsob skrývání tohoto oslabení, předstírání porozumění, odvozování z kontextu. Při vysvětlování abstraktních terapeutických konceptů nebo při užívání metafor mohou být někteří klienti zcela ztraceni, a přesto souhlasně kývat hlavou. Je tedy dobré myslet na ověřování porozumění otevřenými otázkami a klienta podpořit v doptávání se, pokud mu není jasné, o čem mluvíte. Sběr anamnézy s tematizací poruch řeči může pomoci i klientům s balbuties, tím, že vytvoří prostor pro otevřený rozhovor o komunikačních potížích klienta. Omezí se tak pravděpodobnost, že se klient ve snaze své potíže skrývat bude např. vyhýbat určitým tématům, ze strachu, aby se nezadrhnul. Při komunikaci s klienty s vývojovou dysfázií může být užitečná i znalost angličtiny, klienti tento neflektivní jazyk často využívají, aby si dopomohli v komunikaci.

**Zpomalení tempa:** V rámci psychoterapeutických sezení u pacientů s NKS je důležité dbát na klidné tempo řeči. U skupiny klientů s vývojovou dysfázií může pomalejší tempo pomoci k lepšímu porozumění a zároveň dává klientům více prostoru pro doptání. Omezí se tak riziko, že budou obtíže v porozumění maskovat přikyvováním. Zároveň je klientům s vývojovou dysfázií i s balbuties důležité poskytnout dostatek času a prostoru na formulaci odpovědi.

**Pomoc s komunikací:** V běžné nespécializované psychoterapeutické praxi není pravděpodobné, že by se terapeut setkal s klienty, kteří využívají alternativní či augmentativní komunikační prostředky (komunikační tabulky, karty apod.). I klienti s lehčí formou NKS však mohou v běžném terapeutickém kontextu narážet na své komunikační limity. V praxi jsem se setkala např. s pacientem s balbuties, který měl potíže s telefonickým kontaktem s recepcí, velmi problematické pro něj bylo objednávání termínů. Téma potíží s telefonováním otevřel až po konfrontaci s jeho nepravděpodobnou docházkou do terapie. Řešením bylo upravit zavedenou praxi pracoviště a nabídnout klientovi možnost objednávat se emailem. U klientů s vývojovou dysfázií je také důležité snažit se minimalizovat ruchy v prostředí (například hluk z ulice, zvuky z čekárny), které by mohli rozptylovat jejich pozornost a znesnadňovat porozumění.

**Různé způsoby komunikace:** V dospělosti jsou poruchy řeči často nekonstantní a jejich charakter se mění i v závislosti na emočním rozpoložení klienta, či míře jeho únavy. Je tedy důležité komunikaci v psychoterapii přizpůsobovat aktuálnímu stavu klienta. Vhodné je neomezovat terapii pouze na mluvené slovo, ale využívat nejrůznějších podpůrných prostředků (terapeutické karty, tabulky, doprovodné ilustrace abstraktních konceptů při edukaci). Usnadnit práci a navázání kontaktu s klientem mohou i nejrůznější neverbální techniky např. pohybové či kresebné. Porozumění často podpoří i vhodná ilustrační gestikulace či mimika, důležité je však tyto projevy nepřehnat. Pro lepší návaznost terapie je možné se s klientem domluvit na závěrečném společném sepsání krátkého shrnutí terapie, které si bude moci odnést domů.

**Autonomie klienta:** U klientů s omezením, které není terapeutovi vlastní, je obzvláště důležité si dávat pozor na přístup ke klientovi. Poruchy řeči mohou v terapeutovi snadno vyvolat potřebu klienta nadměrně podporovat a ubírat mu tak na autonomii. *Jedna má klientka např. preferovala si s lidmi psát na chatu, protože když s ní mluvili, vyjadřovali se jako by byla hloupá, používali jednoduché věty, pomalé tempo, někdy měli i tendenci za ni rozhodovat.* Lidé s koktavostí se také často setkávají s tím, že je jejich okolí netrpělivé a dořikává za ně slova, nebo si rovnou domýšlí jejich komunikační záměr či emoce. Nang et al. (2018) uvádí případ dívky, kterou po zadržnutí před třídou učitelka posadila s ujištěním, že se nic neděje. Místo aby se dívka cítila podpořena, připadal si zahanbeně a neschopně. V minulosti jsem měla negativní zkušenost s recepcí na jednom pracovišti, kdy ve snaze vyhnout se obtížné komunikaci s téměř dospělým klientem s NKS, jej úmyslně obcházel a komunikovali jen s rodiči. Od klientů s NKS je dobré mít stejná očekávání jako od kohokoli jiného, ale zároveň je důležitá otevřenost vůči jejich specifickým potřebám. Zásadní je neusuzovat podle vlastních představ o tom, co klient potřebuje, ale i přes náročnost komunikace, dojednat vše přímo s klientem.

### **Cíl terapie, zakázka klienta a rozdělení rolí v interdisciplinárním týmu**

Klient s NKS může přicházet do terapie s celou škálou obtíží, které s jeho poruchou více či méně souvisí. V praxi se primárně setkávám se dvěma skupinami klientů s historií NKS. Do první se řadí klienti, které přivedla přímo jejich porucha, nebo je kvůli ní odeslal logoped, a ti pak chtějí pracovat na odstranění obtíží v komunikaci. Do této skupiny spadají v mé praxi především klienti s balbuties a selektivním mutismem (v tomto případě většinou vyhledávají péči rodiče dětí s těmito potíží), někdy i klienti s breptavostí. Druhou poměrně rozsáhlou skupinu tvoří vzhledem k charakteru mého pracoviště (logopedická klinika) klienti, kteří chtějí v terapii řešit obtíže (zdánlivě) nesouvisející s NKS, ale kteří mají zároveň v anamnéze závažnější poruchu řeči, která v menší či větší míře přetrvává. Osobně mám zkušenost především s klienty s vývojovou dysfázií, mohou sem však spadat i klienti s jakoukoli jinou

poruchou (např. dyslalií, dysartrií, ale i s výše zmíněnou koktavostí a breptavostí). U této skupiny klientů se tvorba zakázky příliš neliší od ostatních klientů, maximálně může být nutné modifikovat způsob komunikace, viz výše.

V případě první skupiny je psychoterapeut často pouze jedním z odborníků, kteří se na léčbě klientových obtíží podílí, většinou je do péče zapojen logoped, popř. i psycholog, psychiatr či neurolog. Výzkumy ukazují, že někdy může záměr různých odborníků dokonce v přímém rozporu a to např. u souběžné logopedické terapie koktavosti a psychotherapeutické intervence zaměřené na sociální fobii, logopedi mohou svým pacientům doporučovat různé způsoby zabezpečovacího chování, které vede ke snížení projevů neplynulosti, toto zabezpečovací chování má obvykle charakter vyhnutí se komunikační situaci, která způsobuje nadměrnou úzkost, psychoterapeut pracující s klientem na sociální úzkosti, ale může naopak ve stejné chvíli doporučovat postupnou expozici těmto situacím (Lowe et al. 2021). Aby nedocházelo k těmto střetům je ideální vytvoření interdisciplinárního týmu, kde si jsou všichni vědomi svých kompetencí a pravidelně spolu komunikují, ovšem i jednorázová konzultace mezi ošetřujícími odborníky může pomoci k jasnějšímu vymezení rolí v procesu léčby.

Pro psychoterapeuta je v případě klientů, kteří žádají podporu při práci s NKS, velmi důležité být si vědom svých schopností a dobře reflektovat, zda má dostatečné znalosti a dovednosti potřebné k práci s danou diagnózou. O poruchách řeči se v řadách laické veřejnosti totiž šíří množství mýtů a polopravd. I sami klienti tak často přichází s nerealistickými očekáváními a existuje riziko, že se terapeut nechá strhnout klientovým přístupem a nastaví společně s ním nedosažitelný nebo neadekvátní cíl, který je mimo jejich společné možnosti. Typickým příkladem je koktavost. Klienti často chodí se zakázkou: „Chci přestat koktat.“ Pokud nemá terapeut alespoň základní odborné znalosti o této diagnóze, může být jeho přístup ovlivněn řadou mýtů, které koktavost doprovází. Dlouho se například věřilo, že koktavost je způsobena úlekem, šokem, traumatickým zážitkem. I sami balbutici často počátky své koktavosti spojují s traumatickými zážitky (Vlasáková, 2022). Terapeut tak může nabýt mylného dojmu, že pokud s klientem zpracuje traumatický zážitek, zmizí i koktavost. V případě balbuties je však důležité pracovat především na projevech, nikoli na příčinách. U dospělých balbutiků je také nutné pracovat s očekáváním, které klient má. Důležité je klienta motivovat, ale neslibovat např. úplnou plynulost. Nadměrná očekávání mohou u balbutiků zvýšit míru psychické nepohody a frustrace, pokud se zadržávání bude objevovat i po terapeutické intervenci. Terapie dospělých balbutiků je dlouhý, náročný proces a často vyžaduje spolupráci více odborníků (logopeda, psychologa/psychoterapeuta, popř. i psychiatra), kteří by si měli být vědomi svých kompetencí a své role v péči o klienta.

## **Kazuistika**

*Žena, 40 let. Prošla poměrně nákladnou terapeutickou intervencí, kdy se jí v rámci intenzivní péče podařilo dočasně dosáhnout téměř úplné plynulosti. Po delším stresovém období v práci se neplynulosti opět zhoršily a klientce její strategie z kurzu přestaly fungovat, začala mít výčitky, že ovlivňuje i koktavost svého syna a vyhledala opět logopedickou péči. Ošetřující logopedka jí časem doporučila doplnit i psychoterapie, aby pracovala na strachu z mluvení. Péči jsme tedy zahájili se zakázkou zmírnit psychickou tenzi při zadržávání, klientka však měla za cíl „úplnou plynulost, ideálně ihned“, což vedlo k velké frustraci, když měla horší období. V rámci rozhovorů na logopedii tato klientka otevřela zásadní téma rozkolu v manželství, logopedka ze zvědavosti toto téma v průběhu intervencí rozvíjela. Náš terapeutický vztah byl tou dobou teprve v začátcích a klientka se necítila dostatečně bezpečně, aby toto téma otevřela v našich sezeních, stále tematizovala pouze situace spojené s problémy v práci a se zadržáváním při vyřizování každodenních záležitostí. Postupem času však bylo zřejmé, že je klientka depresivnější a více úzkostná, začaly jsme probírat možnost psychiatrické péče a medikace. Tehdy klientka poprvé v terapii otevřeně promluvila o strachu z reakce manžela, který z ní dělá blázna. Později vyšlo najevo, že logopedka s klientkou otevřeně mluvila o tom, že by manžela měla opustit, a po jedné psychoterapeutické intervenci, kdy jsme probíraly klientčiny možnosti, tato klientka od manžela skutečně odešla. Roztočil se kolotoč dlouhého boje o děti spojeného s výrazným strachem klientky ze ztráty dětí, psychického násilí a odmítání klientky dětmi. Během této doby klientka do terapie docházela velmi nepravidelně, většinou např. před předvoláním na OSPOD, policii, k soudu. Její psychický stav se zhoršoval a nakonec vyhledala doporučenou psychiatrickou péči. Stav klientky se významně zlepšil, až po soudním stání, které dopadlo nad její očekávání. Před soudním rozhodnutím však klientka velmi trpěla kvůli svým neplynulostem, měla velké obavy z toho, zda ji bude soud vnímat jako kompetentní matku, když se nedokáže vyjádřit. I v průběhu tohoto psychicky náročného období však měla klientka období relativní plynulosti, která nám pomohla hledat protektivní faktory a rozvíjet rezilienci. Díky tomu klientka získala pocit jistoty, že i přes své zadržávání dokáže zvládnout náročné situace. Postupem času již netrvala na úplné plynulosti, ale dokázala přijímat zadržávání jako součást svého projevu, která ji nemusí příliš omezovat.*

Zpětně vnímám, že v tomto případě došlo v počátku terapie k prohození rolí logopeda a psychoterapeuta, kdy logopedka vedená svou zvědavostí překračovala své kompetence a otevírala s klientkou psychoterapeutická témata a v psychoterapii tak zbyl prostor spíše na postupnou desenzibilizaci k projevům koktavosti v běžných situacích než na zkoumání dynamiky, která za těmito projevy je. Ačkoliv se tento stav po rozhovoru s logopedkou postupně narovnal, byla v době zhoršení klientčina stavu narušena psychoterapeutická



aliance a trvalo poměrně dlouho, než se podařilo obnovit klientčinu důvěru v terapeutický proces a zajistit tak spolupráci nad rámec krizové intervence.

### **Terapeutický vztah a protipřenos**

Klienti s nejrůznější formou znevýhodnění mohou u terapeuta vyvolávat protipřenosový strach z vlastní zranitelnosti a z toho, že by ho mohl potkat stejný osud. To může vést ke stažení se terapeuta a omezení empatie vůči klientovi (Artman & Daniels, 2010). Psychoterapeuta zvyklého především na verbální intervence mohou u klienta s NKS přepadat pochyby o relevantnosti a efektivnosti terapie. Omezená schopnost komunikovat vede k izolaci a frustraci a terapeut tak může mít obavy z toho, že frustrace z obtížné komunikace povede u klienta ke zhoršení stavu spíše než k jeho zlepšení. Když je narušena možnost vést verbální dialog, je často velkou výzvou už samotné vytvoření terapeutického vztahu, natož cílená intervence. Terapeut je připraven o své základní nástroje a může si připadat nekompetentní. Terapeutická dyáda je najednou pomyslně odhalena a obrána o ochrannou vrstvu jazyka, který dokáže myšlenky a pocity v terapii nejen odkrýt, ale stejně dobře i skrýt. To často vyvolává v terapeutovi úzkost, kterou klienti s NKS zažívají na každodenní bázi, pokud nemají vytvořeny dostatečné copingové mechanismy. Jako součást svého protipřenosu se pak terapeut může cítit zranitelný či frustrovaný, může mít obavy ze zahlcení vnitřními obsahy, které najednou nejsou ohraničeny slovy a mohou být potencionálně ohrožující (Wilson, 2006). Pro kvalitní průběh psychoterapie je tedy velmi důležité sledovat tyto protipřenosové reakce a případně včas vyhledat supervizní konzultaci.

