

# **Repetitorium sanoterapie**

**pro klinickou praxi  
a zdraví podporující chování**

**Lubomír Vašina**

**Brno 2013**

**Monografie Repetitorium sanoterapie pro klinickou praxi a zdraví podporující chování představuje jeden z výstupů řešení výzkumného projektu GAČR č. 13 – 19808: Chování zdraví podporující a ohrožující: determinanty, modely, konsekvence. Obsah monografie je v souladu s výzkumnými záměry řešitelů.**

**Jaroslava Dosedlová, koordinátorka a řešitelka GAČR č. 13.**

**Autor:** doc. PhDr. Lubomír Vašina, CSc.

**Grafický návrh obálky:** David Vašina

**Recenze:** externí recenzenti IMS Brno

**Vydal:** Institut mezioborových studií, Brno, 2013

**Jazyková korektura:** Monika Víchová

**Tisk:** BonnyPress, [www.bonny.cz](http://www.bonny.cz)

© Lubomír Vašina

© Institut mezioborových studií, Brno

**ISBN 978-80-87182-42-0**

## OBSAH

<b>Preambule</b>	<b>6</b>
<b>I. Somatická psychoterapie – sanoterapie</b>	<b>26</b>
I.1. Holistický přístup k člověku v sanoterapii	26
I.2. Psychofyzický problém	29
I.3. Pojetí emocionality pro klinickou praxi	43
I.4. Pojetí osobnosti pro klinickou praxi	59
<i>I.4.1. Elementární struktura sebekoncepce a její základní komponenty</i>	<i>63</i>
<i>I.4.2. Vývojový aspekt v klinicko-psychologickém pojetí osobnosti</i>	<i>66</i>
<i>I.4.3. Poruchy osobnosti</i>	<i>72</i>
<i>I.4.4. Psychické obrany já</i>	<i>80</i>
<i>I.4.5. Komplexní obranné charakterové struktury</i>	<i>87</i>
I.5. Zdroje somatické psychoterapie – sanoterapie	121
<i>I.5.1. Elementární teze z anatomie a fyziologie pohybového ústrojí</i>	<i>121</i>
<i>I.5.2. Základy neurovědy</i>	<i>128</i>
<i>I.5.3. Základy embryologie</i>	<i>139</i>
<i>I.5.4. Psychosomatika</i>	<i>147</i>
<i>I.5.4.1. Stručná historie psychosomatiky</i>	<i>150</i>
<b>II. Historie somatické psychoterapie, včetně sanoterapie</b>	<b>155</b>
II.1. Psychický element v somatické psychoterapii, včetně sanoterapie	159
II.2. Somatický element v somatické psychoterapii, včetně sanoterapie	179
<b>III. Základní cíle a formy kontaktu terapeuta s klientem v somatické psychoterapii, včetně sanoterapie</b>	<b>196</b>
III.1. Program somatické psychoterapie – sanoterapie	196
III.2. Přínos bezpečného a jistého terapeutického prostředí	199
III.3. Slovo v terapeutickém vztahu terapeuta a klienta	200
III.4. Některé bazální otázky zahajující terapeutický proces	200
III.5. Zvládání agresivních námitek	201
III.6. Projev některých převažujících osobnostních charakteristik a povahových rysů v jednání klienta	203
<b>IV. Některá základní témata v somatické psychoterapii, včetně sanoterapie v heslech</b>	<b>206</b>

<b>V. Stručný nástin sanoterapeutického scénáře a některé jeho prvky</b>	<b>225</b>
V.1. Některé prvky sanoterapeutického scénáře	226
<i>V.1.1. Vybrané postupy pro uzemnění (grounding)</i>	226
<i>V.1.2. Vybrané postupy práce s dechovou vlnou (centering)</i>	229
<i>V.1.3. Vybrané postupy práce s agresí a vztekem</i>	231
<i>V.1.4. Zkouška integrity a stability</i>	233
<i>V.1.5. Témata imaginativní části sanoterapeutického scénáře</i>	234
<i>V.1.6. Arteterapeutická témata v sanoterapeutickém scénáři</i>	235
<b>VI. Meditace v sanoterapii a příklady relaxačních postupů</b>	<b>237</b>
VI.1. Meditace v sanoterapii – od hodinové po čtyřhodinovou	237
VI.2. Příklady relaxačních postupů	237
<b>VII. Speciální cvičení pro prohloubení součinnosti pravé a levé hemisféry s cílem zlepšit si paměť</b>	<b>244</b>
<b>Literatura</b>	<b>205</b>

## ***Natura humana non sunt turpia!***

(Lidská přirozenost nemůže být špatná!)

### **PREAMBULE**

Preambule tohoto odborného textu nejen odkazuje, ale také navazuje na úvodní kapitoly předešlých publikací (Vašina, L., 1995, 2010, 2011), ve kterých jsme na faktech poukázali na krizi v psychologických vědních disciplínách, bohužel promítající se z teoretických psychologických vědních disciplín i do aplikovaných psychologických věd. Rovněž jsme navrhli a odůvodnili změnu stávajícího paradigmatu uvažování o psychických fenoménech a jejich možných poruchách. Preambule současně představuje záměr následujících kapitol, ve kterých nabízíme teoretickou bázi a praktickou příručku pro takový psychoterapeutický přístup k člověku s psychickými, psychosomatickými i somatopsychickými poruchami, který respektuje člověka v celistvosti, to znamená jeho psychickou stránku (včetně její spirituální dimenze) a somatickou stránku právě s jejich somatopsychickými a psychosomatickými dynamickými vztahy. Proto se v různých kapitolách této publikace opakovaně vracíme k určitému tématu nebo o stejném tématu uvažujeme v jiném kontextu a v jiné rovině. Jádrovým tématem této publikace je somatická psychoterapie – sanoterapie, její holistický přístup (z řec. holos – úplný, celý, sjednocený) k člověku se zdravotními obtížemi a současně s respektem k nelineární povaze psychických jevů. Rovněž se klade důraz na integrální propojení psychoterapie s péčí člověka o sama sebe (self-care) vzhledem k tomu, že člověka sice můžeme léčit, ale uzdravit se musí sám. Cílem sanoterapie není pouze pomoci člověku zbavit se odcizení a najít sebe, zbavit se nesouladu se sebou samým a s ostatními lidmi a iniciovat návrat člověka k jeho „původnímu zdravému stavu znejistění a znepokojení nad stavem věcí i k jeho původní zranitelnosti“. Obecným cílem sanoterapie je zlepšení kvality života člověka.

Je nutné poukázat na skutečnost, že v praktické činnosti se sanoterapie opírá o své kořeny v somatické psychoterapii jako celku a používá široké spektrum postupů, metod a technik jejích větví.

Sanoterapie jako jedna z větví somatické psychoterapie se však od ostatních větví liší mimo jiné především důrazem na adulting. Adulting v sanoterapii je terapeuticky navozený proces, směřující k přijetí vlastní dospělosti klientem a k přijetí odpovědnosti za své dospělé chování. Probíhá ve dvou fázích, a to ve fázi podpůrné a fázi léčebné a zotavovací. V první fázi procesu se jedná o vytvoření bezpečného a jistého prostředí pro klienta, aby při výpovědích o vlastních potížích byl kongruentní a terapeut měl tak možnost pomoci klientovy nalézt jeho skryté rezervy. Přitom je mu ze strany terapeuta poskytována strukturovaná podpora, s respektem ke klientově autentické výpovědi o sobě a s tolerancí k jeho „jinakosti“, pro získání reálného náhledu klienta na sebe. V první fázi sanoterapeutického procesu je rovněž potřebná restituce energetických zásob klienta, nutných pro cestu vedoucí k posunu či ke změně v něm samotném a pro jejich využitelnost v jeho běžném životě. To vše je pouze první krok. Druhým krokem je inspirace klienta k aktivitě a současně posilování jeho motivu k následné práci na sobě při hledání reálných cest, jak přijmout sebe sama v celistvosti

a zbavit se zmatení identity. Touto cestou se klient učí jak pracovat se svými stinnými stránkami a se slabostmi a jak s pomocí vlastního potenciálu a podpory terapeuta řešit tíživý aktuální problém a zbavit se tak utrpení, které brání člověku, aby s jím vnímanou perspektivou směřoval do budoucnosti, nestagnoval a nerezignoval. Sanoterapie totiž nezůstává pouze u nastavení „zrcadla“ pro získání náhledu klienta na sebe a při konstatování, co je v něm „horší a co je lepší“.

Zjednodušeně řečeno, v životě máme dvě elementární jistoty, a to matku a smrt. Proto si sanoterapie všímá, zda v případě konkrétního člověka vstupujícího do role klienta se na jeho aktuálním problému také „nepodepsaly“ konflikty, nezpracovaná traumata či emoční zranění související s degradací některé z těchto dvou elementárních jistot. Sanoterapie si všímá, kdo z lidí důležitých pro klienta se během jeho vývoje spolupodílel na eventuální klientově trýzni, kvůli čemuž svoje dětství považuje za drama. Vedle zpracovávání aktuálního problému klienta jako dospělého člověka je v sanoterapii nastolena i cesta, směřující k vyrovnání se klienta s možnými přetrvávajícími následky střetávání dvou protichůdných sil v jeho dětství. Ty pak negativně ovlivňují jeho život i v dospělosti jako určité reziduum z dětství. Často se jedná o střety mezi úzkostí, obavami, nejistotou z možného odloučení nebo opouštění a hněvem až nenávistí k rodičům za nenaplnění potřeby bezpečí a jistoty na cestě k vlastní identitě. Dětské **já** zahrnuje v symbiotickém vztahu s matkou i matku a právě v separačním procesu odděluje tento „vnější“ svět. Celý proces je pro dítě citově náročný a necítí-li se dítě bezpečně a není-li uspokojována jeho potřeba lásky, bezpečí a jistoty, potom se zvyšuje intenzita jeho úzkosti, na což dítě reaguje mimo jiné i zlobou a nenávistí k matce. Tyto negativní emoce vůči matce však nesmí být dítětem projeveny (dítě si je nedovolí), a tak člověk postupně „udělá“ problém sám ze sebe.