Terapeutický vztah mohou zatížit i terapeutovy informace o mechanismu vzniku znevýhodnění a také jeho prekoncepty, které se s daným znevýhodněním pojí (Artman, 2010). Mýty spojené s NKS mohou snadno ovlivnit terapeutův postoj ke klientovi a zatížit tak terapeutický vztah. U koktavosti výzkumy ukazují na množství negativních stereotypů, které lidé vztahují na osoby s balbuties. Lidé s koktavostí jsou vnímáni jako nervózní, stydliví, úzkostní, introvertní, odtažití či nejistí (Daniels & Gabel 2004). Ve filmech jsou tyto lidé často vykreslováni jako jedinci bez sebevědomí, často svou vlastní snahou postupně získávají vnitřní sílu a přestávají zadržovat. Filmová kultura tak naznačuje, že přetrvávající koktavost je zapříčiněna nedostatkem snahy na strany jedince (Johnson, 2008). Vývojová dysfázie zase bývá nazývána poruchou dětského věku a její projevy přetrvávající do dospělosti tak může okolí snadno považovat za známku hlouposti, nevychovanosti či nepozornosti.

## **Závěr**

Při psychoterapeutické práci s klienty s NKS je důležité brát v potaz široké spektrum individuálních projevů u stejné diagnózy. NKS se navíc často pojí s řadou komorbidních psychických obtíží, mezi něž patří například úzkosti či nedostatek sebedůvěry a sociálních dovedností. Pro úspěšnou psychoterapeutickou intervenci je důležité vytvořit bezpečné a přijímající prostředí a upravit podmínky tak, aby vyhovovaly specifickým potřebám klienta. Je nutné znát své kompetence a dovednosti v oblasti poruch řeči, a pokud možno komunikovat s ostatními odborníky, kteří se na léčbě klienta podílejí. V rámci psychoterapeutického procesu je důležité dobře reflektovat i své prekoncepty o dané poruše a všítat si případných protipřenosových reakcí, které může klient s NKS v terapeutovi vyvolávat.

## **Zdroje**

AKL a. (n.d). Koktavost. <https://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--koktavost>.

AKL b. (n.d). Vývojová dysfázie. <https://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--vyvojova-dysfazie>.

Artman, L. K., & Daniels, J. A. (2010). Disability and psychotherapy practice: Cultural competence and practical tips. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(5), 442.

Baylor, C., Burns, M., McDonough, K., Mach, H., & Yorkston, K. (2019). Teaching medical students skills for effective communication with patients who have communication disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(1), 155-164. Baylor, C., Burns, M., Eadie, T., Britton, D., & Yorkston, K. (2011). A qualitative study of interference with communicative participation across communication disorders in adults.

Brownlie, E.B., Bao, L. & Beitchman, J. Childhood Language Disorder and Social Anxiety in Early Adulthood. *J Abnorm Child Psychol* 44, 1061–1070 (2016).

Burns, M. I., Baylor, C. R., Morris, M. A., McNalley, T. E., & Yorkston, K. M. (2012). Training healthcare providers in patient–provider communication: What speech-language pathology and medical education can learn from one another. *Aphasiology*, 26(5), 673-688.

Daniels, D. E., & Gabel, R. M. (2004). The impact of stuttering on identity construction. *Topics in Language Disorders*, 24(3), 200-215.

Iverach, L., & Rapee, R. M. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: current status and future directions. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 69–82.

Johnson, J. K. (2008). The visualization of the twisted tongue: Portrayals of stuttering in film, television, and comic books. *Journal of popular culture*, 41(2), 245.

Lowe, R., Menzies, R., Onslow, M., Packman, A., & O'Brian, S. (2021). Speech and anxiety management with persistent stuttering: Current status and essential research. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 64(1), 59-74.

McCormack, J., Baker, E., & Crowe, K. (2018). The human right to communicate and our need to listen: Learning from people with a history of childhood communication disorder. *International journal of speech-language pathology*, 20(1), 142-151.

McCormack, J., McLeod, S., McAllister, L., & Harrison, L. J. (2009). A systematic review of the association between childhood speech impairment and participation across the lifespan. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(2), 155-170.

Nang, C., Hersh, D., Milton, K., & Lau, S. R. (2018). The impact of stuttering on development of self-identity, relationships, and quality of life in women who stutter. *American journal of speech-language pathology*, 27(3S), 1244-1258.

Orrego, P. M. et al. (2023). A First-Person Account of Developmental Language Disorder. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 32 (4). s. 1383-1396.

Plexico, L. W., Hamilton, M. B., Hawkins, H., & Erath, S. (2019). The influence of workplace discrimination and vigilance on job satisfaction with people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 62, 105725.

Vlasáková, J. (2022). Balbuties z pohledu dospělých se zaměřením na psychologické dopady. Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova.

Wilson, S. (2006). No words to say it: Psychodynamic counselling when language is impaired. *Difference and diversity in counselling: Contemporary psychodynamic approaches*. (ed. Wheeler, S.). Red Globe Press, London. ISBN 978-0-230-20904-6. p. 105-116.

Tato práce se zabývá tématem kojení, jakožto i kojících žen, kojených dětí a vztahové vazby mezi nimi, v procesu integrativní psychoterapie. Hlavním cílem práce je podpora kojících žen v péči o své duševní zdraví. Současně lze uvažovat také o tom, že podporou kojení v psychoterapii sekundárně přispíváme zdraví somatickému, a to jak u kojící ženy, tak u jejího dítěte. Také tím pečujeme o zdravý vztahové v dyádě matka–dítě.

Výzkum zabývající se tématem kojení v psychoterapii zatím není nikterak rozsáhlý. Vědecké práce se spíše zabývají širší oblastí, a to vztahem mezi duševním zdravím a kojením. Řada odborných článků se již shoduje v tom, že psychické obtíže mohou vést k předčasnému ukončení kojení. To s sebou může nést pocity selhání, nedostatečnosti, viny a další negativní prožitky, z nichž se některé mohou rozvinout v dlouhodobější obtíže a znovu se objevit např. při dalším dítěti nebo jindy v pozdějším životě.

Začínají se však také objevovat studie poukazující na pozitivní dopady psychoterapie jak na psychické prožívání kojících žen, tak na kojení samotné. Zároveň existují poznatky o tom, že kojení pozitivně působí na psychický stav žen. Kojení a psychoterapie se tedy ovlivňují obousměrně. Tato výhoda se nabízí k využití i v psychoterapeutickém procesu.

### **Kojení jako všestranná profylaxe**

Vymětal (2004, s. 20) k definici psychoterapie uvádí následující: „*Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciární prevencí) poruch zdraví.*“ Je-li tedy údělem psychoterapie podporovat zdraví, pak do této oblasti spadá i podpora kojení.

O důležitosti kojení se jednoznačně vyjadřuje Světová zdravotnická organizace. Ta doporučuje kojení kdykoliv na požádání dítětem, a to do 2 let věku a později (WHO, nedatováno). Z tohoto vyplývá, že kojení optimálně trvá roky. Délku kojení v letech dokládá také metaanalýza publikovaná v roce 2020 (Brown et al.), dle které činí

medián věku pro samoodstavení dítětem od kojení 35 měsíců, přičemž autoři zaznamenali celkové rozpětí 16 až 50 měsíců. Téma dlouhodobého, respektive normálně trvajících kojení a samoodstavení v českém jazyce popisuje článek organizace MAMILA (nedatováno).

V České republice se zatím nedaří dosáhnout cíle WHO, kterým je 50 % výlučně kojených dětí v prvních 6 měsících věku. V Česku je v půl roce věku kojeno přibližně jen 38 % dětí (Halaštová, 2019).

Co se týče významu kojení, má zásadní vliv jak na zdraví dítěte, tak jeho matky (AAC, 2012). Pro dítě je důležité nejen z hlediska výživy a imunity, ale mimo mnohé další benefity také pomáhá při budování emoční vazby mezi ním a matkou (AAC, 2012). Podrobněji se benefitům kojení na dlouhodobé zdraví dětí věnuje publikace WHO (Bernardo et al., 2013).

Kojící ženě pak přináší ochranu před rakovinou prsu a vaječnicků, snižuje riziko rozvoje diabetu 2. typu a v neposlední řadě pozitivně ovlivňuje načasování věkového rozdílu mezi dětmi (Victoria, 2016). Další studie přinesla poznatky o tom, že chrání cévy a srdce žen a je prevencí kardiovaskulárních onemocnění (Peters et al., 2017). Před kardiovaskulárními onemocněními jsou kojící ženy dokonce chráněny tím více, čím delší dobu kojí (Schwarz et al., 2009).

Pozitivní vliv má kojení také na sílu kostí žen, kdy kojení chrání před osteoporózou (Wiklund et al., 2012). Za zmínku s ohledem na tělesné zdraví také stojí poznatek, že kojící ženy zpravidla snáz a rychleji zhubnou (McClure et al., 2011). Pozoruhodné je také zjištění, že kojící ženy spí oproti ženám podávajícím dětem umělou výživu každou noc v průměru déle o 40 až 45 minut (Doan et al., 2007).

Následující odstavce stručně shrnou dosavadní poznání o psychickém zdraví kojících žen.

### **Duševní zdraví a kojení**

Studie z roku 2008 například zjistila, že ženy s depresí ve své anamnéze zahájí kojení s menší pravděpodobností a současně s větší pravděpodobností ukončí kojení

předčasně, oproti ženám bez deprese. Pozdější výzkum pak přinesl poznatky o tom, že podpora při řešení psychických potíží psychologickými intervencemi, jako je například psychoterapie, může mít pozitivní efekt na průběh kojení (Borra et al., 2015).

Na toto navazuje článek z roku 2021 (Gómez et al.), který poukazuje na větší význam psychoterapeutické podpory při kojení oproti běžnému poradenství. Dodává též, že na míru šité relaxace pomáhají redukovat prožívaný distres a také sekundárně zlepšovat kojení.

V korejské studii (Park & Choi, 2019) pak byla zkoumána délka kojení a její vliv na výskyt deprese v období po menopauze. Výsledky ukázaly, že ženy, které za život kojily v kuse nebo dohromady (tedy jedno či více dětí) 47 měsíců nebo více, měly o 67 % nižší pravděpodobnost depresivního onemocnění.

V rozsáhlé metaanalýze (Fitelson et al., 2010) se autoři zabývali mimo jiné nefarmakologickou léčbou poporodní deprese. Dospěli k závěru, že „interpersonální psychoterapie, kognitivně behaviorální terapie, psychodynamická psychoterapie a další podpůrné intervence, jako je telefonická peer podpora, poradenství od zdravotníků a podpora ze strany partnera pozitivně přispívají k léčbě tohoto onemocnění.

Současně ženy těží z vhodně zvolené podpory kojení a to se pozitivně odráží na jejich psychické síle, míře self-efficacy a vnímání vlastní schopnosti (Demirtas, 2012).

Za zmínku stojí také zajímavý výzkum (Kendall-Tackett, Cong & Hale, 2013) věnující se ženám po sexuálním útoku, který přišel se závěrem, že díky kojení mají tyto ženy po porodu menší obtíže spojené se spánkem a depresí, oproti ženám, které spolu s kojením ještě dokrmovaly umělou výživou anebo nekojily vůbec.

### **Kojení a psychiatrická léčba**

Problematickým termínem pocházejícím z minulosti se stala „laktační psychóza“, která je velmi zavádějící a nepřesná. Termín působí dojmem, že příčinou psychózy je laktace. Tato kauzalita nebyla vědou prokázána. Naopak je dostupná četná evidence

o tom, že kojení při rozvoji poporodní deprese či psychózy přispívá uzdravení svým ochranným efektem (Field et al., 2010, Hahn-Holbrook et al. 2013).

Kojení také snižuje míru prožívaného stresu (Mezzacappa & Katkin, 2002), pozitivně ovlivňuje náladu i spánek žen a pomáhá budovat vztahovou vazbu k narozenému dítěti. Kojení tedy účinkuje jako stabilizátor nálady.

Neméně významnou z hlediska psychické pohody je také produkce oxytocinu. Jeho vliv na psychická onemocnění se dále zkoumá, nicméně již víme o jeho regulaci sociální chování (působí na sociální rozhodování, hodnocení a reagování na sociální podněty, zprostředkovává sociální interakce a formuje sociální vzpomínky). Podrobněji se rolí oxytocinu u psychických onemocnění zabývá například studie z roku 2013 (Cochran et al.).

Nutno také dodat, že je stále ještě poměrně rozšířený mýtus, že kojící žena musí laktaci nejprve ukončit, aby se mohla psychiatricky léčit. Dnes již víme, že přínos kojení mnohonásobně převyšuje zvažovaná rizika užívání mnohých psychofarmak. Při kojení mohou být užívány například léky z řady antidepresiv (Davanzo, 2011) nebo stabilizátorů nálady (Uguz & Sharma, 2016). V každém případě je doporučováno volit konkrétní léky, které jsou stran kojení bezpečné (Fitelson et al., 2010) a individuálně zvážit léčebné benefity versus případná rizika dané medikace.

Současně není vhodné ani doporučení nekojit z „preventivních“ důvodů, např. v situaci, kdy žena psychiatricky léčena již před porodem. Takové postupy mohou vést k zbytečně prohloubeným psychickým stavům či dokonce k excesivním hospitalizacím. Opět se nabízí jako vhodné individuální posouzení možné medikace a dále lze doporučit psychoterapii.

### **Význam kojení v psychoanalýze**

V rámci psychoanalytických teorií na kojení nenajdeme unifikovaný názor. Panuje však obecná shoda, že ovlivňuje wellbeing jak dítěte, tak jeho matky.

Donald Winnicott (1987) například zdůraznil důležitost raného vztahu mezi matkou a dítětem, a to včetně kojení, z hlediska budování pocitu bezpečí a důvěry na straně

dítěte. Domníval se, že matčina schopnost reagovat na potřeby dítětem během kojení je rozhodující pro emocionální a kognitivní vývoj dítěte.

Myšlenku o pozitivním vlivu kojení na kognitivní vývoj později podpořil výzkum. Např. tato studie (Victoria et al., 2015) hovoří nejen o vyšším intelektu kojených dětí v jejich dospělosti, ale také o vyšším dosaženém vzdělání a schopnosti výdělků. Ve stejném roce byla také publikována metaanalýza (Horta et al.) se závěrem, že byla kromě vyššího intelektu také nalezena souvislost mezi kojením a kognicí. Toto kolektiv autorů považuje za podporu tvrzení, že se jedná o souvislost kauzální. Novější, pilotní výzkum z roku 2022 (AlThuneyyan et al.) pak zjistil, že v minulosti výlučně kojené dívky dosahovaly ve věku 7 až 9 let vyššího intelektu a také sociální inteligence.