V dospělosti se mohou preoidipální citové problémy promítat jako labilní emoční pozadí v případě navazování například partnerského vztahu v podobě neuskutečnitelného přání symbioticky splynout s druhým člověkem a být tak „kompletní“. Ovšem jedná se o výsledek složitého střetávání v jednom kadlubu mnoha ambivalentních prožitků od úzkosti ze splnutí či pohlcení rodičem nebo nějakou autoritou, spojené s usilovnou snahou ve všem jim vyhovět a nalézt úlevu, a současně úzkost, deprese a pocit osamělosti, nejistoty, beznaděje, když se splnutí nedaří. A nakonec i vztek a nenávist k rodičům, bránícím naplnění čas od času aktualizované potřeby člověka vymanit se z toho sevření a nalézt odpověď na otázku, kým vlastně je a jaký je smysl jeho existence na tomto světě. A opět tyto negativní emoce vůči rodičům, vůči autoritě nesmí být projeveny (dítě si je nedovolí) a člověk raději „udělá“ problém sám ze sebe v podobě úzkostných poruch, fobií apod. Jak intenzivní budou tyto složité procesy a jaký bude jejich výsledek, závisí na tom, jakou zásadní úlohu v těchto procesech hrály převažující výchovné styly rodičů či nedostatek bližšího zájmu o dítě ze strany rodičů. Nebo zda se jednalo o ve výchově problematické rodiče, kteří naopak přespříliš pečovali o své dítě a „drželi mu v dětství tak pevně palce“, až se bez rodiče nebo bez nějaké autority nemohlo přirozeně a spontánně projevovat a vykročit tak na cestu k nalezení vlastní identity. Ještě více dezintegrujícím způsobem působí na dítě rozpad rodiny ve smyslu tzv. broken home. Do všech těchto procesů jako výrazné patogenní agens zpětnovazební cestou vstupuje prohlubující se disharmonie ve struktuře osobnosti. Překážka na cestě k vlastní identitě má (mimo jiné) mnohdy za následek vznik falešného já. Falešné já může mít dvě podoby. Jednak přirozenému **já** nepřináležející narcistický element a jednak element odcizenosti sobě a s tím související intenzivní pocit prázdnoty. V prvním případě se jedná o **já** samo sebe obdivující a současně křehké, mající sice pocit všemocnosti a velkoleposti, které však závisí na obdivu ostatních lidí. V případě pocitu ohrožení se uchyluje do ústraní, stává se nedostupným pro ostatní lidi. V takto získaném čase pak hledá autoritu, kterou si potřebuje

idealizovat a ke které se pak pevně přimkne. Skrze tuto autoritu opět získává svoji velkolepost, přičemž autoritu následně neguje. Ve druhém případě se jedná o **já** přesvědčené o vlastní bezcennosti, hledající někoho, ke komu by se mohlo upnout a zbavit se tak utrpení z opuštěnosti, prázdnoty a zranitelnosti. Když se to nedaří, ponoří se ještě hlouběji do prázdnoty, kam za ním nikdo nemůže a nemůže ho ani trýznit. Falešné **já** nemá šanci samo nalézt východisko a následnou úlevu ze stávajících potíží. Někteří lidé si natolik přejí uniknout trýzni, která doprovází jejich zatím neúspěšné směřování k jádru osobnosti, k vlastní identitě, že raději negují svoje **já** a z nepochopení smyslu například meditace poukazují na to, že právě touto cestou je možné „rozpuštění“ **já**, navíc doprovázené příjemnými až extatickými zážitky. Samozřejmě je to nesmysl. Zcela jednoduše řečeno, smysl meditace spočívá v navození harmonie mysli a homeostázy v těle, ve vyladění mysli a těla. Meditací se také rozvíjí duševní schopnosti člověka. Sebemrškačství, rozvolnění hranic **já**, otevření se volnému průběhu emocí nebo popírání emocí, negace vlastního těla nebo jeho částí atd., nic z toho nepřinese člověku úlevu z trýzně. Popírání emocí je jeden z mnoha paradoxů, kterými si člověk znesnadňuje život, protože v popírání emocí je **strach** z emocí. Stejně tak je tomu v případě falešného **já**, které tvrdí, že vyprázdněním mysli, emocionálně zabarvených myšlenek, vlastně jakýchkoliv myšlenek (čili v tomto případě by se jednalo o ztotožnění myšlenkové činnosti s **já**), lze dosáhnout stavu, kdy ani **já** nebude existovat. V určité fázi meditačního procesu je možné přestat se bát vlastní mysli (která produkuje obavy z lidí, z emocí, ze smrti atd.), dosáhnout určitého zklidnění. Takový stav pak umožňuje všimnout si projevů falešného **já**. Je to první krok k úzdavě.

Sanoterapie inspiruje dospělého klienta k přijetí nejistoty, „odmaskování“ negativních emocí k rodičům a přiznání si vlastní dětské nenávisti k rodičům. Pouze touto cestou je pak možné nalézt odpuštění sobě i rodičům bez neurotických reakcí a bez utrpení z pocitu vlastní zkaženosti. A teprve poté je možné nalézt cestu k rozpuštění falešného **já**, cestu ke zpracování traumat z dětství a k přijetí všech dosavadních kapitol svého životního příběhu.

V případě problémů s druhou elementární jistotou člověka, a to se směřováním k vlastnímu zániku, je důležité, jak člověk pojímá vlastní život. Jestliže není s touto stránkou bytí vyrovnaný, stává se to zdrojem neurotických potíží. Má-li člověk představu, že v životě je vše marné, v rozkladu a směřující k zániku, svědčí to o tom, že nedospěl bez definic, frází, bez manipulativního výkladu podstaty života ze strany jiných lidí, k pochopení smyslu života na tomto světě, včetně toho svého bytí.

Každý člověk se potřebuje prožívat a poznávat jako subjekt i objekt, aby se zbavil existenciální nejistoty, beznaděje, prázdnoty a pocitu vlastní bezcennosti a našel smysl své existence. V tomto případě problémy dospělého člověka mohou mimo jiné souviset i s „přílišnou“ a svazující absolutizací druhé elementární jistoty člověka, kterou je jeho přirozená smrt. V tomto případě člověk nemůže prožít tvůrčím, pro sebe i pro druhé přínosným způsobem svůj život. Neposkytne si šanci mít radost, satisfakci za zdolání překážek, za to, že „unesl“ bolest a smutek, štěstí za to, že vykonal něco ve prospěch druhého člověka, potěšení z maličností i z rozmanitosti života kolem sebe, protože je vlastně ani nemůže „vidět“. Jeho život probíhá pod prizmatem trýzně, utrpení a vše zahrnujícího pocitu marnosti z nesplněných, ale i nesplnitelných přání a tužeb, nebo žije svůj život pod prizmatem všednosti a nudy. Jeho **já** je sevřeno psychickými obranami od racionalizace, intelektualizace a různé další formy psychické obrany, až po touhu splýnout s nějakou pro člověka absolutní autoritou, a to s neurotickou vírou, že za něho bude žít jeho vlastní „těžký“ život a ještě se o něho postará „po životě“. Vystává zde závažná otázka, proč a za co by pak měla být v nějaké další formě prodloužena existence tohoto člověka, když on sám svůj život znevážil a odmítl to, k čemu byl určený. Proto je nezbytně nutné v terapii nalézt příčiny ztráty



odvahy žít svůj život. To, co bylo výše uvedeno, je totiž v rozporu s vnitřním imperativem člověka, který je imanentní součástí života, a to „žij a nech žít“, aby byl život ze své podstaty navždy zachován! Je nutné nalézt příčiny takové rezignace na vlastní život nebo znevážení vlastního života a zjistit, kdo z lidí, představujících pro dotyčného člověka sociální oporu (v tomto případě se jedná spíše o kvazi oporu), se na tom spolupodílel a proč. Poté následuje terapeutická cesta pro zpracování traumatu, nalezení vlastní identity a vlastního potenciálu pro projevení lidskosti a přirozené (nikoliv neurotické nebo jinak patické) odpoutání se od minulosti.

Nyní se vrátíme ke druhé fázi restituce dospělosti. Adulting ve své druhé fázi posiluje takové jednání (chování a prožívání), které vede klienta k permanentnímu rozvíjení (zrání) dospělosti v průběhu jeho dalšího života, a to již bez terapeutické „berly“. Čili v případě klienta nás zajímá dlouhodobý efekt terapie, nejen to, co se s ním děje pouze v prostředí terapeutovy ordinace, ale také jak posun či změna v něm samotném přispívají ke zlepšení kvality jeho každodenního života. Uplatňují se zde sanoterapeutické postupy, jejichž cílem je probudit v dospělém člověku „důvěru ve vlastní dospělé nohy“, důvěru v hodnotu svého lidství a pokoru k hodnotám člověka přesahujícím. Rovněž to v člověku posiluje ochotu (motiv) a odvahu dospěle a smysluplně fungovat v mezilidských vztazích a v reálném světě, jenž ho bezprostředně obklopuje, i odvahu a rozhodnost při zdolávání překážek a zvládání nesnází.

V úvodním textu rovněž poukazujeme na možnosti a meze somatické psychoterapie – sanoterapie. Upřesníme, co tvoří podstatu somatické psychoterapie – sanoterapie, a uvedeme její vymezení vůči některým jiným psychoterapeutickým směrům. Sanoterapie má silný potenciál, ale má i hranici, po kterou dosahuje její kompetence.