Kojení se ve svých knihách věnovala také Melanie Kleinová (1997, 1998). Popsala v nich kojení jako nástroj, kterým matka dítěti zajišťuje výživu a pohodlí, což následně může ovlivňovat schopnost dítěte vytvářet si v budoucnosti zdravé vztahy. O kojení jako procesu, který dítěti formuje základ pro budoucí vztahy se vyjadřuje i lacanovská psychoanalýza (Žizek, 2014). Kleinová také naznačila, že potíže spojené s kojením nebo mateřskou péčí mohou přispět k rozvoji pozdějších psychických problémů, např. pocitům nejistoty, úzkosti a závisti.

### **Témata kojících žen v psychoterapii**

Na základě svých znalostí z certifikovaného kurzu laktačního poradenství (MAMILA, o. z.) a zkušeností s klientkami v psychoterapii či na podpůrných skupinách pro kojící ženy uvedu a okomentuji na následujících řádcích některá témata kojících žen relevantních pro psychoterapii. Nutno dodat, že se jedná pouze o subjektivní přehled témat, který je ze své povahy limitovaný a může být značně zkreslující. Ke skupinám témat si dovoluji navrhnout možné intervence.

Mezi často řešené oblasti patří obtíže v kojení. A to zejména objevují-li se v prvních dnech a týdnech po porodu, kdy se současně mnoho žen potýká také s poporodním blues. Do této skupiny často patří bolestivé či obtížné přisátí, poranění bradavek, ucpané mlékovody, záněty prsů a další. Mnohdy s sebou nesou různé obavy – z menšího přibývání novorozence či kojence, poklesu laktace, zhoršení potíží a další. Opakují-li se tyto situace, mohou se objevovat masivní úzkosti, strach z neprospívání



dítěte, pocity nekompetentnosti, beznadějí a další negativní emoce. Jejich řetězení může vést k hlubším psychickým stavům, např. k depresi. Při rozvoji takto závažných onemocnění jako je deprese může být velmi výhodné laktanční poradenství (řešení obtíží v kojení) ruku v ruce s psychoterapií (léčba psychického onemocnění), případně psychiatrickou léčbou.

Velmi náročným jevem, s nímž se kojící ženy mohou setkat, je tzv. bojkot, při němž miminko po předchozím dobrém kojení začne kojení odmítat. Překonávání tohoto jevu s pomocí laktanční poradkyně a specifického protokolu pro zvládnutí zpravidla trvá několik měsíců a je psychicky i fyzicky velice náročné. A to jak pro kojící ženu samotnou, tak pro ostatní členy rodiny. V této specifické, náročné situaci může být individuální psychoterapie velmi vhodná. S ohledem na závažné obtíže v kojení může žena ocenit její online formu, neboť jí ušetří cestování, případný stres spojený s kojením mimo domov a spíše nenaruší spánkový rytmus miminka.

Další oblastí je rodinné fungování a zvládnutí domácnosti, které jsou přirozeně příchodem dítěte značně ovlivněny. Adaptace na toto vše nové a dále na potřebu dítěte kontaktu a kojení může přinášet četné intrapsychické konflikty. Např. v situacích, kdy žena stojí před volbou, čím a jakou potřebu bude obstarávat dříve a současně chce kojit dítě dle jeho potřeb a prvních signálů. V této oblasti může být významnou pomocí laktanční a nosící poradkyně, která ženu naučí kojit dítě při nošení, což jí umožní volné ruce a případné zajišťování také potřeb svých, dalšího dítěte apod. V psychoterapii pak může být tématem nastavení priorit v péči o sebe a o druhé, říkání si o pomoc, nastavování si hranic a další.

Tématem může být také čelení nepodpoře nebo přímo kritice za kojení. Žena se může cítit pod tlakem, že stále kojí, a to z různých důvodů. Bolestivé toto bývá zejména, jedná-li se o její nejbližší. Např. o partnera nebo jeho či její rodiče. V tomto případě může být velmi přínosná podpora v komunitě kojících a účast na podpůrných skupinách pro kojící ženy. Uzná-li to žena ještě jako výhodné, může také těžit z individuální psychoterapie, v níž se lze zaměřit například na vztahovou dynamiku v rodině či s blízkými, významu kojení pro ni osobně apod.

Skloňováno mezi kojícími ženami bývá i partnerské soužití. Zvláště v tom smyslu, že péče o dítě spolu s kojením často zejména zpočátku přináší změnu v intimním soužití partnerů, rodičů dítěte. Je-li v této oblasti po určité době nesoulad, může se opět jednat o téma do psychoterapie. V ní lze hledat cesty, jak intimitu adaptovat na aktuální situaci k větší spokojenosti obou partnerů, jak o tomto komunikovat apod.

Témat z oblasti kojení se může v procesu psychoterapie přirozeně objevit mnohem více. Zkušenosti jsou individuální, stejně tak jako přístupy jednotlivých žen ke kojení samotnému. Ostatně i úvahy o nekojení mohou být významným psychoterapeutickým obsahem.

Na straně druhé se lze v psychoterapeutické praxi setkat i se zajímavými a zvláště povzbuzujícími tématy týkající se kojení, které mohou mít sekundární vliv na psychický wellbeing ženy i dítěte. Kojení je způsob péče o dítě a současně lze konstatovat, že kojení je výchova (Poloková, 2020). Například se jedná o nástroj k saturaci fyzického kontaktu. Velmi dobře zastává funkci uspávací či utišovací. Kojení je také pomocník při péči o nemocné dítě – sání prsu má analgetické účinky, kontakt kůže na kůži pomáhá termoregulaci a kojení jako takové pomáhá stabilizovat životní funkce. Kojení též funguje jako rychlý a snadno dostupný způsob výživy a hydratace dítěte kdykoliv a kdekoliv. Není k němu potřebné nic speciálního, umožňuje reagovat na dítě ihned.

Existuje také adoptivní kojení, které spočívá v podpoření nástupu laktace i v případě, že dotyčná žena miminko neporodila. Ať už někdy těhotná byla nebo ne. Laktační poradenství pro to má opět svůj postup a je šance, že se ženě podaří zahájit laktaci a kojit i nevlastní dítě. To může mít velký význam pro vznikající vztahovou vazbu mezi ženou a dítětem, mimo mnohé další přínosy. Informovaný psychoterapeut např. může ženu zvažující adopci o takové možnosti informovat a při její vůli ji na této cestě také doprovázet.

## **Závěrem**

Tato práce přinesla stručný souhrn dosavadního výzkumu z oblasti duševního zdraví kojící žen a také tématu kojení v psychoterapii. Na základě výše popsaných psychických, somatických a vztahových benefitů kojení se domníváme, že je důležité, aby měly kojící ženy možnost využívat psychoterapii. A to nejlépe v takových formách,

kteří jsou pro ně s ohledem na péči o malé děti a kojení dle jejich potřeb reálné. Takovou formou může být například podpůrná skupinová psychoterapie nebo individuální psychoterapie za přítomnosti kojeneckého dítěte tak, aby mohlo být kojeno dle jeho potřeb. Jako možnost se nabízí také online psychoterapie, která může být pro matku zejména novorozence či kojence velmi vítanou variantou snižující práh k čerpání psychické péče.

Kojení by mělo být v procesu psychoterapie po celou dobu pro mnoho svých benefitů jednak přijímáno, jednak podporováno, je-li taková vůle kojící ženy. Podobně jako je žádoucí u klientů podporovat například zdravý životní styl.

## Reference

AlThuneyyan, D. A., AlGhamdi, F. F., AlZain, R. N., AlDhawayan, Z. S., Alhmly, H F., Purayidathil, T. S., AlGindan, Y. Y. & Abdullah, A. A. (2022). The Effect of Breastfeeding on Intelligence Quotient and Social Intelligence Among Seven- to Nine-Year-Old Girls: A Pilot Study. *Frontiers in Nutrition*, Volume 9. DOI: 10.3389/fnut.2022.726042

American Academy of Pediatrics. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827-e841.

Bernardo, Horta, Cesar, Victora & World Health Organization. (2013). Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. World Health Organization.

Borra, C., Iacovou, M., & Sevilla, A. (2015). New evidence on breastfeeding and postpartum depression: The importance of understanding women's intentions. *Maternal and Child Health Journal*, 19(4), 897-907. DOI: 10.1007/s10995-014-1591-z

Brown, A., Raynor, P., & Lee, M. (2020). Breastfeeding duration and its relation to weight gain, eating behaviours and positive maternal feeding practices in infancy. *Pediatric obesity*, 15(5), e12615. DOI: 10.1016/j.appet.2016.10.020

Cochran DM, Fallon D, Hill M & Frazier JA. (2013) The role of oxytocin in psychiatric disorders: a review of biological and therapeutic research findings. *Harv Rev Psychiatry*, 21(5):219-47. DOI: 10.1097/HRP.0b013e3182a75b7d.

Davanzo R, Copertino M, De Cunto A, Minen F, & Amaddeo A. /2011ú. Antidepressant drugs and breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Med*, 6(2):89-98. doi: 10.1089/bfm.2010.0019

Demirtas, B. (2012). Strategies to support breastfeeding: a review. *International Nursing Review*. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2012.01017.x

Doan T, Gardiner A, Gay CL & Lee KA. (2007) Breast-feeding increases sleep duration of new parents. *J Perinat Neonatal Nurs*. 21(3):200-6. DOI: 10.1097/01.JPN.0000285809.36398.1b

Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Ezell S & Siblalingappa V. (2010). Depressed mothers and infants are more relaxed during breastfeeding versus bottlefeeding interactions: brief report. *Infant Behav Dev*. (2):241-4. DOI: 10.1016/j.infbeh.2009.12.006

Fitelson E, Kim S, Baker AS & Leight K. (2010). Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *Int J Womens Health*. 30;3:1-14. DOI: 10.2147/IJWH.S6938

Gómez, L., Verd, S., de-la-Banda, G. et al. (2021). Perinatal psychological interventions to promote breastfeeding: a narrative review. *Int Breastfeed J* 16, 8. DOI: 10.1186/s13006-020-00348-y

Hahn-Holbrook J, Haselton MG, Dunkel Schetter C, & Glynn LM. (2013). Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?: A prospective study from pregnancy to 2 years after birth. *Arch Womens Ment Health*. 16(5):411-22. DOI: 10.1007/s00737-013-0348-9

Halaštová, E. (2019). Půl roku po porodu kojí jen třetina matek. Neumí si poradit, když je kojení problém. *Aktuálně.cz*. Získáno 29.4.2023 z <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/kojeni-zdravi-dite-vyziva-materstvi/r~b3ea357082d011e98a200cc47ab5f122/>

Horta, BL, Loret de Mola, C, & Victora, CG. (2015) Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015 Dec;104(467):14-9. doi: 10.1111/apa.13139.

Kendall-Tackett K, Cong Z & Hale TW. Depression, sleep quality, and maternal well-being in postpartum women with a history of sexual assault: a comparison of breastfeeding, mixed-feeding, and formula-feeding mothers. *Breastfeed Med.* 2013 Feb;8(1):16-22. doi: 10.1089/bfm.2012.0024

Klein, M. (1997). *Envy And Gratitude And Other Works*. The Melanie Klein Trust.

Klein, M. (1998). *Love Guilt And Reparation And Other Works*. The Melanie Klein Trust.

MAMILA (nedatováno). Dlouhodobé kojení a přirozené odstavení. Získáno 28.4.2023 z <https://www.mamila.sk/cz/pre-matky/dojcenie-a/dlhodobe-dojcenie/>

Mezzacappa ES & Katlin ES. (2002). Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychol.* 21(2):187-93.

McClure CK, Schwarz EB, Conroy MB, Tepper PG, Janssen I, Sutton-Tyrrell KC (2011). Breastfeeding and subsequent maternal visceral adiposity. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 19(11):2205-2213. DOI: 10.1038/oby.2011.185

Park, S., & Choi, N. (2019). Breastfeeding reduces risk of depression later in life in the postmenopausal period: A Korean population-based study, *Journal of Affective Disorders*, 248, 13-17. DOI: 10.1016/j.jad.2018.12.081

Peters SAE, Yang L, Guo Y, Chen Y, Bian Z, Du J, Yang J, Li S, Li L, Woodward M & Chen Z. (2017). Breastfeeding and the Risk of Maternal Cardiovascular Disease: A Prospective Study of 300 000 Chinese Women. *J Am Heart Assoc.* 6(6):e006081. DOI: 10.1161/JAHA.117.006081

Poloková, A. (2020). *Vztahová výchova (e-kniha)*. Slovak edition © MAMILA, o. z.

Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, Allison MA, Ness RB, Freiberg MS & Cauley JA. (2009). Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol.* 113(5):974-982. doi: 10.1097/01.AOG.0000346884.67796.ca

Victora, C. G., Horta, B. L., Loret de Mola, Ch., Quevedo, L., Pinheiro, R. T., Gigante, D. P., Gonçalves, H., & Barros, F. C. (2015). Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil, *The Lancet Global Health*, 3(4), e199-e205. DOI: 10.1016/S2214-109X(15)70002-1

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J D, França, G. V A, Horton, S., Krasevec, J. et al. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387(10017), 475-490. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7

Uguz F & Sharma V. (2016). Mood stabilizers during breastfeeding: a systematic review of the recent literature. *Bipolar Disord*, 18(4):325-33. doi: 10.1111/bdi.12398.

Vymětal, J., a kol. (2004). *Obecná psychoterapie, 2. rozšířené a přepracované vydání.* Grada Publishing.

Wiklund, P.K., Xu, L., Wang, Q. et al. (2012) Lactation is associated with greater maternal bone size and bone strength later in life. *Osteoporos Int* 23, 1939–1945. DOI: 10.1007/s00198-011-1790-z

Winnicott, D. (1988). *Babies and Their Mothers.* Free Association Books.

World Health Organization (nedatováno). *Breastfeeding: Recommendations.* Získáno 26.4.2023 z [https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2).

Zizek, S. (2014). *Lacanian psychoanalysis and its applications.* Routledge.