Imanentní součástí sanoterapeutického přístupu je zpracování uzlových míst – těch, která jsou pro člověka kritická, jím zatím nepochopená, neodreagovaná a nezpracovaná a vedoucí k jeho aktuálním i chronickým zdravotním obtížím, a to jak v rovině psychické, tak i somatické. Chceme dosáhnout toho, aby tato místa nebyla kriticky „uzlová“, ale člověkem přijata jako přirozená součást smysluplného plynutí jeho života. Nevytrháváme z celkového kontextu psychoterapeutické péče o klienta, z jeho autentické výpovědi o svých zdravotních obtížích, jeho životní příběh jako „něco“ odděleného od něho samotného. Představitelé některých psychoterapeutických směrů přesouvají životní příběh klienta do virtuální roviny. Děje se tak bez zakotvení klienta v jeho pocitech a prožitcích, bez zakotvení v těle, které je však vždy přirozeně přítomno a tedy bez zakotvení člověka v celistvosti v přítomnosti a bez zakotvení v předivu jeho reálných mezilidských vztahů. Děje se tak proto, aby terapeut poté mohl na pozadí svých o životě filozofujících úvah nabídnout klientovi alternativní, z úhlu pohledu terapeuta „jediný správný“ výklad klientova vlastního životního příběhu.

Pro sanoterapii je samozřejmostí v procesu dialogu a naslouchání klientovi zjištění úrovně jeho potenciálu pro spoluúčast na vlastním směřování k uzdravení. Součástí takové léčby jsou pro klienta inspirativní postupy a metody, pracující s různými stránkami jeho tělesnosti, emocionality, racionality a sociability s cílem získat člověka pro spolupráci a posílit v něm motiv pro zdraví podporující chování. Je zde respektován fakt, že určující agens, spouštějící jednání každého zdravého člověka, je jeho **já** (bez narcistického elementu a s pokorou a přirozeným respektem k sebezpřesahujícím hodnotám), kolem kterého jsou pro něho charakteristickým způsobem uspořádány do jedinečného kompozita jemu příslušející osobnostní charakteristiky a povahové rysy. Důležitou úlohu v rozhodování **já** rovněž hraje spirituální dimenze, která je imanentní součástí lidské psychiky, dále hierarchický hodnotový systém a také hodnota skutečných mezilidských vztahů člověka. V neposlední řadě v každém rozhodování člověka důležitou úlohu hraje jedinečná osobní zkušenost a jeho převažující

poznatky z dosavadního průběhu vlastního životního příběhu. To vše se promítá do rozhodnutí klienta, zda přijme, nebo nepřijme náměty terapeuta ke zlepšení vlastního zdraví. Proto se v dialogu vždy musíme ptát, jak člověk rozumí procesu, který v něm iniciujeme, a zda jsou pro něho smysluplné a inspirativní i dílčí fáze terapeutického procesu. Součástí takového postupu v sanoterapii je také posilování klientovy všímavosti k pocitům a prožitkům promítajícím se v různých oblastech jeho tělesného schématu a podpora jeho zakotvenosti v přítomnosti. To vše skrze postupy zaměřené na jeho tělesnost a v případě nutnosti i skrze restrukturuaci jeho tělesného sebepojetí. Jinak řečeno, v somatické psychoterapii – sanoterapii postupujeme opačnou cestou než některé psychoterapie, a to od člověka v celistvosti. Člověk je nemocný, a proto se nejedná pouze o „odstranění“ nemoci jako cizorodého elementu, ale o vyléčení člověka.

Nezbytně nutná je analýza procesu, který směřoval ke vzniku konkrétních příznaků nemoci, až po zjištění příčin těchto příznaků, ať již se jedná o symptomy psychické nebo somatické, včetně jejich obousměrných vztahů. Avšak a priori se nepracuje pouze se symptomy, syndromy, s klinickým obrazem nemoci, ale s člověkem a jeho psychickými, psychosomatickými, somatopsychickými a somatoformními obtížemi, ze kterých pak postupně spolu s ním (tak, aby jemu rezonovalo to, co právě sledujeme a o čem hovoříme) sestavujeme globální obraz vzniku jeho eventuálního psychického a somatického onemocnění. Rovněž sledujeme abnormální změny v dynamice doprovodných somatopsychických, psychosomatických, neuropsychických a vegetativních procesů, které se manifestují prostřednictvím variujících symptomů, a analyzujeme intervenující proměnné, které tyto změny vyvolávají. To vše s cílem použít takové sanoterapeutické sety a postupy i metody somatické psychoterapie – sanoterapie, které by přesně odpovídaly potřebám psychoterapeutické práce s konkrétním člověkem. Je-li nutné použít i testovou baterii, potom diagnostické metody neslouží k tomu, abychom si posílili dojem z vlastní odbornosti. Za faux pas klinického psychologa v tomto kontextu považujeme takové jednání, kdy dotyčný psychoterapeut přidává do testové baterie určité dotazníky jen proto, že jsou často zmiňovány v odborných člancích, nebo jsou z určitého úhlu pohledu atraktivní. Bohužel jejich použití je pak mnohdy nesmyslné vzhledem ke konkrétnímu onemocnění konkrétního klienta. Rovněž se u některých klinických psychologů setkáváme v praxi s tím, že do výsledku vyšetření zahrnou všechny příznaky, které je použitý diagnostický nástroj schopen podchytit. A to bez ohledu na skutečnost, že v případě právě konkrétního člověka se vyskytují v klinickém obraze jeho onemocnění z celého syndromu například pouze dva nebo tři příznaky. V sanoterapii nepředjímáme, že v klinickém obraze jsou nevyskytující se symptomy určitě latentně přítomné. Bohužel v posledních letech se stále častěji setkáváme s výše uvedenými excesy v kazuistikách na některých klinických pracovištích. Vytváří to dojem, že tito odborníci pracují pod heslem „čím více příznaků, tím více klinický psycholog“!

Proto v současnosti ještě více než v předešlých obdobích vystupují do popředí nároky na širší a hlubší (niterné) vzdělávání klinických psychologů a na zkvalitnění jejich psychoterapeutického výcviku. Velký otazník je za skutečností, že některé i akreditované psychoterapeutické instituce dokonce povolí výcvik v psychoterapii i studentům (sic!), kteří tak ještě než ukončí jednooborové magisterské studium psychologie, jsou již psychoterapeuty s diplomem! Touto situací by se měla v zájmu klientů zabývat příslušná odborná konsilia. Je to důležité i vzhledem k tomu, že se v populaci zvyšuje procento lidí s depresemi, s dystymií, s úzkostnými duševními poruchami, s neurotickými onemocněními a především s psychosomatickými, somatoformními poruchami a somatizačními vegetativními poruchami, a ti hledají „kohokoliv“ s vizitkou psychoterapeut. Přestože katedry psychologie opouští v ČR ročně několik desítek klinických psycholožek a psychologů, mnozí potenciální klienti i týdný

nemohou najít takového klinického psychologa a terapeuta, od kterého by po prvních sezeních neodešli a od terapeutického kontaktu by plynule přešli k terapeutickému vztahu. Je sice skutečností, že u některých z nich během doby, kdy shání psychoterapeuta, může například deprese odeznít, ale to jistě není ta žádoucí „psychoterapie“.

Bohužel ve stále širším měřítku se v populaci mladých lidí začínají vyskytovat problémy v mezilidských vztazích, mimo jiné také v důsledku nenaplnění potřeby bezpečí, jistoty a lásky v dětství, protože chyběl a mnohdy stále chybí jeden z rodičů, nebo děti rodiče mají, ale ti zase neměli na své děti čas či byli ve vztahu k dítěti pouze dobře „technicky zdatní“. Rodičům v tomto případě chyběl cit nebo naopak rodičovský cit a péče je natolik pro dítě poutající, že neposkytuje prostor jeho přirozenému a spontánnímu projevu a nalezení vlastní identity. To vše se pak v nějaké podobě může spolupodílet na psychických obtížích také v dospělosti.

Bohužel na světě máme pouze dvě jistoty, a to matku a smrt, z čehož vyplývá i naše zranitelnost. Jak jsme již uvedli dříve, neplní-li matka plnohodnotně svoji rodičovskou roli, nemůže se ani dítě cítit bezpečně a jistě. Jeho **já** je emočně snadno zranitelné, má problémy s hranicemi, pulzuje mezi pólem naplněným obavami, úzkostmi z opouštění, odmítnutí a pólem naplněným obavami a úzkostí ze splnutí nebo si toto splnutí naopak přeje. Je tak založeno i na disharmonický vývoj osobnosti. Dítě čas od času pociťuje hněv až nenávisť k takovému rodiči, ale **já** dítěte se děsí takových emocí a raději obrací úzkost vůči sobě a samo ze sebe pak udělá problém. Úzkost se poté začne promítat do podoby různých forem duševních poruch, od generalizované úzkostné poruchy až po fobie. Samozřejmě výše uvedené není natolik fatální, že by nebyla žádná šance na zcela jinou osobní historii v dalších etapách vývoje dítěte. Nesmíme zapomenout na možnou pozitivní úlohu otce či jiných, pro dítě rozhodujících lidí. Lidí, kteří představovali pro dítě dobrou sociální oporu. Významným faktorem v tomto procesu je samozřejmě i vlastní potenciál vyvíjejícího se dítěte.