## Homosexualita v psychotherapeutickém procesu

Kristýna Šulcová

Téma psychotherapeutického procesu u homosexuálních jedinců je stále aktuálním tématem. Ve své praxi i ve svém osobním životě se setkávám s lidmi a klienty s neheterosexuální orientací. Každý příběh je vždy individuální, ale dají se najít určité průsečíky, které je spojují. Vzhledem k rostoucímu uznání sexuální a genderové rozmanitosti ve společnosti. Zatímco se snižuje stigma kolem homosexuality a nárůst podpory pro práva LGBT+ komunity, stále existují zvláštní výzvy a potřeby těchto jedinců v oblasti duševního zdraví a psychotherapie. Tato práce se zaměřuje na prozkoumání psychotherapeutického procesu u homosexuálních klientů s cílem porozumět jejich specifickým potřebám, výzvám a zkušenostem v terapeutickém prostředí. Zahrnuje přístupy a zásady vhodné pro podporu vývoje identity a sebepřijetí klientů s odlišnou sexuální orientací.

### DEFINICE HOMOSEXUALITY

Definovat termín sexuální orientace je složité, protože neexistuje jednotná definice, která by vyhovovala všem kontextům a pohledům. Nicméně, obecně lze sexuální orientaci chápat jako dlouhodobý vzorec romantických, emocionálních a sexuálních atrakcí k jiným jedincům.

Rozdíl mezi sexuální orientací a sexuálním chováním spočívá v tom, že sexuální chování se odráží v jednání jedince. Zatímco sexuální chování může být ovlivněno kulturou a učením, sexuální orientace je spíše pevně zakořeněna v biologii jedince a vyjadřuje jeho dlouhodobé romantické a sexuální preference. Například někdo může vykazovat heterosexuální chování, ale mít homosexuální orientaci. Valentová (2004) navrhuje, že sexuální orientace je často determinována biologicky, geneticky nebo jinými faktory a je odlišitelná od naučených chování. Zkrátka, zatímco sexuální chování může být proměnlivé, sexuální orientace obvykle zůstává stabilní. Tento pohled zdůrazňuje, že sexuální orientace je spíše vnitřní pocit než vnější chování a má kořeny v biologii a dědictví.

Naproti sexuální orientaci se sexuální chování týká jednání, které zahrnuje intimní styk s osobou stejného pohlaví (homosexuální chování), opačného pohlaví (heterosexuální chování) nebo se ženou či mužem (bisexuální chování). Avšak člověk nemusí být zcela vyhraněný a

jeho chování nemusí vždy přesně odpovídat jeho sexuální orientaci. Například muž, který je homosexuálně orientován, se může částečně vzrušovat pohledem na ženu.

Náhražkové sexuální chování, jak popisují Brzek a Pondělíčková-Mašlová (1992), se objevuje v situacích, kdy jedinec nemá přístup k preferovaným partnerům, jako jsou vojáci v armádě, vězni nebo dospívající v internátech. Tyto osoby mohou navázat sexuální kontakt s osobou nepreferovaného pohlaví, i když jejich sexuální orientace zůstává nezměněna.

Příkladem je chování vězňů ve vězení, jak uvádí Sagarin (1976), kde nedostatek preferovaných partnerů může vést k takovému náhražkovému chování. Nicméně po návratu do běžného života se obvykle jedinci vrátí k přirozené sexuální orientaci, pokud je to možné.

Důležité je si uvědomit, že i heterosexuální osoby mohou v určitých situacích projevat homosexuální chování, zejména v adolescenci, kdy dochází k experimentování se sexualitou. Většina odborníků se nicméně shoduje na tom, že dobrovolné výstřelky sexuálního chování obvykle nemění sexuální orientaci jedince.

Existuje zásadní rozdíl v přístupech odborníků k určování sexuální orientace, a to mezi dualistickým (heterosexualita/homosexualita) a kontinuálním pojetím (různé projevy sexuální identity mezi dvěma póly). Procházka (2010) definuje sexuální orientaci jako „celoživotní, neměnný a nositelem nezapříčiněný a nezvolený stav výlučné nebo převažující erotické a citové preference osob daného pohlaví“ (Procházka, 2010, str. 107).

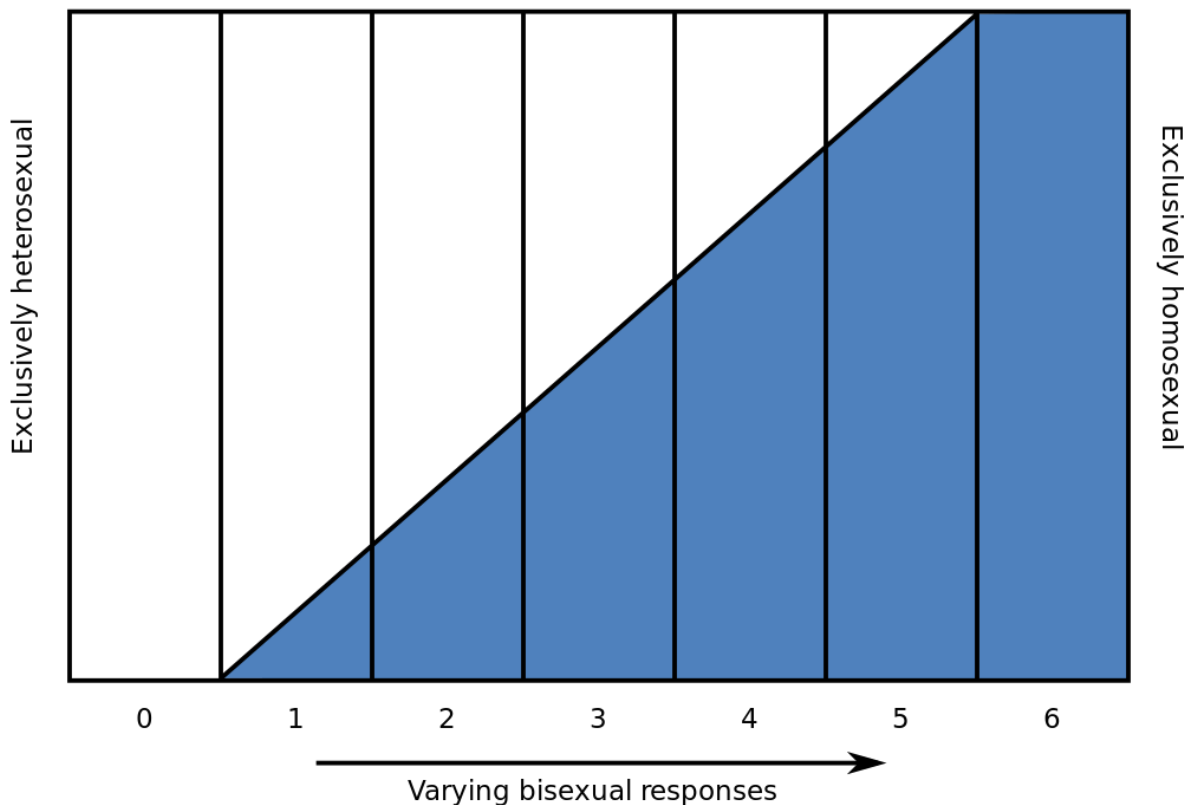
Dualistické přístupy jedince striktně zařazují do kategorií buď heterosexuální nebo homosexuální, často přehlížejíce složitost a různorodost lidské sexuality. Naopak kontinuální přístupy uznávají škálu sexuálních identit, které reflektují různé formy přitažlivosti a chování mezi těmito dvěma póly.

V roce 1948 Alfred Kinsey publikoval knihu Sexuální chování muže (Sexual Behavior in the Human Male), ve které předložil následující škálu chování heterosexuality – homosexuality (viz obrázek č.1), kdy je:

- 0) výlučně heterosexuální chování bez jakýchkoli homosexuálních tendencí
- 1) převážně heterosexuální, jen výjimečně homosexuální
- 2) převážně heterosexuální, s výraznějšími heterosexuálními tendencemi
- 3) stejně homosexuální a heterosexuální (bisexualita)
- 4) převážně homosexuální, s výraznějšími heterosexuálními tendencemi



- 5) převážně homosexuální, výjimečně i heterosexuální
- 6) výhradně homosexuální



Obrázek č. 1: Kinseyho škála, převzato z [https://en.wikipedia.org/wiki/File:Kinsey\\_Scale.gif](https://en.wikipedia.org/wiki/File:Kinsey_Scale.gif)

Kontinuální pojetí sexuální orientace často nalezneme v sociálně konstruktivistických přístupech. Původně diskriminační termín „queer“ se později rozšířil na zahrnutí širokého spektra nenormativních a neheterosexuálních identit, projevů, vztahů a chování.

Tento termín, „queer“, reflektuje různorodost sexuálních identit, včetně bisexuality, intersexualita, homosexualita a různých forem transgender identit jako jsou transvestité, transsexuálové a transgender jedinci. Je charakteristický tím, že nemá striktně definované hranice a zahrnuje jakoukoliv identitu, která se odchyluje od tradiční „normy“ nebo většinového chápání sexuální orientace a identity.

## SEXUÁLNÍ IDENTIFIKACE

Sexuální identifikace je termín, který úzce souvisí se sexuální orientací a chováním jedince. Označuje způsob, jakým člověk vnímá a identifikuje sam sebe v rámci své sexuality. Ideálně by všechny tyto složky - identifikace, orientace a chování - měly být v souladu. Jedinec by se měl identifikovat a chovat v souladu se svou sexuální orientací.

Vývoj sexuální identifikace probíhá odlišně u heterosexuálních jedinců ve srovnání s těmi homosexuálními. Zatímco heterosexuální jedinci často nemají uvědomění o procesu své sexuální identifikace, homosexuální jedinci se mohou potýkat s obtížemi v důsledku homofobie a sociálního vyloučení, což jim může znesnadnit identifikaci se s vlastní orientací.

Naše společnost je založena na heteronormativních předpokladech, kde je jako norma privilegován pouze heterosexuální model partnerských vztahů. Osoby s jinou sexuální orientací než je heterosexuální jsou často konfrontovány s různými formami diskriminace a předsudků (Hill, 2009).

Ve věku do určité míry probíhá vývoj sexuální identity u většiny lidí v souladu s heterosexuálním modelem, který je aktivně reprodukován v celé společnosti. Jedná se o proces, který často probíhá nevědomě a implicitně, kdy jedinec reflexivně přijímá a adoptuje heterosexuální normy ve svém chování a orientaci, přičemž se snaží konformovat se všeobecně akceptovanými vzory.

Během dětství a sociálního dozrávání člověk postupně internalizuje heteronormativní postoje, hodnoty a očekávání (Bláha, 2006). Tato očekávání mohou zahrnovat představy jako „až dokončím školu, najdu si stabilní práci a založím rodinu“, nebo „až budu starší, najdu si partnera či partnerku a společně budeme mít svou vlastní rodinu“. Současně se může vytvářet strach z neznámého a předsudky vůči odlišnostem, jako jsou stereotypy o homosexuálních jedincích jako zženštilých, promiskuitních nebo rizikových ve vztahu k nemocem, jako je AIDS.

Během svého psychosexuálního vývoje začíná jedinec postupně objevovat, že jeho erotické a romantické touhy, fantazie a první zážitky mohou odporovat představě běžného modelu („začal jsem cítit, že něco není úplně tak, jak se očekávalo“).

Proces negativního vyčleňování se stává zdrojem hlavního konfliktu při formování sexuální identity u jedince s homosexuální (nebo jinak odlišnou) orientací. Náročné období, během kterého jedinec utváří a přijímá svou odlišnou sexuální orientaci, je často označováno jako coming out (Procházka, 2002). Termín coming out označuje proces, během kterého jedinec objevuje svou menšinovou sexuální orientaci a postupně se s ní vyrovnává. V užším smyslu se tento pojem používá pro okamžik, kdy jedinec o své orientaci otevřeně hovoří s ostatními

lidmi (rodinou, přáteli, kolegy) a přestane ji tajit před veřejností. Coming out lze rozdělit do dvou hlavních fází: v první fázi jedinec zjišťuje a přijímá skutečnost o své orientaci, zatímco ve druhé fázi organizuje svůj život podle své sexuální identity.

Podle Frosta a Meyera (2009) představuje coming out vnitřní konflikt mezi internalizovanou homofobií, což zahrnuje přijetí a ztotožnění se s negativními postoji vůči homosexuální orientaci, a zároveň nově rozpoznáním, nebo alespoň významně uvědomovaným, vlastním erotickým zaměřením.

Během coming outu jedinec objevuje zcela novou identitu, což může vést k vývojové krizi s různými stupni závažnosti. Neuvědomovaná internalizovaná homofobie může být zdrojem úzkosti, deprese, sociální izolace a problémů v mezilidských vztazích. Nedostatečná zvládnutí těchto potíží může vést k závislostem na návykových látkách nebo dokonce k sebevraždě.

Úspěšnost tohoto období závisí především na vnitřní odolnosti jedince a účinnosti jeho vlastních způsobů zvládnání situace, stejně jako na podpůrném nebo naopak stigmatizujícím sociálním prostředí (Szymanski, Chung & Balsam, 2001). Cass (1984) popsal 5 fází vývoje identity: zmatení identity, diferencovaná identita, tolerance, přijetí, hrdost.

## **VÝVOJ PRÁVNÍHO A SOCIÁLNÍHO RÁMCE HOMOSEXUALITY V ZÁPADNÍ KULTUŘE**

Teorie vzniku odlišné sexuální orientace jsou objasněny v odborné literatuře, ale zde se jim nebudeme detailně věnovat, neboť existují různé názory na toto téma. Nicméně je významné, že se postupně rozvíjí tendence chápat homosexualitu jako variantu normálního spektra lidské sexuality.

V historii západního světa byla homosexualita převážně vnímána jako sexuální deviace a společnost ji často netoleruje jako "normální" chování. Nicméně postoj k ní se v posledních padesáti letech začal měnit. Postoje vůči homosexuálnímu chování v západní společnosti se pohybují od velmi represivních po pozitivní. Významnou roli v tomto procesu hraje náboženství.

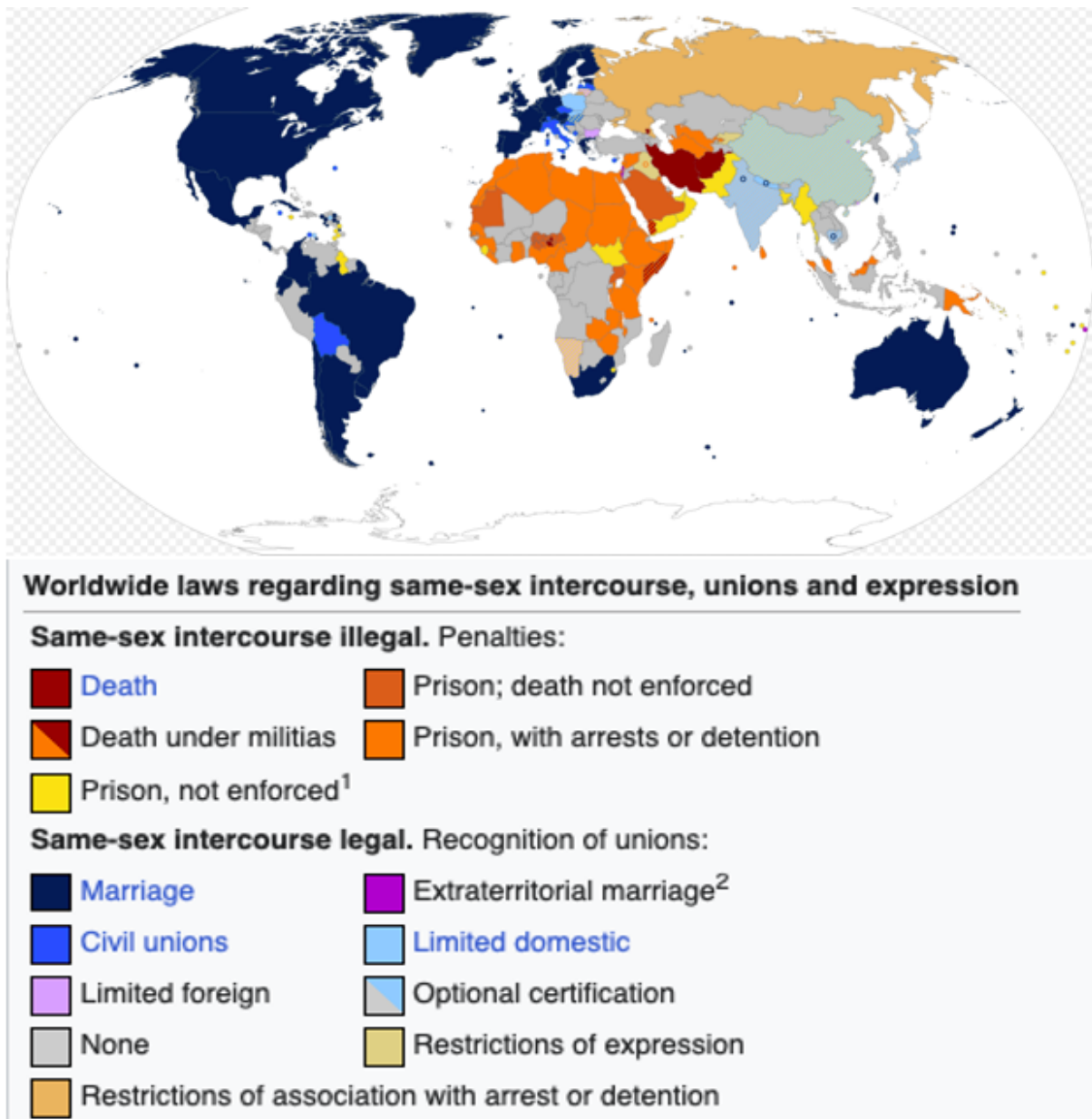
Historicky bylo homosexuální chování nejprve zbaveno kriminalizace (v Československé socialistické republice byla trestnost homosexuálních styků zrušena v roce 1961) a následně bylo depatologizováno. Americká psychiatrická asociace (APA) například v roce 1973 vyřadila

homosexualitu jako poruchu ze seznamu nemocí (DSM). V roce 1987 byla z DSM vyřazena i egodystonní homosexualita (kdy jedinec nesnáší svou vlastní homosexualitu). Mezinárodní klasifikace nemocí následovala tento trend a v roce 1992 homosexualitu také vyřadila.

Od 90. let minulého století došlo v mnoha zemích světa k uzákonění stejnopohlavních partnerských svazků, čímž byla i legislativně vyjádřena změna pohledu na homosexualitu jako na varietu normy nejen z medicínského hlediska, ale i z hlediska společenského. V České republice se tak stalo v roce 2006 v podobě Zákona o registrovaném partnerství.

V únoru 2024 u nás opět na půdě poslanecké sněmovny probíhala diskuse o tématu manželství pro všechny. Poslanecká sněmovna na svém jednání 28. února 2024 nepřijala manželství pro všechny páry. Schválila pozměňovací návrh, který stejnopohlavním párům nepovoluje vstupovat do manželství, ale pouze uzavírat nově zřizovaný institut „partnerství“. Na partnery se mají vztahovat stejná pravidla jako na manžele, s výjimkou možnosti společné adopce dítěte z dětského domova. Návrh vkládá do občanského zákoníku nový paragraf, který zní: *„Partnerství je trvalý svazek dvou lidí stejného pohlaví, který se uzavírá stejným způsobem jako manželství. Nestanoví-li zákon nebo jiný právní předpis jinak, vztahují se na partnerství a práva a povinnosti partnerů ustanovení o manželství, právech a povinnostech manželů, vdovách a vdovcích obdobně.“* V některých situacích však zatím není v praxi jasné, jestli se daná právní úprava vztahuje na partnery zcela totožně jako na manžele a osvojení dětí zůstává nadále komplikované. Z analýzy podpora manželství gayů a leseb v České republice vyplývá, že manželství pro všechny podporuje 61 % obyvatel, mezi lidmi do 29 let dokonce 73 %. (CVVM 2018, Median 2018, PEW 2015)

Obecně platí, že přitažlivost k osobám stejného pohlaví je fenomén, který se vyskytuje v různých lidských společnostech po celém světě a v různých historických obdobích. Lze tedy říci, že má určitou univerzální povahu. Nicméně to neplatí pro kulturní institucionalizaci homosexuálních vztahů. Veškeré studie zaměřené na homosexuální muže a ženy je nutné chápat v kontextu kultury konkrétního společenství. Nelze je tak oddělit od kulturních vzorců týkajících se manželství, rodičovství, rodiny, náboženství, politiky a dalších významných institucí v dané kultuře. I když západní perspektiva na homosexualitu patří mezi nejrozšířenější na světě, je důležité si uvědomit, že existují i jiná pojetí tohoto fenoménu, která se mohou zcela lišit. Jiné sexuální kultury mohou být formovány kombinací starých (tradičních) konceptů a konceptů, které nám předkládá západní kultura (viz obrázek č. 2).



Obrázek č. 2 Právní uspořádání týkající se homosexuality, převzato z [https://en.wikipedia.org/wiki/LGBT\\_rights\\_by\\_country\\_or\\_territory#/media/File:World\\_laws\\_pertaining\\_to\\_homosexual\\_relationships\\_and\\_expression.svg](https://en.wikipedia.org/wiki/LGBT_rights_by_country_or_territory#/media/File:World_laws_pertaining_to_homosexual_relationships_and_expression.svg)

## VÝVOJ PSYCHOTERAPIE OSOB S ODLIŠNOU ORIENTACÍ

Historicky se terapeutický přístup k osobám s odlišnou sexuální orientací měnil především v souladu se změnou medicínského přístupu, ale také v reakci na společenské, náboženské a politické změny. V první polovině minulého století se psychiatři, psychoterapeuti a duchovní snažili konvertovat homosexuální orientaci "pacienta" na heterosexuální a pomáhali mu zvládat následky tvrdé perzekuce a sociální izolace. Postupně se přidal i přístup, který

podporoval "postiženého" při adaptaci na heterosexuální životní styl, i když se nadále identifikoval jako homosexuál (Brzek & Pondělíčková-Mašlová, 1992).

V dnešní době se terapeutická práce s odlišně orientovanými osobami zaměřuje na podobné problémy jako u většinové populace, ale současně řeší specifické otázky spojené s danou odlišností, jako je psychický distres způsobený coming outem, partnerské problémy homosexuálních párů, a gay a lesbické rodičovství. Diskuse odborné veřejnosti se soustředí ne tolik na odlišnou sexuální orientaci klientů, ale spíše na kulturní kompetence terapeutů, tedy jejich schopnost adekvátně zacházet s příslušníky určité subkultury (například Lyons, 2010). Odstranění homosexuality z Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch v roce 1973 znamenalo oficiální zavržení modelu homosexuality jako nemoci. Avšak terapeutický přístup k této problematice se vyvíjí mnohem pomaleji. Existuje široké spektrum názorů na to, zda, kdy a jakým způsobem klienty vést k přijetí určité sexuální orientace.

V roce 1998 vydala Americká psychiatrická asociace „Rezoluci o vhodných terapeutických přístupech k sexuální orientaci“, kde jednoznačně odmítá psychiatrické léčení s cílem změnit sexuální orientaci. Důvodem byl nedostatek přesvědčivých důkazů o účinnosti reparativní terapie a možné negativní důsledky, které mohou poškodit klienta. Asociace vyzvala odborníky, aby revidovali své diskriminační praktiky, aby projevovali pochopení pro kulturní rozmanitost sexuálních menšin a respektovali právo jednotlivce na sebeurčení (Haldeman, 2002). Dle Procházký (2002) i v českém prostředí stále existuje mnoho odborníků, kteří jsou ovlivněni mylnými představami a předsudky o homosexualitě. Někteří z nich dodnes chápou homosexualitu jako projev narušené osobnosti.

Klient potřebuje bezpečné prostředí, ve kterém může otevřeně zkoumat své potřeby a rozhodnutí. V úvodní fázi terapie je důležité vyjádřit porozumění k klientovým pochybnostem a konfliktům s předsudky. Postupně je pak třeba přeformulovat problém jako nesoulad s většinovou společenskou normou, nikoliv jako problém spojený s klientovou sexuální orientací. Terapeut by měl podporovat klienta v citlivém zkoumání jeho emocí, potřeb, touhy, hodnot a preferencí. Klientovi by měl být poskytnut prostor pro vyjádření vzteku a zloby a zároveň mu být poskytnuty informace týkající se sexuální orientace a identity, a možnosti žít plnohodnotný život i v rámci neheterosexuální identity.

## **ZÁSADY PSYCHOTERAPEUTICKÉHO PROCESU S HOMOSEXUÁLNÍMI A BISEXUÁLNÍMI KLIENTY**

Studie (např. Garnets, Hancock, Cochran, Goodchilds & Peplau, 1991; Haldeman, 2002) ukazují na trvalé nedostatky a chyby v postojích a praktikách terapeutů vůči LGB klientům. Hlavním faktorem bývá nedostatečný respekt terapeutů k této problematice, často spojený s nedostatkem odborných a kulturních znalostí a nedostatečnou reflexí vlastních postojů k otázkám sexuální orientace a identity. V některých případech terapeuti buďto přehnaně zdůrazňují význam sexuální orientace v terapii (často ji považují za „problém“, který zahrnuje všechny další obtíže), nebo naopak podceňují její význam (ignorují specifika vývoje, odlišnou životní zkušenost a sociální postavení lidí s alternativní sexuální orientací).

V roce 2000 Americká psychologická asociace (APA) vydala Zásady psychoterapie s lesbickými, gay a bisexuálními klienty. Tento dokument zahrnuje klíčová praktická doporučení a postupy pro práci s jednotlivci s odlišnou sexuální orientací a obsahuje také rozsáhlý seznam doporučené literatury.

Dokument obsahuje nejdůležitější praktická doporučení a postupy v práci s odlišně sexuálně orientovanými jedinci a velmi obsáhlý seznam literatury. Uvedeme zde alespoň základní schéma těchto doporučení:

1. Psychoterapeuti se snaží porozumět tomu, jak se projevuje stigma (předsudky, diskriminace, násilí) v životech gay, lesbických a bisexuálních (dále jen LGB) lidí.
2. Psychoterapeuti jsou srozuměni s tím, že homosexuální a bisexuální orientace není duševní nemoc.
3. Psychoterapeuti vědí, že přitažlivost ke stejnému pohlaví a s ní související pocity a chování jsou normálními variabilními projevy. Snahy o změnu sexuální orientace se ukázaly jako neefektivní a nebezpečné.
4. Psychoterapeuti by měli zkoumat, zda jsou jejich přístupy a znalost problematiky GLB dostačující k tomu, aby prováděli vyšetření a terapii LGB klientů. Pokud je to třeba, mají hledat informace, konzultovat a vzdělávat se v této oblasti a nečekat, že je budou vzdělávat až jejich klienti.
5. Psychoterapeuti uznávají jedinečnou individuální zkušenost bisexuálních jedinců.
6. Psychoterapeuti při práci s LGB klienty rozlišují mezi problémy sexuální orientace a problémy genderové identifikace.
7. Psychoterapeuti přistupují se znalostí a respektem ke stejnopohlavním párům a jejich rodinám.

8. Psychoterapeuti se snaží porozumět specifickým problémům LGB partnerství.
9. Psychoterapeuti rozumí tomu, že členy rodiny LGB lidí mohou být i jedinci bez příbuzenského či právního vztahu k ostatním členům.
10. Psychoterapeuti se snaží porozumět tomu, jak odlišná orientace jedince ovlivňuje jeho původní rodinu a jaký to má vliv na vzájemné vztahy v rodině.
11. Psychoterapeuti vědí o tom, že těžkosti LGB příslušníků dalších minorit (např. etnických) se znásobují.
12. Psychoterapeuti mají brát v úvahu specifické vlivy náboženství a spirituality na život LGB klientů.
13. Psychoterapeuti usilují o rozeznání kohortových a věkových zvláštností LGB jedinců.
14. Psychoterapeuti se snaží porozumět specifickým problémům a rizikům u LGB mládeže.
15. Psychoterapeuti mají vědět o vybraných otázkách problematiky LGB jedinců, kteří jsou tělesně nebo mentálně postižení.
16. Psychoterapeuti usilují o porozumění vlivu HIV/AIDS problematiky na život LGB lidí a komunit.
17. Psychoterapeuti berou v úvahu vliv socioekonomického statusu na duševní pohodu a zdraví LGB klientů.
18. Psychoterapeuti se snaží porozumět specifickým problémům, se kterými se potýkají LGB lidé na pracovišti.