Když se však dětem nedaří naplňovat jejich přirozené potřeby a dosahovat přirozených a věku přiměřených práv, pak později mnozí z těchto mladých lidí potřebují snadno navozeným vzrušením překrýt svoje trápení a trýzeň. Jsou motivováni k rizikovému chování, snadno spouští neřízenou agresi ve svém destruktivním chování a podceňují následky svého jednání. Kladou, důraz na „můj“ a na chování za každou cenu nezávislé na kultuře. V útlumu se však nudí nebo se bojí být hic et nunc v kontaktu se sebou. Mnozí z nich potřebují expresivní šokující barevné modulace, neobvyklé fantaskní tvary a bytosti, rytmus, který vyvolává v těle silné vibrace (tělo je vlastně soustava trubic a dutých orgánů) a uvolní adrenalin pro nástup agrese, hluk a hřmot, aby přehlušili do obsahu vědomí prosazující se bolestivá traumata a vzpomínky z dětství jako drama a unikli tak od sebe. Přitahují je atributy smrti, zla, démoni a jiná destruktivně působící monstra, která je „odvádí“ do virtuálního světa například skrze počítačové hry atd. Reálný svět je pro ně příliš zraňující. Nikdo jim také nepomohl od dětství si budovat etický a morální filtr, hierarchický hodnotový systém vůči sobeckým, agresivním, kořistnickým impulsům, lidsky nepřijatelným přáním a touhám atd. Rodiče je vlastně ani nepotřebovali a ani nepotřebují. Prostě nic přirozeného, čistě lidského jim nemůže, podle jejich mínění, pomoci přehlušit pocity osamělosti, prázdnoty, nejistoty, nicotnosti a prožitek úzkosti. A domnívají se, že societa je nakonec také nepotřebuje. Svoji situaci pak řeší pomocí alkoholu, drog, promiskuitou a dalšími formami rizikového stylu života.

Dalším zdrojem zdravotních obtíží lidí jsou manipulace módními trendy v societě, které v širším měřítku ovlivňují myšlení lidí a tvrdě zvýrazňující jednu stránku existence člověka na úkor jeho ostatních stránek. Člověk je pak tlačěn do role, přebírá masku a když „nestihá“ vyvíjející se trendy (zdaleka to nemusí být jen módní trend v oblečení), je silně neurotizován

marnou snahou jevit se jiný, než je jeho přirozenost, tedy „lepší“ podle nějakého jemu implantovanému vzoru tak, aby byl „in“! Lidé si, podle svého mínění, nemohou dovolit být těmi, kterými ve skutečnosti jsou, protože by za to mohli být vytlačeni na okraj hlavního proudu ve společnosti, popřípadě by mohli být dehonestováni. Výsledkem jsou závažné poruchy duševního i tělesného zdraví. Touto cestou se v societě stále více zvyšuje počet potenciálních klientů psychologických ordinací.

Kvalitním a úspěšným, tudíž societou přijímaným člověkem je dotyčný pouze tehdy, když je vždy oblečený podle nějakého pofiderního módního guru, baví se podle dominujícího módního vzoru, musí být „in“ a „cool“ v dialogu, v písemném projevu, ve vztazích atd. „In“ je člověk pouze tehdy, když je štíhlý, aktivní, happy?! Ještě nikdy dříve nebylo v populaci tak vysoké procento lidí s poruchami příjmu potravy a lidí po plastických chirurgických zákrocích pro zkrášlení fyzického vzhledu. Týká se to lidí s vážnými problémy v tělesném sebepojetí, lidí v depresi, lidí s různými důsledky psychické desintegrace atd. Znovu opakujeme, že významné procento z nich jsou lidé, kterým část society a některá média, podle jejich mínění, nedovoluje být sebou samými, přijímat se takoví, jací jsou ve skutečnosti, protože to je „špatně“.

Jednou z cest, jak si pomoci z výše uvedených potíží, je cesta k lepšímu porozumění sobě samému, přijetí sebe sama v celistvosti a uvědomění si vlastní hodnoty generující z lidství. Je to cesta k porozumění svým silným i slabým stránkám a přijetí i těch slabých stránek, protože člověk je tak silný, do jaké míry je schopen akceptovat svoje slabé stránky. Touto cestou lze nalézt odvahu k práci s vlastními limity a omezeními tak, aby výsledek takové práce se sebou samým při konfrontaci s reálnou hrozbou obstál a nevedl ke kolapsu a k pocitu nedostačivosti, méněcennosti, nesvobody, osamělosti, prázdnoty a eventuálně k deformaci lidství. Nedaří-li se člověku nastoupit takovou cestu ve svůj prospěch, může mu pomoci některý z psychotherapeutických směrů, ovšem ne jakýkoliv „módní trend“ v psychotherapii. Důležité pro efekt psychotherapie je, aby její postupy v klientovi rezonovaly s jeho psychickým uspořádáním, s jeho potřebami a přáním dosáhnout určitého reálného cíle. Pomoci člověku na této cestě může psychotherapeutická léčba v „rukou“ erudovaného psychotherapeuta, který je současně ochotný permanentně pracovat na svém rozvoji. Klientovi nepomůže „specialista na správný život“! Pro psychotherapeuta by měla být samozřejmostí čas od času i supervize, chceli zrát a vyhnout se například pouhým „módním trendům“ v psychotherapii a být „in“, nebo chce-li zabránit možnému vzniku syndromu vyhoření a zůstat tak užitečný sobě a druhým lidem. Psychotherapeut mimo jiné musí umět nejen naslouchat, být trpělivý, tolerantní, tvůrčí, přívětivý a s přirozeným respektem ke druhému člověku, ale také musí být dobrým pozorovatelem. Předpokladem dobrého pozorovatele je přirozená sociální a emoční inteligence (jejich nižší úroveň je handicapem pro pozorovatele), sociální nezávislost na poli (opak je předpokladem pro „stádnost“), emoční stabilita, dobrá sebekázeň a sebeovládání, empatie a afilativní (opakem je avidita) a altruistické chování, otevřenost (nikoliv rigidita) vůči odlišným názorům, mírnost ve výrazech a emočních projevech, spíše optimismus, soucitnost (nikoliv lítostivost), přirozené sebevědomí a dobrý vztah k sobě a absence poruchy osobnosti.

**Každý psychotherapeut by měl vždy při výkonu svého povolání respektovat pravidlo, že to může „být a také jít i jinak...“!** Psychotherapeutická léčba, to je proces, hledání kontaktu s já klienta, s jeho subjektivitou. V tomto procesu se mimo jiné jedná o hledání důvodů, proč právě takové touhy, přání, dominující potřeby, obavy, strach, nejistotu atd. má konkrétní člověk v roli klienta, jaký mají pro něho smysl a jaký mají podíl na jeho zdravotních obtížích. Ptáme se, z jakého důvodu vlastně klient psychicky a často i fyzicky strádá a i kdyby byl takový důvod objektivně málo významný (a terapeut by nesouhlasil s mírou jeho závažnosti),

vždy musíme respektovat tu míru závažnosti, kterou příčinám svých problémů a problému samotnému přikládá klient. Psychoterapeut vždy směřuje k samotné podstatě problémů svého klienta, k hlubším, objektivním příčinám těchto problémů konkrétního člověka a usiluje se o poznání „co skutečně dotyčný člověk potřebuje“. Současně se usiluje o poznání podstaty klienta, na čem je v případě konkrétního člověka možné ještě stavět, jaké jsou jeho rezervy a k čemu je možné inspirovat ho tak, že je zde šance na pozitivní posun nebo dokonce šance pro změnu k lepšímu. Nejedná se pouze o odhalení minulých traumat, konfliktů, emočních zranění, ale také o nalezení cesty, co s nimi udělat tak, aby se taková cesta v konečném důsledku projevila zlepšením kvality života klienta. Při odkrývání minulosti je v procesu sanoterapie vždy kladen důraz na současné pochopení emočních prožitků klienta v přítomnosti, které terapeutický proces doprovázejí. Toto zakotvení pocitů a prožitků (se stopami minulosti) v těle, a tudíž v přítomnosti, poskytuje klientovi šanci se s nimi lépe vyrovnávat a zklidnit neurotickou mysl. Klient se současně zbavuje dojmu, že jeho duševní porucha je něco zavrženíhodného a přestává ji brát jako nepřítele, kterého, jako cizorodý prvek v něm samotném, je nutné potlačit, odmítat a usilovat o jeho ignoraci, protože člověk sám nemá dost potenciálu na to, aby ho definitivně porazil a z mysli vypudil. Když se to nedaří, prohlubuje se úzkost, strach i zlost, které jsou v pojetí klienta tak silné a nebezpečné, že zesilují psychické obrany, zejména popírání. Prohlubuje se pocit nedostačivosti, méněcennosti a nejistoty a já člověka tak navíc udělá problém i ze sebe samého, navíc například rozvinutím fobického strachu. A právě připustit si a přijmout, že nemoc je součástí člověka samotného, znamená integrovat nemoc, poznat ji a porozumět jí a dát tak příležitost vlastnímu potenciálu spustit uzdravný proces. Není-li momentálně dostatečný vlastní potenciál pro uvedenou cestu, je nutné připustit si, že je možné část kompetence za sebe na určitou dobu předat odborníkovi v dané oblasti a mít tak šanci k posílení vlastního potenciálu a k nalezení cesty k uzdravení v procesu terapie. V sanoterapii se rovněž pracuje se stávajícími vztahovými vzorci klienta, které ho mohou poutat, neurotizovat a blokovat jeho snahu „něco“ ve svůj prospěch změnit a se kterými si zatím neví rady. Nebo to mohou být vztahy naopak podpůrné a vyživující, kterým však klient z nějakého jemu vlastního důvodu nevěnoval dostatečnou pozornost. Proto je pro terapeuta důležité dozvědět se, co si o tom všem v tomto bodě (a samozřejmě i v průběhu celého terapeutického procesu) vlastně myslí klient sám. Jaký smysl mu terapeutický proces poskytuje, ovšem nikoliv jako nějaký obecně platný normativ zdravého bytí! Nelze očekávat rychlý pozitivní posun, rychlé odstranění potíží, jestliže především klient sám není ochoten něco se sebou a pro sebe podstatného udělat! Psychoterapeut, který si zvolil cestu somatické psychoterapie – sanoterapie, svými specifickými postupy pomůže tam, kde v úvodu terapie se klient příliš obává o sobě hovořit, je plachý, stydlivý, úzkostný a zatím nemá dost odvahy, dost energie a sil na to, aby provedl takovou sondu a rekapitulaci svého dosavadního životního příběhu. Psychoterapeut poté doprovází v procesu sanoterapie klienta do té doby, než je schopen „sám se postavit na své dospělé nohy“ a „vykročit tak do života“. Současně zde musí být důvěra klienta v psychoterapeuta, který nemůže být pro klienta pouze autoritou odbornou, ale musí být i autoritou lidskou. Jen tak lze u člověka v roli klienta iniciovat uzdravný proces a aktualizovat v něm motiv pro zdraví podporující chování a zdravý životní styl. Psychoterapeut nemůže vystupovat jako „specialista na dobrý život“, protože uzdravit se musí klient nakonec vždy sám!

V obecné rovině platí, že psychoterapeutická cesta, kterou psychoterapeut u konkrétního člověka zvolí vzhledem k jeho problému, musí vést skrze empatii k pochopení míry klientovy lidskosti, ochoty spolupracovat. Je to cesta k pochopení převažujícího způsobu „fungování“ klientova **já**. To je velice důležité, protože terapeut má pak šanci iniciovat v klientovi konkrétní kroky k cestě směřující k pochopení pravé podstaty jeho **já**. Je to cesta k nalezení

identity, cesta k pochopení, kým vlastně člověk skutečně je. Pouze touto cestou je možné změnit psychickou bolest, psychické utrpení, trýzeň člověka, jejíž příčinou je mnohdy právě jemu „nesrozumitelné“ **já** v nesnázích. Je to cesta jak se zbavit masky, role, falešného já. Rovněž je to cesta k porozumění zdrojům, které má ještě klient v sobě k dispozici proto, aby se „zvedl ode dna“. Aby psychoterapeut mohl na této cestě klienta doprovázet, musí v sobě dát prostor procesu, který má charakter pulsace (od sebe ke klientovi a od klienta k sobě), aby porozuměl tomu, co je ještě o něm samotném v jeho mysli a v jeho prožitku a co je již o druhém člověku, o klientovi jako výsledek vcítění se a přiblížení se k jeho formě bytí. Tento proces je nezbytně nutný pro vytvoření takového psychoterapeutického vztahu, který nese v sobě potenciál usnadňující klientovi cítit se bezpečně a jistě a současně mu poskytuje šanci nalézt odvahu k vyjádření se bez neurotického studu, neurotické viny, odporu, vzdoru, hněvu atd. ke všemu, co souvisí s jeho jádrovým problémem. V takovém případě je výsledkem přijetí svých zdravotních obtíží a bez nesplnitelných přání či mučivých tužeb a s upřímností k sobě otevření se léčbě bolestivých stránek svého dosavadního životního příběhu. Člověk v roli klienta se tak stává objektem i subjektem léčebného procesu a směřování k uzdravení. Čili jedná se o vztah bez přenosů a protipřenosů, v němž si klient může dovolit projevit se kongruentně, bez masky, bez manipulací se sebou samým a bez manipulací s terapeutem, bez lhaní sobě i druhému člověku, bez neurotického studu a neurotické viny, nikoliv v roli, ale jako autentický dospělý člověk, který je si vědom své zranitelnosti, ale i odolnosti. Současně je v tomto procesu utváření produktivního terapeutického vztahu nezbytná cesta terapeuta k dobrému zakotvení v sobě samém (hic et nunc) při prvních kontaktech a následném dialogu s „cizím“ člověkem, který právě vstupuje do role klienta. Je to nezbytné pro uvědomění si, zda bude pro psychoterapeuta reálně možné právě s tímto novým klientem terapeuticky pracovat. Nebo bude muset zvažovat, ke kterému kolegovi-psychoterapeutovi člověka se zdravotním problémem poslat. Je to nutné vzhledem k tomu, že se ukáže jako nezbytnost s dotčným člověkem pracovat jinou terapeutickou cestou k vyřešení jeho problému, než mu v tomto případě může nabídnout například sanoterapie.

V případě přijetí klienta do terapie je důležité také dobré zakotvení terapeuta v přítomnosti, uvědomění si pocitů a emocí, které v psychoterapeutovi klient vyvolává a ve kterých částech jeho těla jsou nejvíce proječovány, aby tak pregnantně odlišil to, co je on sám a to, co je již v důsledku empatie „klient a jeho pocity a prožitky“. Je to důležité i pro uvědomění si eventuálního protipřenosu a také proto, aby terapeut „neztratil“ v tomto, mnohdy dlouhodobém psychoterapeutickém procesu, člověka v roli klienta a nepracoval tak nakonec pouze se symptomem či syndromem klienta nebo dokonce „sám se sebou“!

Existuje řada forem **přenosu** (nebo typů přenosu), čili neurotických reakcí klienta na terapeuta. Například Praško (2003) uvádí **typ obdivující-nezávislý**, kdy klient má zážitek, že terapeut je výborný, stejně jako je výborný klient sám, a je dobré se s ním setkávat, protože by mohl klientovi v něčem pomoci. Ovšem v konečném důsledku si musí klient (což je jeho vnitřní přesvědčení) přece jen situaci „nějak“ řešit sám. V tomto vztahu je klient příjemně emočně naladěný, s terapeutem má potřebu diskutovat, nabízet opačné postupy, někdy i soupeřit, ale spíše se jedná sem tam o nadsázku, než o vyhrocení vztahu. Úkol, který má klient v rámci terapie udělat doma, někdy splní, jindy ho odkládá. Často klade důraz na dobrovolnost a svobodu ve vztahu s terapeutem. Proto terapeut musí nejprve v procesu terapie věnovat pozornost zpracování mírně narcistického postoje klienta k terapii, dále nabídnout klientovi cestu ke zpracování potřeby být výjimečný mezi lidmi, a sám terapeut současně musí rázně „sestoupit z podstavce“, na který ho z hlediska vlastní potřeby postavil klient. Současně je nutné trvat na plnění úkolů.

Jiným typem přenosu je typ **obdivující-závislý**, v jehož rámci má klient zážitek, že jedině tento konkrétní skvělý terapeut mu může pomoci všechno zvládnout. Bez tohoto terapeuta by byl klient ztracený. V prožitkové oblasti je to složitější, protože se střídá grandiozita s úzkostí a depresí, vzhledem k tomu, že v klientově mysli se střídá představa, že s terapeutem může všechno, s představou, že když ho terapeut opustí, tak bude ztracený. Velmi se obává opuštění a samoty. Proto klient usiluje zavázat si terapeuta dárky, „poslušností“, požaduje vyjádření podpory, neustále se ubezpečuje, zda to, co má v rámci terapie udělat, dělá dobře. Takový klient potřebuje skrze hlubší terapii zpracovat závislé chování a poté posílit motiv a incentivu k cestě „do vlastní dospělosti“. Současně terapeut musí inspirovat klienta ke změně jeho postoje k terapeutovi v tom smyslu, že se bude v úvahách klienta jevit v reálném světle, nejlépe jako autorita nejen odborná, ale i lidská.

Dalším typem přenosu je **erotický typ**, kdy terapeut/ka/ se jeví jako ideální partner/ka/ a skrze tento partnerský, milenecký vztah by se vyřešily všechny klientovy potíže. Uvedený typ terapeutického vztahu může při výraznějším histriónském ladění vyvolat u klienta až krátkodobě změněný stav vědomí, jakýsi „trans“, kdy není šance na reálný terapeutický proces. Proto je nutné zpracovávat krok po kroku všechny atributy výše uvedeného typu přenosu ihned po zahájení terapeutického kontaktu, neutralizovat emoční náboj a nastavovat „zrcadlo“. Terapeut musí být taktní, ale důsledný při zpracovávání všech těchto atributů přenosu, a to od klientova flirtování, svádění, erotického vyzývavého oblékání, až po jeho případnou přímou výzvu k sexuálnímu aktu. Musí citlivě vést klienta/ku/ k hledání příčiny výše uvedené potřeby a inspirovat k cestě nabízející naplnění této potřeby v reálném životě klienta/ky/. Současně je nutné vést tohoto člověka k náhledu a k porozumění té skutečnosti, že přenos výše uvedené erotické potřeby do rámce jiných potřeb a forem každodenního chování v běžném životě klienta/ky/ vytváří bázi pro jeho konfliktní vztahy s lidmi.

Pro terapii je komplikujícím typem přenosu také **bojácný-nedůvěřivý typ**. Klient zažívá terapeuta jako někoho, kdo mu může i ublížit, protože terapeut je příliš „silný“. Klient má rovněž představu, že se mu terapeut vysměje, zavrhne klienta, až „zjistí“, jaký vlastně klient ve skutečnosti je. Klient má tendenci v terapeutickém procesu neustále se omlouvat, kontroluje se, co a jak říká, s napětím a úzkostí plní úkoly. Chybí mu spontánnost v projevu, schopnost dát prostor emocím, vyhýbá se očnímu kontaktu a nedůvěřuje tomu, že se něco příznivého v jeho prospěch v terapii odehraje. Proto je v terapii nutné nejprve zpracovat tuto stránku psychiky klienta, hledat příčiny takových postojů klienta k sobě i k druhým lidem a posilovat odvalu klienta „jít do rizika“, chovat se otevřeně a unést (prožít) toto chování jako chování sobě prospěšné. Zážitek vlastní prospěšnosti je významný, protože v terapii se terapeut nesmí dopustit implantace introjektu v klientově vědomí.