## **TECHNIKY A TÉMATA PSYCHOTERAPUTICKÉHO PROCESU S HOMOSEXUÁLNÍMI A BISEXUÁLNÍMI KLIENTY**

Dle vlastních zkušeností z praxe se v psychoterapeutickém procesu s LGB klienty často objevují tato téma:

1. **Coming out:** Proces přijetí a vyjádření své sexuální orientace může být náročný a emočně náročný. Klienti mohou potřebovat podporu při zvládnání této změny v jejich životě a při vyrovnávání se s reakcemi svého okolí.
2. **Identita a sebepřijetí:** Homosexuální klienti se mohou potýkat s otázkami ohledně své sexuální identity a sebepřijetí. Mohou se cítit nesví, mít problémy s sebedůvěrou nebo se potýkat s negativními pocity spojenými s jejich sexuální orientací.



3. **Partnerské vztahy:** Klienti mohou hledat podporu při navazování a udržování zdravých partnerských vztahů. To může zahrnovat práci na komunikaci, konfliktních dovednostech a budování intimních vztahů.
4. **Diskriminace a stigma:** Homosexuální klienti se mohou potýkat s diskriminací a stigmatizací ve společnosti, což může mít negativní dopad na jejich duševní zdraví. Mohou potřebovat podporu při zvládání těchto obtížných zkušeností.
5. **Rodinné vztahy:** Někteří klienti se mohou potýkat s obtížemi ve vztazích s rodinnými členy kvůli jejich sexuální orientaci. Mohou hledat podporu při řešení rodinných konfliktů a zlepšování rodinné komunikace.
6. **Identita a rodičovství:** Homosexuální klienti se mohou zajímat o otázky související s identitou a rodičovstvím, včetně možností adoptovat nebo mít vlastní děti. Mohou potřebovat podporu při navigaci těchto rozhodnutí a zvládání případných výzev spojených s rodičovstvím.

Terapeut může pomoci klientovi rozpoznat, zjemnit a uvolnit vnitřní konflikt vyplývající z rozporu mezi internalizovanými homofobními postoji a přitažlivostí k osobám stejného pohlaví. Klientovi je poskytnut prostor k pozorování svých vnitřních impulsů bez jakéhokoli hodnocení, což mu umožňuje získat hlubší vhled a snížit impulsivitu svých reakcí. Tímto odstupem má možnost identifikovat, které své přesvědčení jsou flexibilní a které jsou pro něj stále důležité. Díky této práci může lépe přijmout a zvládat situace, kdy se jeho sexuální identita ještě formuje nebo není zcela jasná, a kdy dochází k významným změnám v jeho sociálním prostředí. Výzkum Tan a Yarhouse (2010) prezentuje případy klientů, kteří se potýkali s konfliktem mezi jejich náboženskými hodnotami a pocity přitažlivosti k osobám stejného pohlaví. Klienti, kteří prostě pozorovali své vnitřní zkušenosti, zejména pocity přitažlivosti a touhy k osobám stejného pohlaví, aniž by je hodnotili nebo se snažili je potlačit, zaznamenali, že tyto pocity se postupně snižovaly a stávaly se méně intenzivní než předtím. Stejným způsobem klienti zacházeli i s pocity úzkosti, strachu, studu, viny nebo zloby, které vznikaly jako reakce na původní pocity přitažlivosti k osobám stejného pohlaví. Tyto vedlejší pocity a emoce se rovněž minimalizovaly. Snížení intenzity ambivalentních pocitů posílilo klienty v jejich schopnosti přijmout a neodsuzovat sami sebe. Trénink nehodnotícího postoje dále snížil výskyt celkové hyperkritiky a sebeznehodnocujících soudů, které klienti o sobě měli.

Dalším příkladem využití psychoterapie může být při řešení kompulzivního sexuálního chování. Klient byl veden ke zvýšení uvědomění si myšlenek a pocitů, které předcházely jeho nutkavému sledování gay pornografie na internetu. Postupně si uvědomil, že k tomu docházelo vždy, když se cítil osamělý a odmítnutý (což vnímal jako odsouzení kvůli své odlišné sexuální orientaci). Sledování pornografie pak jen zhoršovalo jeho pocity viny, úzkosti a deprese.

Cvičení v uvědomování si pocitů, jejich neposuzování a nepotlačování vedlo k úlevě a vytvoření odstupů, který mu umožnil nereagovat okamžitě a lépe regulovat své reakce. (Tan a Yarhouse, 2010)

Odlíšnou kategorií je pak celkové sebepřijetí. Pro jedince s odlišnou sexuální orientací představuje náročné období coming out, během kterého dochází k hluboké změně v jejich vnímání sebe sama a identity. Bláha (2006) poukazuje na alarmující vysokou míru sebevražedných myšlenek v rámci skupiny 109 mladých gayů ve věku do 20 let (téměř polovina teenagerů, kteří procházejí coming outem). Terapeutický proces coming outu spočívá v podpoře klienta při objevování a překonávání nevědomých heteronormativních předsudků, při vyjasňování a upřesňování jeho erotických pocitů v souvislosti se sexuální orientací a případně při postupném dozrávání k rozhodnutí o sdílení své identity ve svém sociálním prostředí. Hill (2009) zdůrazňuje, že tento proces nemusí být jednorázový a může se opakovat v různých fázích života. Hill rovněž klade důraz na tři primární cíle terapie během procesu coming outu: pomoci klientovi vytvořit si odpovídající obranyschopnost vůči internalizovaným překážkám, získat jasnější povědomí o své sexuální orientaci a identitě a posílit schopnost rozhodovat, komu, jak a kdy o své orientaci sdělit. V některých případech klient prožívá zamilovanost a sexuální touhu k osobám stejného pohlaví, avšak nemusí kdy dojít k otevřenému vyjádření své sexuální orientace, tedy nedojde ani ke coming outu.

Dle Carson a Langer (2004) je především potřeba aktivně sledovat a pozorovat nové jemné nuance ve skutečnosti. Když naše mysl zkoumá s opravdovým zaujetím, jsme více schopni objevit i to, co jsme dříve odmítali nebo přehlíželi. Pokud přemýšlíme v termínech „možností“ namísto „nutností“, naše kreativita se zvýší a rigidita některých postojů se zmírní. Pozorování skutečnosti z různých perspektiv pak umožňuje přerámování – tedy schopnost vidět, jak může být něco, co jsme původně vnímali negativně, ve skutečnosti pozitivní. Carson a Langer (2006) zdůrazňují také důležitost humoru, který sám o sobě vyžaduje všímavost ve smyslu vnímání reality z nečekaných úhlů pohledu.

Dosavadní zkušenosti naznačují, že pozitivní účinky pro klienty s odlišnou orientací má také skupinová psychoterapie. Ross a spol. (2007) představují v jejich studii model skupinové kognitivně behaviorální terapie, který je adaptován pro léčbu deprese u homosexuálních klientů. Část terapeutického modulu je zaměřena přímo na proces coming outu a práci s homofobií. Autoři zde navrhují konkrétní techniky, jako je využití sebeodhalení k vyvolání skupinové diskuse o zkušenostech se sdělováním své orientace, sdílení emocí při objevování nové identity, tvorba seznamu negativních přesvědčení o homosexuální minority a následná

práce s těmito přesvědčeními - diskuse o jejich původu a jejich vlivu na vnímání sebe sama (Ross, Doctor, Dimitio, Kuehl & Armstrong, 2007).

Nápomocné také může být aktivní soustředění se na paradoxy, kdy klient může milovat i nenávidět současně, nebo pocitově oscilovat mezi pocitem heterosexuality a homosexuality. Vnímání skutečnosti z různých perspektiv následně umožňuje přehodnocení situace - tedy zkoumání, jak může být něco, co jsme původně vnímali negativně, ve skutečnosti pozitivní.

## **NOVÉ TRENDY, NOVÁ ÚSKALÍ**

Zastánci queer teorie se snaží rozšířit rozmanitost sexuálních a genderových identit a odmítají jednoduché binární dělení na ženy a muže, maskulinitu a femininitu, nebo homosexualitu a heterosexuality (Willis, 2007). Podle jejich přístupu nejsou sexuální orientace a genderová identita fixní, ale spíše jsou sociálně konstruované a mohou se měnit.

Někteří lidé se vyhýbají označení jako gay, lesba nebo bisexuál, protože považují tato označení za příliš úzká a neodrážející celkovou šíři jejich sexuality (Diamond, 2006). McPhail (2004) zdůrazňuje, že každá individuální sexuální orientace je unikátní kombinací erotických a citových pocitů, myšlenek a chování, které se mohou lišit a mohou se měnit v průběhu času.

Kniha *Critical Issues in Psychotherapy with LGBTQIA Clients* podněcuje terapeuty k reflexi vlastních předsudků a přístupů k LGBTQIA klientům a nabízí strategie, jak tyto předsudky identifikovat a překonat, aby terapeut mohl poskytnout klientům adekvátní podporu a péči.

## **ZÁVĚR**

Obecně platí, že přitažlivost k osobám stejného pohlaví je fenomén, který se vyskytuje v různých lidských společnostech po celém světě a v různých historických obdobích. Psychoterapeutický proces s homosexuálními muži a ženami je nutné chápat v kontextu kultury konkrétního společenství a v sociálním a kulturním kontextu daného jedince. Nelze je tak oddělit od kulturních vzorců týkajících se manželství, rodičovství, rodiny, náboženství, politiky a dalších významných institucí v dané kultuře. I když západní perspektiva na homosexualitu patří mezi nejrozšířenější na světě, je důležité si uvědomit, že existují i jiná pojetí tohoto fenoménu, která se mohou zcela lišit.

Existující studie a výzkumy přinášejí nový pohled na tuto problematiku. Cílem je přispět k lepšímu porozumění potřeb a zkušeností homosexuálních jedinců v terapeutickém prostředí a poskytnout praktické směrnice pro terapeuty, kteří pracují s touto populací. Flexibilita, empatie a kultivace bezpečného a podpůrného terapeutického prostředí jsou klíčovými prvky v terapii homosexuálních klientů.

V psychoterapeutickém procesu je stěžejní porozumění a respekt k jedinečným zkušenostem, identitě a potřebám každého klienta. Terapeutické přístupy by měly být citlivé k různým kulturním, sociálním a emocionálním kontextům, které ovlivňují život jedinců s odlišnou orientací.

V této práci shrnuji některá doporučení pro terapeuty, kteří pracují s homosexuálními klienty, včetně důrazu na rozvoj terapeutické aliance, podporu sebepřijetí a identity klienta a využití terapeutických technik zaměřených na zvládnání stigma a diskriminace.

Je zřejmé, že práce s homosexuálními klienty vyžaduje specifické znalosti, dovednosti a citlivost terapeuta. Důležitým cílem terapie je nejen snaha o řešení aktuálních obtíží a symptomů, ale také podpora individuálního rozvoje, sebepřijetí a plnohodnotného života v souladu s identitou a hodnotami klienta. Tato problematika se nadále velice rychle vyvíjí a proměňuje, pro psychoterapeutický proces je žádoucí vývoj nadále sledovat.

## SEZNAM LITERATURY:

- American Psychological Association. (2011). Guidelines for Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *American Psychologist*.
- Bláha, M. (2006). Internalizovaná homofobie. *Středoškolská odborná činnost*.
- Brzek, A. and Pondělíčková-Mašlová, J., 1992, *Třetí pohlaví*: Praha, Scientia Medica.
- Carson, S. & Langer, E. (2006). Mindfulness and self-acceptance. *Journal of Rational Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 24( 1) .
- Cass, V. C. (1984). Homosexual identity formation: Testing a theoretical model. *Journal of Sex Research*, 20(2),143–167.
- Diamond, L. (2006). What we got wrong about sexual identity development: Unexpected findings from a longitudinal study of young women. In A. M. Omoto

(Ed.), *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people*, 73-94. Washington, DC: American Psychological Association.

- Hill, N. (2009). Affirmative practise and alternative sexual orientations: Helping clients Navigate the Coming out process. *Clinical Social Work Journal*, 37,346-356 .
- Israel, T., & Tolman, D. L. (2014). *Critical issues in psychotherapy with LGBTQIA clients*. Routledge.
- Procházka, I. (2002). *Coming out: Průvodce obdobím nejistoty, kdy kluci a holky hledají sami sebe*. Brno: Stud.
- Procházka, I. (2010). *Sexuální orientace*. V P. Weiss, *Sexuologie*. Praha: Grada
- Ross, L., Doctor, F., Dimitio, A., Kuehl, D. & Armstrong, M. (2007). Can talking about oppression reduce depression? Modified CBT group treatment for LGBT people with depression. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 19(1) .
- Sagarin, E., 1976, Prison homosexuality and its effect on post-prison sexual-behavior: *Psychiatry – interpersonal and biological processes*, 39, 245 - 257
- Szymanski, D., Chung, Y. & Balsam, K. (2001). Psychosocial correlates of internalized homophobia in lesbians. *Measurement and Evaluation in Counseling Development*, 34, 27-38 .
- Tan, E. & Yarhouse, M. (2010). Facilitating congruence between religious beliefs and sexual identity with mindfulness. *Psychoterapy Theory, Research, Practise, Training*, 47 (4), 500-511 .
- Valentová, J., 2004, *Mužská homosexualita z pohledu biologie*, bakalářský esej
- Willis, P. (2007). 'Queer eye' for social work: Rethinking pedagogy and practice with same-sex attracted young people. *Australian Social work*, 60(2),181-196 .

Ztráta dítěte patří mezi nejnáročnější životní krize. Krize, která otřese životem, a po které už "nic" nebude jako dřív. Čím blíže k termínu porodu nastane, tím hůře se s ní rodiče vyrovnávají. Dítě představuje pro rodiče naději do budoucnosti, je částí identity rodiče. Rodiče tedy ztrácí část sebe samých, ztrácí rodičovské kompetence, ztrácí naději. Zároveň je mrtvé miminko někým, kdo bude po celý další život postrádán i když se narodí další děti.

Těhotné ženy vykazují vůči svým nenarozeným dětem vysoký stupeň senzitivity. Dopad ztráty dítěte před porodem je nepředstavitelně bolavý. Je to ztráta nečekaná, náhlá, nepochopitelná. Zbývá prázdná náruč. Nic. Ztrácí se anticipovaná mateřská role.

Ztráta dítěte bezprostředně ochromí ženu a její rodinu šokem, žalem, psychickou bolestí. Rodiče by ( nejen od zdravotnického personálu) měli získat plnou podporu v celé bio -psycho-socio-spirituální péči počínaje respektující komunikací při sdělení závažné zprávy, dostatku informací podaných srozumitelnou formou, podpoře rodičovských kompetencí, rituálu rozloučení, vytváření upomínek na miminko, profesionální péčí o truchlící rodiče během hospitalizace nevyjímaje. Témata týkající se pohřbu, laické i odborné psychologické pomoci, komunikace se sourozenci a rodinou a procesu truchlení by rovněž měla být v informování rodičů před propuštěním zahrnuta.