**Útočný typ přenosu** znamená, že klient chápe terapeutický prostor jako arénu a terapeuta jako soupeře. Terapeutovi musí ukázat sílu, aby si terapeut příliš nedovoloval, protože kdyby terapeut vyhrál, klient by ztratil svobodu i možnost za sebe bojovat. V klientově emocionalitě je příliš agrese, zlosti i nenávisti. Někdy se může jednat o „překřičený“ strach. Do terapeutického vztahu zpočátku přináší obviňování, vyčítání i vyhrožování. Klient potřebuje přitakání k tomu, že jeho život je náročný, plný křivd (které často objektivně existují), a proto je nutné nejprve dát mu prostor k uvolnění agrese.

Obdobně jako výše uvedené typy přenosu, existuje řada typů **protipřenosu**, jako „neurotická reakce terapeuta na neurotickou reakci klienta“.

Jedním z nich je **obdivující typ protipřenosu**, kdy terapeut je fascinovaný některou stránkou existence klienta, obdivuje ho, ale nestrukturuje obsah terapeutického vztahu. Taková terapie

nevede k léčbě klientových potíží a je nutné, aby si terapeut skrze supervizi našel odstup, uvědomil si svoje postoje, získal náhled i pochopení příčin toho, proč v případě konkrétního klienta postupoval tak, že vlastně žádný terapeutický proces neprobíhal.

**Overprotektivní typ protipřenosu** je typem, kdy terapeut si je natolik nejistý, že není schopen sám vést terapii, pořád se potřebuje radit, má strach z chyb a nevěří klientovi jeho eventuální zlepšení psychického stavu. Má tendenci neustále klienta kontrolovat a pečovat o něho, aby se „někde“ nestala chyba, za kterou by samozřejmě jako terapeut nesl odpovědnost. A tak vlastně působí protikladně, protože brání klientovi v jeho osamostatňování se v procesu léčby.

**Erotický typ protipřenosu** je takový, kdy některá stránka klienta/ky/ přitahuje terapeuta natolik, že se mu v obsahu vědomí rozvíjejí erotické a sexuální představy o spojení mezi ním a klientem/kou/. Terapeut poté začíná být výrazně dotekový a příliš „ochraňující“ ve svých postupech. Velmi závažné je, když začne nabízet sexuální terapii a s klientem/kou/ začne sexuálně žít. Bezpodmínečně nutné je, aby skrze supervizi získal náhled na svoje chování, uvědomil si racionalizace a jiné obrany, jimiž vystupuje tehdy, kdy má potřebu se chránit před výzvami, a aby klienta/ku/ předal jinému terapeutovi.

**Bojácný typ protipřenosu** vede k nedostatečnému strukturování terapeutického sezení, terapeut nedokáže najít v sobě cestu k odstupu od emočně vypjaté situace, hovoří tiše a nepřesvědčivě, bojí se vystupovat autenticky, kongruentně, prožívá úzkost a stud z pomýšlení, že je neschopný, nebo že ho klient bude považovat za hloupého. Vždy je nutná supervize, práce se sebeúctou a sebeakceptací, se sebevědomím a s protipřenosem. Klienta/ku je nutné předat jinému terapeutovi.

**O útočný typ protipřenosu** se jedná tehdy, když terapeut pracuje pouze pro peníze a v terapii moralizuje, poučuje, vyčítá a bagatelizuje klientovy potíže. Klienti ho „obtěžují“, „berou mu jeho čas“ a málo platí. Často se v případě vyhocené podoby tohoto typu protipřenosu jedná o terapeuta s poruchou osobnosti. Opět je nutná supervize, získání náhledu na dopad vlastního chování na chování a prožívání klienta, hledání příčin takových postojů a předání klienta jinému terapeutovi.

V sanoterapii se u různých lidí postupuje přece jen v něčem odlišnými vzorci metod a technik, oproti postupům jiných psychoterapeutických směrů. Prakticky to v obecné rovině znamená, že se sice v zásadě pracuje s přenosem, protipřenosem, psychickými obranami, s traumaty, s neodreagovanými konflikty, s emočními zraněními, s různými druhy regrese a odporu, s poruchami na bázi intenzivní úzkosti, s neurotickými poruchami i s psychosomatickými obtížemi člověka tak, jak je tomu i v ostatních terapiích. Ovšem v sanoterapii se to vše pojímá nejen v kontextu s jejich specifickými projevy na behaviorálními rovině a v předivě jejich mezilidských vztahů, ale i s jejich materializovanou podobou v těle klienta (skrze psychosomatické a somatopsychické vztahy) v podobě bloků, spazmů, dysbalancí a komplexních charakterových obranných struktur. Čili v sanoterapii se terapeuticky pracuje s člověkem v celistvosti. To znamená, že se zpracovávají psychické obtíže člověka včetně jejich somatických „otisků“, formovaných od dětství po dospělost. V neposlední řadě se věnuje pozornost změnám v tělesném sebepojetí, včetně jejich neuropsychického a vegetativního doprovodu. Sanoterapeutické sety jsou mimo jiné zaměřeny na agonisty a antagonisty, tvořící funkční dvojice, i na synergisty. Čili na svaly, kde se především vlivem psychogenních faktorů vytvořil hypertonus a stejně tak na svaly hyperaktivní s tendencí ke zkracování (například posturální svaly), svaly hypotonické a svaly v ochablosti s cílem v průběhu psychoterapeutické práce s obsahy mysli současně navodit normotonus a



připravenost svalových skupin k souhře při realizaci harmonického pohybu. Zlepšení psychomotorické koordinace a senzomotorická stabilizace zpětně usnadňuje i práci s psychickými příčinami změněného fyziologického stavu svalových skupin. Celkovému zlepšení zdravotního stavu klienta přispívá současná práce s fascií a s kožním povrchem, které přináležejí ke stejnému segmentu jako příslušná svalová skupina. Tento postup rovněž vede ke zlepšení funkčnosti k tomuto segmentu se vztahující orgánové soustavy (viz Headovy zóny). Při práci s bloky (zejména s bloky základními – s očním, ústním, krčním, šíjovým, hrudním, bráničním, břišním a pánevním) lze po jejich uvolnění očekávat razantní projevy emocí, mnohdy spojené se spektrem vegetativních příznaků, někdy i s motorickými projevy a s pláčem. Zvýšená pozornost je věnována možnému vychýlení z fyziologického držení těla vůči gravitaci v postuře a také v leže, kdy se mění působení gravitace na tělo, končetiny, hlavu i vestibulární systém. Za správné držení těla se považuje hlava držaná zpřímá, páteř s fyziologickým zakřivením, symetrická konfigurace ramen a boků, dlaně směřující dopředu, osa těla končící v průsečíku klenby nožní podélné a příčné. To vše bez vynaložení volního úsilí. Doménou sanoterapeutické práce jsou chodidla, pánev, včetně kyčelních kloubů, dále v centru pozornosti sanoterapie je páteř včetně zvýšené pozornosti ke kraniocervikálnímu přechodu, držení hlavy a krku i svalům v oblasti hlavy a krku. V neposlední řadě se sanoterapie zabývá systémy zabezpečujícími dechovou vlnu (bránice, mezižeberní svaly a příslušné pomocné svaly trupu) a funkcí ruky. Při práci s bloky a spazmy nelze opominout fascie (eventuální změnu v jejich posunu-pohyblivosti). Vstupní branou do psychické a somatické části sanoterapeutických metod, technik a postupů je práce s dechem. Úprava dechové vlny skrze práci se svalovými systémy, jež ji zabezpečují, má mobilizační efekt i na ostatní systémy (energetické, imunitní atd.) člověka fungujícího v celistvosti. Existují-li dysfunkce ve výše uvedených systémech, potom se navenek projevují ve změně motorického chování člověka, a to od ochablosti, nízké úrovně jeho pohybové dynamiky či motorického neklidu, motorické neobratnosti až po neurotickou poruchu hybnosti (nikoliv však parézy, plegie a jiné patologické stavy pohybového systému, před kterými končí kompetence sanoterapie). Důležité je, že sanoterapie pracuje s dysfunkcemi, psychogenně podmíněnými, ale nikoliv s jejich patologickou podobou vyžadující medicínskou léčbu. Sanoterapie rovněž nepracuje s patologickými stavy pohybového ústrojí, které vznikly na bázi organických změn. To znamená, že se například zjišťuje a pracuje s funkční blokádou kloubu (na jehož blokádě se podílel psychogenní faktor) tehdy, kdy pohyb v kloubu po sanoterapeutické iniciaci může být ještě fyziologický (čili „normální“). Pracuje se na odstranění reflexních změn ve svalech, fasciích a s kožním povrchem přináležejícím příslušnému segmentu. Ale sanoterapie již nemá kompetenci zasahovat v případech, kdy se jedná o změny strukturální, patomorfologické, dále když se jedná o záněty a patologické změny kůže, podkoží a také fascií přináležející k jednomu segmentu, s jehož svalovou skupinou se sanoterapeutická práce začíná.

Jak již bylo několikrát uvedeno, při sanoterapeutických setech se nejedná pouze o uvolnění z hypertonu, bloků, spazmů a dysbalancí nebo o katarzi těla v případě práce s lidmi po znásilnění a mučení, jejímž s cílem je znovupřijetí vlastního těla klientem a vykročení tak k lepší kvalitě jeho života. Cestou postupů, metod a technik somatické psychoterapie – sanoterapie se také pracuje na snížení psychického napětí a zklidnění mysli, rozpuštění negativních myšlenek, úzkosti a strachu, prožitku hnusu, zlosti nebo smutku při kontaktu s vlastním tělem. Stejně tak se v sanoterapii pracuje s možným neurotickým odporem člověka k tělesnosti druhých lidí. Sanoterapeuticky jsou také zpracovávány eventuální psychické a somatické příznaky posttraumatického syndromu. Sanoterapie rovněž orientuje člověka k emočnímu přeladění směrem k sebeúctě a následnému sebezpřijetí jako základny pro zdravé sebevědomí, které je nezbytné pro vykročení na cestě k seberealizaci. Inspiruje k cestě směřující k přívětivosti, soucitnosti, trpělivosti a toleranci a také k pocitu sounáležitosti

s členy skupiny, jestliže se jedná o skupinovou práci. Je to současně cesta k hlubšímu porozumění sobě samému. Hic et nunc se člověk zakotvuje v přítomnosti (čemuž napomáhá čas od času navození ticha a klidu během terapie) skrze prohlubující se všímavost k vlastním pocitům a prožitkům. Je to cesta i k uvědomění si svého reálného těla (nikoliv pouze virtuálního těla v podobě nějakého pojmového konstruktů). Usnadňuje to cestu k bezpodmínečnému sebezpřijetí. Bezpodmínečné sebezpřijetí však nevyklučuje další práci na odstranění některých eventuálních dílčích reálných nedostatků vlastního tělesného schématu. Cestou zlepšení psychomotorických funkcí odstraněním bloků, vnesením řádu do dynamiky pohybových stereotypů, zlepšením držení těla vůči gravitaci (fyziologické nastavení postury) a zlepšením dechové frekvence a jeho hloubky se také posiluje vytrvalost, trpělivost a sebekázeň při eventuální práci na dosažení například zdravé tělesné hmotnosti či na relativně trvalém projevení zdraví podporujícího chování. Sanoterapie svými postupy rovněž vede k posílení obranyschopnosti organismu podporou funkčnosti lymfatického systému. Pohyb lymfy v lymfatickém systému je totiž zabezpečen pouze pohybem svalových skupin, které obklopují lymfatické cévy. Lymfa se podílí na odvodu toxických látek z těla, na tvorbě protilátek i na imunitních procesech. Pro její pohyb je tedy důležitá fyzická aktivita člověka. Pokud je pohyb lymfy ztížený (například při sedavém zaměstnání, nekompensovaném nějakou aktivitou člověka), člověku to signalizují mimo jiné závažné potíže i pocit stoupající únavy z „nic nedělání“. Naopak aktivita zlepšuje celkovou vitalitu člověka a zpomaluje se proces jeho stárnutí.

Sanoterapie nepřímo, v důsledku určitých fyzických nároků na tělo spojených s některými sanoterapeutickými sety, také pozitivně ovlivňuje kvalitu spánku. Tím, že inspiruje klienta k práci s emocionalitou a vede k posílení jeho emoční stability skrze postupné snížení intenzity eventuálních negativních emocí, rovněž iniciuje cestu ke zlepšení záměrné pozornosti a kognitivního výkonu. To vše je předpokladem pro relativně trvalé zdraví podporující chování klienta.

Alfou a omegou sanoterapeutického postupu je práce s dechem. Dechová vlna je řízena jednak automaticky a jednak ji můžeme volným způsobem změnit, prohloubit nádech a prodloužit výdech, nebo, „bohužel“, tomu může být i naopak. Takto lze nepřímo ovlivnit i frekvenci srdečního tepu a hodnoty krevního tlaku. Cestou psychosomatickou lze příznivě ovlivnit funkčnost orgánových systémů. Zlepšením průběhu metabolických funkcí se získává dostatek energie i pro revitalizační procesy. Již během sanoterapeutických sezení člověk pociťuje úlevu, vnímá zlepšení nálady a prožívá hlubší kontakt se sebou samým. To vše je důležitým předpokladem pro získání nadhledu nad vlastními problémy, který je potřebný pro jejich efektivní řešení. Člověka to ho pak motivuje k odhodlanosti vytrvat i u náročnějších sanoterapeutických postupů. Klient také pociťuje dostatek energie pro práci s různými dysfunkčními stránkami své psychiky a těla. Nehodnotí se, nemá potřebu se srovnávat a soutěžit s ostatními, lépe se soustředí na to, co právě dělá. Vnímaný a prožívaný proces je mu srozumitelný a jako smysluplné přijímá to, co právě dělá. Když se myšlenkově vrací do skupiny, je v jednání kongruentní, otevřený a ochotný bez masky a role spolupracovat s ostatními členy skupiny na řešení různých témat, vztahujících se i k jeho životu nebo k životu ostatních členů skupiny. Podstatné přitom je, že si tyto zkušenosti a poznatky poté přenáší do svého běžného života.

Lidé se rodí s vlohami k přežití, k adaptaci, nikoliv však ke zlému jednání. Já s prožitkem lidství jako jádro osobnosti, kolem kterého jsou pro ně charakteristickým způsobem uspořádány do jedinečného kompozita jemu přínaležející osobnostní charakteristiky a povahové rysy, je více či méně ovlivnitelné situačními faktory a vzory s mystériem hrdinství, dokonalosti, ctnosti apod. V procesu socializace, pod vlivem různých činitelů vývoje, se

konstituuje také hierarchický hodnotový systém člověka. Člověk tedy není a priori zlý. Ve stresu se člověk často ocitá na křižovatce dobra a zla. Je tedy vystaven možnosti svobodně se rozhodovat a volit. Situace volby může vyvolat i nejistotu, pocit ohrožení, chaos, psychické napětí. V intrapsychickém prostoru zesílí imperativ, že je nutné tuto nejistotu, neklid, chaos změnit! Ale i takový imperativ může stávající psychické napětí ještě zesílit skrze v mysli se vynořující otázky: kterým směrem se vydat? co zvolit? Být hrdinou nebo nechat věci být, přidat se, když člověk nemá na to dost odvahy, nepomáhá mu „inner fighter“, je frustrovaný, necítí se osobně svobodný, vážený, neustále je ve střehu, plný obav, s mentalitou pesimismu a s očekáváním neúspěchu, s pocity osamělosti a prázdnoty či stresovaný z možné ztráty příslušnosti k nějaké mikrosocietě. To vše se také promítá do jeho tělesného schématu. Trvá-li člověku dlouho, než nakonec najde v mysli odvahu „něco se sebou udělat“, rozhodnout se a jednat, potom v reálném prostředí to může být problém. V akci, v pohybu mu zcela jednoduše může zabránit například i neschopnost reálně vykročit, nejde to pro funkční pohybové poruchy různého charakteru. Dlouhodobá nebo často se opakující nerozhodnost, pouhé chtění vykročit a časté změny ve volbě směru vykročení, aniž by došlo k reálné akci, může v konečném důsledku vést k psychosomatickému zhoršení funkčnosti kloubních systémů. V tomto případě se to týká zejména kolenního kloubu a svalů, které ho uvádí do činnosti. Člověku nakonec nepovedená akce (pohyb) rozhodně nepřinese očekávanou úlevu, vnitřní klid a sebevědomí. Jak má potom člověk vykročit na cestu seberealizace? A proto se někteří lidé raději přidají k většině, k agresorovi, k autoritě, protože sami život nezvládají. Problematické pro dosažení harmonie a klidu mysli je také dodávání si sebevědomí vnějšími atributy, ať již tituly nebo velkým domem, autem, značkovým oblečením, kontem. Chybí prožitek úlevy z vynaložené námahy při dosahování atributů úspěchu, při práci „na sobě“ a z následného odstupu od problémů i z možnosti vydechnutí si! Není však vydechnutím si, když si řeknu „nějak to dopadne“ a očekávám, že to dopadne podle mého přání. Tak to nefunguje a potom je nutná psychoterapie!

Uvedli jsme, že současná teoretická psychologie se nachází v krizi, která zasahuje i do aplikovaných a klinických psychologických věd. Pro výklad fungování složitých psychických fenoménů se používá složitých pojmových konstruktů s různou mírou praktické aplikovatelnosti a dostáváme se tak do roviny pouze virtuální, v mnoha směrech příliš vzdálené od reálných psychických jevů. Rovněž se již dlouho nerozhodně „přešlapuje“ na rozcestí mezi vědami společenskými a vědami přírodními bez vědeckého zdůvodnění a ponechává se tak prostor autorům spekulativních myšlenkových proudů v psychologickém uvažování o podstatě předmětu psychologie. Jejich tvrzení mají chybné premisy, ze kterých však někdy sestaví logický závěr (sic!). A co je ještě závažnější, je skutečnost, že někteří z těchto autorů ani nemají psychologickou erudici, nebo ji nezískali studiem jednooborové magisterské psychologie, ale o to s větším úsilím se snaží prosadit svůj názor v různých odborných institucích. V jejich řídicích složkách, odbornou veřejností nezvoleni, pak mají tendenci agresivně rozhodovat ve prospěch pouze svého názoru. Výsledkem jsou pak různá diletantská tvrzení, která představují psychologii dokonce jako vědu sociální nebo pouze jako vědu společenskou. Psychologie však patří mezi vědy o člověku a z hlediska podstaty svého předmětu a z hlediska svých metod je vědou na pomezí přírodních a společenských věd s bohatým transdisciplinárním pojmoslovným aparátem, pregnantně objasňujícím mechanismy a zákonitosti fungování lidské psychiky. Psychologie je tedy mezioborovou disciplínou. Používá také řadu metod, se kterými společenské vědy, vzhledem ke své podstatě, nemohou pracovat a ani nepracují. Týká se to například experimentu. A v některých společenských vědách je výrazný podíl ideologie (viz například ekonomii), a proto společenské vědy mají nezastupitelnou úlohu ve zcela odlišných oblastech fungování společnosti,

než v jakých působí psychologie, a z toho také vyplývá i odlišnost jejich úkolů od úkolů, které má v societě plnit psychologie.