### Definice pojmů

**Ztráta** je definována jako oddělení od někoho nebo přerušení vazby k něčemu, výsledkem je změna ve vztahu. Může být fyzická i psychická

**Zármutek** je přirozená reakce člověka na ztrátu. Kromě smutku zahrnuje i další pocity jako je hněv, bolest, pocit viny, studu, znechucení, zmatku, bezmoci...

**Truchlení** je celkovou reakcí na ztrátu, proces hojení a vyrovnávání se se ztrátou. Zahrnuje emocionální, mentální, fyzickou, behaviorální, sociální i duchovní reakci jedince na ztrátu.

**Perinatální ztrátou** rozumíme úmrtí plodu nebo novorozence v perinatálním období doprovázené u rodičů pocity smutku, bezmoci, bolesti, hlubokého žalu a myšlenkami na zemřelé dítě. Jde o přirozenou reakci, která provází ztrátu blízkých a je popisována jako proces truchlení ( Ratislavová, Hrušková, 2020 str.68)

**Perinatální období** je definováno jako období od viability plodu (od 24. týdne těhotenství), přes období porodu, do 7 dnů po narození dítěte.

**Perinatální paliativní péče** vymezuje oblasti péče zaměřené především na problematiku prenatalně diagnostikované život limitující vrozené vývojové vady u plodu, porod mrtvého miminka a časně novorozenecké úmrtí. Každá z těchto oblastí má svá specifika, ale společným tématem je péče o truchlící rodiče, vytváření vzpomínek na miminko, které s rodiči strávilo jen velmi omezenou dobu, psychosociální podporu rodičů, budování respektu a úcty k „nenarozeným“ dětem. Perinatální ztrátu zažívá každým rokem v České republice asi 450-470 žen a jejich rodin.

Specifickou situací perinatální ztráty je porod mrtvého dítěte, jehož charakteristický znak je dobře vyjádřen anglickým výrazem "*stillbirth*" - tichý porod. Po porodu není slyšet křik dítětem a zároveň je jeho smrt svým způsobem neviditelná. Matka cítila jeho pohyby, vytvářela si o něm fantazie, oslovovala ho, ale další vzpomínky chybějí, chybějí konkrétní doklady o existenci dítěte. Ztráta se tedy stává nejednoznačnou. V procesu truchlení rodičů se může nejednoznačnost ztráty projevit popřením, neúnavným vyhledáváním informací, bezmoci, nižší sociální oporou okolí ( Marková, Chvílová Weberová, 2021 str.502)

Při časném novorozeneckém úmrtí, které je často spojeno s vrozenou vývojovou vadou u dítěte nebo s předčasným porodem - tedy s narozením extrémně nezralého novorozence - předchází úmrtí dítěte rozhodnutí, která musí rodiče v rámci spolurozhodování v péči o dítě učinit. Spolurozhodnutí se týkají např. vedení porodu, pokračování nebo ukončování intenzivní péče. Bývají to obtížná, eticky složitá rozhodnutí, která mohou ovlivnit i proces truchlení. Zároveň rodiče mohou alespoň krátký čas o své dítě pečovat a rozloučit se s ním.

Specifickou skupinu tvoří rodiče, kteří očekávají příchod miminka s život limitující vadou. Po stanovení diagnózy se mohou rozhodnout, zda chtějí těhotenství ukončit

nebo v něm pokračovat s poskytnutím perinatální paliativní péče ( která začíná již před narozením) a postnatální léčbou. Tito rodiče se vydávají cestou velké nejistoty. Nikdo jim dopředu neřekne, zda ztratí miminko ještě prenatálně, při porodu, zda bude jejich dítě žít minuty, hodiny, měsíce či roky.

## **Sdělení závažné zprávy**

Ke sdělení diagnózy o úmrtí dítěte v děloze dochází při ultrazvukovém vyšetření. Ženy přichází s obavou, že " něco " není v pořádku, necítí pohyby. Jsou velmi vnímavé na neverbální projevy lékaře a kombinace ticha a řeči v nich vzbuzuje často strach. Způsob sdělení diagnózy ovlivňuje okamžité i dlouhodobé utrpení rodičů. Převaha mlčení může být v některých případech i příčinou vzniku psychického traumatu ( Ratislavová, 2016 str.40 ). Rodiče potřebují citlivou, osobní účast, respekt, empatii, pochopení a podporu ze strany zdravotníků. Potřebují čas k přijetí situace.

Po sdělení diagnózy se rodiče nachází ve fázi šoku, který může trvat až 24 hodin. Je nutné tento stav akceptovat a přizpůsobit mu komunikaci. Není výjimkou, že ženy fungují jako " robot", že mají pocity nereálnosti, zmatku, vzteku, smutku. Ratislavová a Hrušková (2020str.29) uvádějí dva typy akutních reakcí u žen : „**rychlou mobilizací sil**" ( pláč, křik, zhroucení se, útok, útěk, tendence se zabít- ve smyslu být tam, kde je dítě) či reakcí "**mrtvý brouk**" ( zamrznutí, ztuhnutí, odpojení od emocí, necítění těla nebo jeho částí, prožitku neskutečnosti apod.). Reakce mohou přecházet jedna v druhou. Kromě emocionálních reakcí pomou rodiče pociťovat i reakce tělesné. Tyto reakce mohou připomínat intenzivní strach. Rodiče mohou pociťovat bušení srdce, tíhu na hrudi, mohou často vzdychat, mohou cítit vyčerpanost, otupělost, problémy se spaním, noční můry).

Rodiče potřebují dostatek informací podaných citlivou formou o dalším postupu, tlumení bolesti, rozloučení s miminkem. S matkou by měla vždy zůstat blízká osoba, pokud to tak není, je důležité ponechat ji předměty, které ji navodí bezpečí, zajistit jí intimitu prostředí, ne však izolaci, zajistit individuální péči a důsledné předávání informací při střídání směn. Informace je nutné podávat opakovaně.



Porod mrtvého dítěte je pro ženu jako " zlý sen". Často chtějí situaci vyřešit okamžitě, "zbavit" se mrtvého dítěte, " odříznout se od všeho", přejí si často císařský řez. Mohou se u nich vyskytovat ambivalentní pocity k dítěti. Je důležité vyslechnout je a citlivě jim poskytnout informaci, že císařský řez ovlivňuje proces fyzické i psychické rekonvalescence a částečně i schopnost přijmout ztrátu dítěte. Neodsuzovat reakce ženy, veškeré reakce jsou normální, protože není normální ztratit dítě...

Žal rodičů je tak intenzivní, že se u nich aktivují obranné mechanismy, které je před nesnesitelnou bolestí ochraňují, např. disociace při níž dochází k odštěpení traumatických myšlenek a pocitů tak, že tyto prožitky nejsou pro vědomí dále dostupné, resp. vědomí je není schopno integrovat a zpracovat. - nejčastěji jde o amnézii různého stupně či popření. (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 141). Ženy odmítají uvěřit, že situace je skutečná a někdy je nutné opakované vyšetření ultrazvukem na poukázání absence srdečních ozev miminka. Vodáčková (2002) uvádí, že odštěpení sice umožňuje návrat k normálnímu fungování, znemožňuje však emoční kontakt s traumatickou zkušeností a její zpracování.

Některé ženy prožívají pocity viny. Pocity viny se častěji vyskytují u žen, které upřednostňovaly kariéru nebo mají v anamnéze umělé přerušování těhotenství. Může se také objevit pochybnost o tom, zda mohou být nazývány " matkami", když nebyly schopné donosit dítě. Otázky, které se honí ženám hlavou jsou ochromující. „*Kde jsem udělala chybu ?*“ „*Mohla jsem tomu zabránit?*“ Pocity viny mohou být až destruktivní. Je to stejné, jako bychom se nalézali ve slepé uličce. Cesta dál nevede, nezbývá, než se vrátit na její začátek a rozhlédnout se po jiné cestě.

V situaci perinatální ztráty je velmi důležitá sociální opora ženy a žena by měla mít možnost přítomnosti partnera nebo jiné blízké osoby. Důležitá je také otázka tlumení bolesti. Pro některé rodiče je důležitá podpora kněze či nemocničního kaplana. Některá zdravotnická zařízení nabízejí podporu pracovníků Center provázení či klinického psychologa. Je s výhodou, pokud personál porodního sálu má povědomá o základní krizové intervenci.

## Rituály

Po porodu mrtvého miminka jsou rodiče konfrontováni s řadou rozhodnutí. Jedním z nich je možnost rozloučení se s miminkem, mohou jej vidět, držet v náručí a trávit s ním tolik času, kolik potřebují. Zdravotníci by měli mít na paměti, že tato přání a rozhodnutí nemusí být definitivní, mohou se v průběhu porodu měnit, a je dobré ptát se či nabízet možnost rozloučení s odstupem. Důležité je respektování, pokud rodiče tuto možnost nevyužijí.

Rozloučení může mít charakter rituálu. Rituál je takové chování, které je specifické, adresné a je nositelem vnitřního významu, symbolu či symbolů. Projevuje se u lidí zejména v krizových momentech vždy, když se má člověk přizpůsobit něčemu novému a neznámému. Je důležitý tím, že dává určitý smysl a řád, nabízí určité zázemí a hranici pro prožitek a pomáhá přizpůsobit se novému a neznámému. Rituál převádí účastníky z jednoho stavu bytí do druhého, ovlivňuje prožívání a chování. Má spirituální rozměr a odlehčující funkci (Sobotková, 2003 str. 8-20) Rituály, které jsou vázány k úmrtí blízké osoby, jsou nazývány přechodovými. Mají funkci ochrannou, podpůrnou a mají dodávat pocit kontroly nad situací, realitou dítěte a jeho ztráty a tím napomáhat započatí procesu truchlení.

Česká Republika, stejně jako ostatní země prošla, co se týče "rituálu loučení s miminkem" určitým vývojem. Ve druhé polovině 20.století to byl rituál "zmizení novorozence", kdy byl novorozenec ihned po porodu odnesen a ženy se kolikrát nedozvěděly pohlaví, míru ani váhu miminka. Ženy měly svoji bolest co nejdříve odhodit a počít nové dítě. Jejich zármutek však přetrvával, ale v té době nebylo společensky únosné o něm hovořit. Nutno podotknout, že v té době převažoval paternalistický přístup zdravotníků, který umožňoval rozhodovat o tom, co se rodičům sdělí.

Spolurozhodování pacientů o péči a jejich aktivní zapojení je jedním ze základních práv pacientů. Jedině svobodná informovaná volba je správným řešením při nabídce rituálu rozloučení s mrtvým miminkem ( Rastislavová, 2016).

## **Uchování vzpomínek**

Za velmi důležité jsou pokládány upomínky na dítě, které jsou vlastně i symbolem přetrvávající vazby k dítěti. Různé studie se shodují, že vlastnění upomínek na dítě dlouhodobě snižuje úzkostnost matek. Mnoho rodičů je v šoku a ve stresu v době ztráty o to víc, nastala-li náhle a neočekávaně a proto nad vytvořením upomínek nepřemýšlejí, ale jsou později velice vděční personálu, pokud ten vzpomínky zachytil a uchoval. Jsou uchovávány otisky ručiček či nožiček, pramínek vlasů, dečka, v které bylo miminko ovinuto. Některé porodnice nabízejí certifikát o narození dítěte s vyjádřením hluboké úcty na památku dítěte. Mohou být pořizeny fotografie, které jsou spolu s věcmi uloženy do balíčku - tzv. memoryboxu. Součástí memoryboxu může také být třeba plovoucí svíčka, která může být puštěna jako součást rozlučkového rituálu (pokud jsou třeba v rodině další děti, nebo pokud si rodiče nepřejí pohřeb).

Někteří rodiče dají miminku jméno, je spojováno s potvrzením identity miminka a jeho místem v rodinné historii.

## **Ztráta dvojčat/vícerčat**

Každý rok řada rodičů zažívá úmrtí jednoho nebo obou dětí z vícečetného těhotenství. U vícečetných těhotenství je vyšší riziko výskytu vrozených vývojových vad. Těhotenství je také ohroženo twin to twin transfúzním syndromem, kdy při plném rozvinutí syndromu dosahuje mortalita 80-90%. Někdy intrauterinně odumře jeden plod, zatímco druhé dvojče se může vyvíjet dobře. U jednoho z dvojčat se také může vyskytovat např. život limitující vada. Rodiče po porodu mohou být rozpolcení - zda trávit čas se zdravým novorozencem nebo s tím umírajícím/zemřelým. Je těžké v jednu chvíli truchlit a zároveň se radovat. Také těmto rodičům by měla být nabídnuta možnost vytvoření nejen vzpomínkových věcí, ale také fotografií. Tyto upomínky mají velký vliv na proces truchlení, na přijetí reality ztráty a později mohou pomoci přeživším dětem pochopit příběh jejich narození. Také návrat domů s přeživším dvojčetem není šťastným dnem, ale chvílí připomenutí ztráty. Může také dojít k nadměrné "idealizaci" mrtvého dvojčete na úkor přeživšího, které je třeba nadměrně plačtivé nebo nemocné.

Specifikem zármutku při ztrátě jednoho z vícerčat je také strach o život přeživších dětí a potíže připoutat se k nim. Chrání se tak před emocionální bolestí případě další ztráty ( Rastislavová, 2016 str. 80).

## **Pitva**

Zdravotnický personál by měl rodiče také informovat o vykonání pitvy u jejich miminka, která je české republice při úmrtí do 18-ti let povinná. Pokud je příčina úmrtí zřejmá, od pitvy je možno odstoupit. Většina rodičů si pitvu přeje, doufají, nezískají odpověď na to, proč k tomu došlo.

## **Pohřeb**

Od rodičů by se nemělo očekávat okamžité rozhodnutí o důležitých otázkách pohřbu dítěte, ale rodiče měli by vědět, že je nutné toto rozhodnutí učinit do 96 hodin od porodu. V procesu truchlení se u řady žen, které se odmítly podílet na pohřbení dítěte, objevuje ve fázi hledání a touhy po dítěti, jak bylo naloženo s jeho ostatky. Tyto představy mohou vyvolávat pocity viny. Proto by rodiče také měli vědět, že pokud se nerozhodnou pro pohřeb, bude tělíčko jejich miminka tiše zpopelněno a uloženo do společného hrobu na anonymním místě. Toto místo se zpětně dá dohledat.

Pro některé rodiče netěžké během hospitalizace se s miminkem rozloučit, nebo je pro ně nepředstavitelné vystrojit pohřeb. Později toho mohou litovat. Je důležité, aby věděli, že to nevyovídá nic o tom, jací jsou rodiče, v dané chvíli jednali podle svého nejlepšího vědomí. Je vhodné nabídnout jim jiné možnosti rozloučení ( napsání dopisu miminku, uspořádání symbolického pohřbu, zasazení stromu, vypuštění lampionu se vzkazem apod.)

## **Medikalizace zármutku**

Problematika medicinalizace a medikalizace zármutku přetrvává hlavně ze strany zdravotníků. Jedná se o určitý způsob jejich ochrany, kdy při styku s rodiči, kteří přicházejí o své dítě, jsou vystaveni bezmoci, lítosti a selhání. V praxi to často znamená podávání psychofarmak. Užívání psychofarmak by mělo být používáno velmi zřídka z důvodu blokování pocitů a komplikování procesu truchlení. Medikace může

být nabídnuta k zregenerování fyzických sil po vyčerpávajícím porodu. Truchlení není nemoc, je přirozenou reakcí na ztrátu milovaného člověka.

Před propuštěním matky z nemocnice je dobré v rámci krizové intervence probrat i další okruhy otázek jako jsou laktace, strach z propuštění s prázdnou náručí - co s věcmi pro zemřelé miminko, komunikaci s okolím – sdělením zprávy blízkým a okruhu známých, jak si říct o pomoc, otázku návratu do práce, obav z reakce okolí, postojů k jiným těhotným, informací o průběhu truchlení). Předání informací o sociálních dávkách, nutných dokumentech, které nenuťné zařídit nevhodné předat rodičům v písemné formě, stejně tak i o možné formě laické pomoci, svépomocných skupinách i odborné psychologické pomoci. Je dobré informovat je také o návštěvě matrikářky, neboť i mrtvě rozeným dětem se vystavuje rodný list.

## Truchlení

Přirozenou emocionální reakcí na ztrátu je smutek, který je doprovázen truchlením. Proces truchlení představuje určitý způsob zpracování této ztráty - jedná se o proces vyrovnávání se s danou situací.(Špatenková 2011, str. 56). Kastová (2000) charakterizuje jednotlivé fáze procesu následovně:

**1) Fáze popření** - člověk se chová tak, jako by smrt vůbec nenastala. Tato fáze obvykle trvá nejdéle do pohřbu

**2) Fáze propukání chaotických emocí** - objevuje se bolest, úzkost, strach, hněv, radost, pocity viny (nebo naopak tendence obviňovat druhé), poruchy spánku. Tímto emočním chaosem je nutné projít vydržet ho a ventilovat ho

**3) Fáze hledání, nalézání a odpoutávání** - člověk na zemřelé dítě neustále myslí, zdají se mu o něm sny. Chodí na místa, která mu je připomínají

**4) Fáze nového vztahu k sobě a světu** - v této fázi je dosaženo přijetí ztráty. Teprve poté přestane pozůstalý pociťovat bolest a je schopen vstupovat do jiných vztahů, resp. přemýšlet o dalším dítěti, ale na druhé straně má strach, že by mohl být znovu vystaven bolesti ze ztráty.

Podle Špatenkové (2008) musí truchlící projít celým procesem, aby vzpomínka na ztrátu nebyla tolik bolestivá a mohlo dojít k uzavření. Proces truchlení není lineární, ale cyklický (Ratislavová, 2016). Každý člověk nemusí dojít do závěrečné fáze smíření, může se u něj objevit i rezignace a beznaděj, či může dojít k rozvoji patologických reakcí na ztrátu (Kübler–Ross, 2015). Hlavním úkolem truchlení je odpoutat se od zemřelého, a přesto s ním zůstat (Kast, 2015). Úspěšný výsledek toho, jak člověk projde tímto procesem závisí na jeho osobnosti, životních zkušenostech, ale také na efektivní podpůrné síle, která jedince obklopuje.

Proces truchlení může u rodičů probíhat rozdílně, a to co do tempa, intenzity i způsobu. Během těhotenství navazuje matka k dítěti silnější vztah než otec - ten vnímá dítě až do chvíle narození abstraktněji (Takáč, Sobotková, Šulová, 2015).

Otcové se často stávají prostředníky mezi matkou a personálem, často sdělují informace i zbytku rodiny. Nesou dvojí břemeno- vlastní žal nad ztrátou dítěte i utrpení partnerky. Zůstávají živiteli rodiny a truchlení často odkládají, zahrnují se úkoly nebo unikají do zaměstnání. Velkou výhodou je, pokud mohou tuto zkušenost s muži, kteří pošli podobnou situací.

Rastislavová (2008) popisuje u mužů následující konflikt rolí :

- role silného muže ( musím být statečný, vydržet ro)
- role muže-ochránce (pocity selhání, že nezachránil dítě, že není schopen ochránit zbytek rodiny před žalem)
- role soběstačného muže ( nemožnost připustit si vlastní kolaps)
- role muže- živitele

Perinatální ztráta může znamenat tvrdou zkoušku vztahu především proto, že proces truchlení muže a ženy bývá rozdílný. Každý jedinec truchlí svojí vlastní cestou a potřebuje svůj vlastní čas na zpracování zráty. Ženy více vnímají ztrátu dítěte jako takového, muži spíše ztrátu otcovské role. Muži spíše zármutek potlačují nebo jej prožívají o samotě. Jsou orientováni více na obnovu, ženy na ztrátu. Obvykle první týdny po ztrátě truchlí partneři podobně, pak se ve způsobu truchlení začínají odlišovat. Je důležité, aby o svých rozdílných postojích a prožitcích hovořili. Rozdíly v procesu truchlení mohou vznikat také sexuální problémy.

## **Sourozenci**

Pokud jsou v rodině kromě dítěte, které zemřelo v těhotenství i další děti, je nesporné, že smrt zasáhne i je. To, jakým způsobem budou ztrátu prožívat bude záležet na jejich věku, míře „připoutanosti k nenarozenému“ sourozenci, na reakci rodičů a okolí. Je důležité, aby jim rodiče (adekvátně věku) poskytli upřímné, otevřené, faktické vysvětlení. Je také dobré zapojit je do rodinných rituálů, které uznávají ztrátu ( kreslení obrázku, zasazení stromu apod.)

## **Prarodiče**

U prarodičů se mnohdy projevuje dvojitý žal. Truchlí po vnoučeti, na které se těšili, zároveň je zraňuje bolest, kterou nesou jejich děti.

Perinatální zármutek není událost, ale spíše cesta, která nemá předepsaný žádný konečný bod. Rodina se musí vyrovnávat s hledáním smyslu, přehodnocením svých nadějí, zachováním partnerského vztahu. V průběhu procesu si připomínají různá výročí a neustále si uvědomují, kolik by bylo jejich zemřelému dítěti. Ratislavová (2016) uvádí, že pokud copingové strategie, které rodiče zvolí selhávají, může se rozvinout traumatický proces, který truchlení komplikuje. Mohou se rozvinout psychické poruchy ( PTSD, depresivní nebo úzkostná porucha) či závislosti na lécích, alkoholu. Může také dojít ke ztrátě sociálních kontaktů.

**Komplikované truchlení** znamená, že zármutek nad zemřelým miminkem se v čase, po uplynutí adaptivní fáze (obvykle jeden rok), projevuje intenzivním truchlením a touhou po přítomnosti zemřelého dítěte spolu s častými prudkými a bolestnými emocemi. Zapojení do běžného života je limitováno nebo zcela chybí. Mezi další symptomy patří traumatický distres jako jsou pocity nedůvěry, pochybností, vzteku. Mohou se objevovat somatické obtíže ( Marková, Chvílová Weberová, 2021).

Velmi bolestný je odchod z nemocnice s prázdnou náručí a příchod do „prázdného hnízda“. V prvních měsících se může objevovat silná touha po dítěti a pocit osamělosti, hněv na ostatní rodiče, kteří mají děti. V kognitivní oblasti přetrvává nesoustředěnost, poruchy paměti, hledání informací o možných příčinách úmrtí, pocity viny nebo

obviňování druhých. Rodiče se také musí vyrovnat s reakcemi okolí, návratem do práce.

Rodiče často během procesu truchlení zvažují a plánují **další těhotenství**, které však bývá emočně náročné, plné obav, úzkosti a strachu. Zármutek ze ztráty se může reaktivovat v průběhu dalšího těhotenství nebo po porodu (nutná výšená péče). Potíže emočně investovat do dalšího těhotenství a připoutání k dítěti je obranným mechanismem, který má ženu chránit před další ztrátou. Těhotenství žen s nezpracovanou předchozí ztrátou může mít dopad na výchovu dalšího dítěte. Ratislavová (2016) se zmiňuje o **syndromu zranitelného dítěte** – pokud je dítě ošetřováno hyperprotektivně a s úzkostí a **náhradním dítěti** – dítě je idealizováno nebo naopak není tak schopné v očích rodičů, jako by bylo dítě zemřelé. Další dítě neřeší ztrátu novorozence, který zemřel, ale stává se dlaším dítětem a sourozencem dítěte, které zemřelo.

## **Laická i odborná psychologická pomoc**

Některé ženy vyhledávají odbornou pomoc ještě v porodnici, jiné si neumí představit rozhovor s někým, kdo v takové situaci nebyl a vyhledávají podporu někoho, kdo podobnou „zkušeností“ prošel. Důležitou roli proto hraje jak **laické poradenství** (založeno na principu sdílení vlastní zkušenosti s někým, kdo podobnou situaci prožil, zpracoval a žije dál smysluplný a plnohodnotný život) a zahrnuje i svépomocná setkání, tak **odborná pomoc a podpora**. Odborná pomoc a podpora může mít více podob a rodiče ji využívají zejména v počátku truchlení. Své místo má určitě v případě, že se proces truchlení komplikuje a zasahuje dlouhodobě nepříznivě do osobnosti rodičů či vztahů s blízkým okolím (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé rodiče, sourozence, prarodiče, psychologické konzultace či psychoterapie, psychiatrická konzultace a podpora, sociálně-právní poradenství, spirituální a duchovní podpora).

Rizikové skupiny žen, které mají problém vyrovnat se s perinatální ztrátou jsou ženy po opakovaných potratech, infertilní, po umělém přerušení těhotenství, po vícečetných graviditách s úmrtím jednoho z dětí, ženy s nedávnou ztrátou (rozvod, úmrtí v rodně), ženy s pozitivní psychiatrickou anamnézou. Těmto ženám je vhodné nabídnout kontakty na odborníky a monitorovat proces truchlení.



Rodiče si mohou pomoci také sami. Oni nejlépe vědí, co jim v životě v těžkých chvílích pomáhalo, mohou hledat další možnosti. Je potřeba, aby o sebe pečovali, (pravidelně jedli, hýbali se, relaxovali, udělali si krátkou dovolenou do neznáma, hledali zdroje ve svém okolí, nespěchali na sebe a nezlobili se na sebe, poslouchali své potřeby a plánovali si své dny. Mohou si psát deník, pečovat o své vzpomínky, Najít si člověka, se kterým budou sdílet svůj smutek.

## **Zdravotnický personál**

Narození mrtvého miminka, či dítěte s život limitující vadou je zátěží pro rodiče, ale také zdravotnický personál, který má rodiče v péči. Zdravotnický personál musí počítat s tím, že emoční reakce rodičů mohou být velmi různé. Od racionálního přijetí, těžké depresivně úzkostné symptomatologie, přes totální odmítnutí, obviňování zdravotníků až po výrazně afektované projevy. Zdravotníci si tyto projevy nesmí brát osobně. Někdy se zdravotníci vyhýbavým chování, emočním odstupem či omezeným kontaktem chrání před mimořádnou emocionální zátěží. Nezpracované a nevyjadřované emoce jejich zátěž naopak zvyšují. Vhodným řešením je reflektování emocí a prožitků a jejich následné zpracování v supervizi. Je s výhodou, pokud jsou zdravotníci zaškoleni alespoň v základní krizové intervenci. Opečování sebe samých, , psychohygienu je pak prevencí přetížení a syndromu vyhoření.

Perinatální paliativní péče zahrnuje péči o celou rodinu. Nemocnice by si měly postupně vytvářet postupy ošetření prvotního i následného traumatu rodin, které postihla perinatální ztráta. Zdravotníci by měli vnímat bezpodmínečnou důstojnost lidského život jakkoli „ velkého“. Prevencí dlouhodobých komplikací je krizová intervence a dlouhodobá podpora rodiny po perinatální ztrátě.

Otevřená a soucitná komunikace zdravotníků, autenticita projevu, ocenění, individuální a nedirektivní přístup, který ponechává odpovědnost za rozhodování na ženě / rodičích pomáhají snižovat nežádoucí psychickou zátěž a rodině tak usnadnit průběh fázemi truchlením až k přijetí situace a k vyrovnání, které nastane za mnoho měsíců.

Psychologická podpora zdravotníků podílejících se na paliativní péči by měla být pravidelně podporována, neboť nejen pomáhá v prevenci syndromu vyhoření ale i nepřímo zvyšuje kvalitu poskytované péče

## Použitá literatura

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.

VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. 1.vyd.Praha : Portál, 2002. ISBN: 80-7178-696-9 .

KAST, Verena. *Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Praha: Portál, 2000. Spektrum (Portál). ISBN 80-7178-365-X.

KAST, Verena. *Truchlení: fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál, 2015. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0789-4.

Špatenková, N. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada, 2008. ISBN: 978-80-247-1740-1

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0121-4.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.

TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

MARKOVÁ, Daniela a Magdalena CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ. *Předčasně narozené dítě: následná péče - kdy začíná a kdy končí?*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1745-1.

RATISLAVOVÁ, Kateřina a Zuzana Hrušková. *Psychosociální podpora při úmrtí miminka: průvodce pro učitele pomáhajících profesí*. Praha: Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP, 2020. ISBN 978-80-270-6935-4.

Sobotková, P. *Místo rituálů v současné rodině*. Praha, 2003.142s. Diplomová práce. Filozofická fakulta, Univerzita Karlova v Praze, Katedra psychologie.