Jestliže se nezmění paradigma uvažování o místě psychologie v systému věd, povede to k oslabení jejího potenciálu, což se nakonec projeví i v neprospěch society. Ještě závažnější je, že z určitého úhlu pohledu tvrzení o psychologii jako vědě společenské má své negativní konsekvence v představě některých absolventů studia společenských věd o snadné zaměnitelnosti erudice získané studiem v jedné z nich za své praktické působení ve sféře jiné společenské vědy, a to bez ohledu na rozsah znalostí z této vědní disciplíny. A negativní konsekvence, bohužel, zasahují i do klinických psychologických věd. Například v podobě snahy o konstituování „pozitivní“ klinické psychologie apod. Pro názornost nabízíme polemiku k několika příkladům.

V posledních letech je laické veřejnosti výrazně prezentována a některými terapeuty a především quasi terapeuty přehnaně prosazována kognitivně behaviorální terapie jako nejúspěšnější forma terapie. KBT je jedinečná v léčbě některých úzkostných poruch a zaslouží si respekt odborné veřejnosti. KBT je také mnohdy velmi úspěšná v návaznosti na předchozí hlubší individuální terapii (například gestalt terapii). Tento respekt však musí být vyvážený uvědoměním si nejen předností, ale i nedostatků tohoto směru v psychoterapii. Důležité je, že KBT je dobrým léčebným nástrojem pouze v rukou zkušeného klinického psychologa s psychoterapeutickým výcvikem v daném směru v certifikované instituci. Bohužel v posledních letech řada psychologů bez této erudice se schopností pracovat pouze s digitálními informacemi a především quasi psychologové (mnohdy inženýři, kteří absolvovali několik workshopů KBT) prvoplánově pracují s modelem a technikami KBT, což je evidentně v neprospěch klienta, ale i z určitého úhlu pohledu také pro KBT. Tito lidé „ani neví, co vlastně neví“ o potenciálu obsaženém v KBT. Nestačí si nastudovat model zpracování informací (zkoumání automatických myšlenek, skrytých pravidel, která řídí naše jednání, niterných schémat o sobě, o lidech, o světě, nestačí ani hledání kognitivních zkreslení, dekatastrofizace, reatribuce atd.) a poté „nahradit“ patologické chování racionálním chováním. Řadě klientů také vadí i forma domácích úkolů, které jsou pouze kontrolovány a hodnoceny. V takovém případě nestačí přece „firma“ – kognitivně behaviorální terapie. Quasi terapeuti, specialisté na „správný život“ si neuvědomují ani některá úskalí v případě léčení KBT, kterým se může vyhnout pouze odborník-psychoterapeut v dané oblasti. KBT sice respektuje obecné zákonitosti a mechanismy fungování lidské psychiky, klade však důraz především na kognitivní stránku klienta. To, že KBT pracuje speciálně s racionální stránkou lidské psychiky, je v rozporu se singularitou v podobě jedinečnosti každého člověka v roli klienta.

Co se člověk v průběhu KBT „pouze“ naučí, to se v nárocích běžného života časem ztrácí. Proto efekt KBT nebývá dlouhodobý. KBT uvádí především ty výsledky výzkumů zaměřených na efekt terapie, které byly realizovány krátce po vlastní terapii. Ale méně jsou prezentovány výsledky a závěry z výzkumů, které byly uskutečněny s delším časovým odstupem, v nichž je zachycen i jednoznačný návrat příznaků duševních poruch bývalých klientů.

Psychoterapie orientované hlavně na rozumovou stránku klienta nepracují s bazálními příčinami psychických obtíží člověka a také se nezaměřují na dynamiku patologického procesu (jako je tomu například v analytických směrech, v somatické psychoterapii atd.) a na člověka v jeho celistvosti. Budeme-li pouze identifikovat problémové chování klienta, spouštěcí faktory a mapovat možné následky a poté hledat cesty jak takovému chování předcházet, nebo usilovat změnit následky tohoto chování například tím, že se člověk

přestěhuje nebo změni zaměstnání, a tak se zbaví problému a psychických obtíží, pak je to nereálné. A příliš nepomohou ani navržené sankční a motivační prostředky následující po určitém chování klienta. V terapii zaměřené především na rozumovou stránku klienta ani tak nezáleží na tom, jak se klient chová, ale jak je „odborníkem“ toto chování vyhodnocováno a kam si klienta zařadil, bez ohledu na vnější faktory a vnitřní zdroje klienta. Čili bez ohledu na jeho protektivní a rizikové faktory ve struktuře osobnosti, bez ohledu na kvalitu jeho volního procesu či dosavadním životním příběhem získané zkušenosti a kvalitu jeho sociálních vztahů. Je zde prostor pro manipulaci s člověkem. A je zde založeno také na přílišné závislosti kvality terapeutického procesu na subjektivitě terapeuta a na jeho zralosti. Oslovována je kognitivní složka klienta a nikoliv motivované já klienta, s využitím jeho zkušeností se sebou samým a se světem. Není akceptována úroveň jeho emočního rozvoje a úroveň sociability. Mnohdy se používají strategie vhodné spíše pro dětský věk, a to bez ohledu na zkušenosti a znalosti již dospělého člověka. Chybí podpora chování člověka směřující k vykročení na vlastních „dospělých nohou“ a podpora motivu k odpovědnosti za dospělé chování člověka. Dominuje akademická rigidita, operuje se ve vztahu ke konkrétnímu klientovi s irelevantními informacemi. Dospělý člověk s duševními obtížemi se přece automaticky nestává „dítětem“ a může nás naopak v mnoha jiných směrech poučit a obohatit o své zkušenosti. Někdy chybí tolerance, trpělivost, přívětivost, taktnost, ohleduplnost, obezřetnost ve volbě slov a vhodném okamžiku jejich požití v dialogu. Je zde prostor pro manipulování s klientem pseudodospělou strategií, která ho inspiruje k obranám „udělám požadovanou aktivitu, jen aby byl terapeut se mnou spokojený nebo jen proto, abych měl pro dnešek od něho pokoj“ atd.

Konfrontací člověka s předmětem jeho strachu a naučenou změnou chování lze snadno dosáhnout přechodné změny návyků a uvažování. Ale bez hlubšího a intenzivního zaměření terapie na jádrový problém u konkrétního člověka je to pouze terapie s krátkodobým efektem. Nepracuje se například s očekáváním, se kterým klient vstupuje do terapie. Očekávání bývá spojené s intenzivní úzkostí, s depresivní náladou, s naučenou bezmocí. Nebo naopak s optimismem situaci neodpovídajícím a spojeným s očekáváním rychlého návratu takového stavu, na který byl člověk zvyklý před nástupem problému. Ze strany klienta se může jednat také o předstíraný nadhled a odstup od sebe, aby se tak vyhnul případné nepříjemné konfrontaci s negativními dopady svého jednání. Emoce však přerámují racionální uvažování místo očekávaného efektu kognitivního „přerámování“ emocí spojených s psychickými obtížemi klienta. Psychoterapii orientované na kognitivní stránku klienta chybí hlubší práce s emocionalitou a paradoxně i se sociabilitou. Mimo jiné se nepracuje s konceptuálními emocemi (jako je například závist, nenávisť, žárlivost atd.), s neurotickým studem, neurotickou vinou, s preoidipálními problémy atd.

Pro názornost se podrobněji zmíníme o některých emocích, abychom tak alespoň v náznaku prezentovali, o čem všem musí psychoterapeut v procesu terapie současně uvažovat a také se rozhodovat v případě konkrétního člověka a jeho psychických obtíží. Vždy je nutné tvůrčím způsobem přistupovat k emocím klienta vzhledem k tomu, že k určité bazální struktuře každé emoce se v případě každého člověka váží i jedinečné stránky jeho emocionality. Proto nelze v psychoterapii prvoplánově zobecňovat ani v případě emocí klienta. Přesto se lze v terapii opřít o některé jednoznačné ukazatele abnormality či patologie klientem projevené emoce.

Typicky lidskou emocií je stud. Je značný rozdíl mezi stydlivostí, plachostí, studem a neurotickým studem. Stud je signální emoce, která nás upozorňuje, že jsme právě v situaci, která nás psychicky zraňuje, a setrváme-li, je nebezpečí, že bude překročena hranice vytvořená kolem já. Náš sebeobraz je v tomto případě podle našeho mínění ohrožený odhalením, že nejsme tak dokonalí a potentní, jak jsme se o sobě domnívali nebo jak se

snažíme z nějakého důvodu před ostatními lidmi vypadat. Když zažíváme stud, objevujeme vlastně svá nejcitlivější, nejintimnější a nejzranitelnější místa. Z tohoto důvodu negativně prožíváme nesoulad mezi vlastními postoji, znalostmi, hodnotami, přáními, očekáváními a výsledky našeho reálného chování v mezilidských vztazích. Stud současně skrývá i odhaluje naše reálné já. Vede nás k odvaze být člověkem se všemi přednostmi i nedostatky, protože člověk není a priori někým opovržením hodným. Stud se projevuje kolem třetího roku dítěte, čili v době, kdy se již projevuje osobnost a kolem já se tvoří hranice. Jestliže však důležití činitelé vývoje v průběhu raného dětství neumožňují vytvoření hranic během separace ze symbiotického vztahu s matkou nebo vedou k různým deformitám těchto hranic, potom je mimo jiné založeno na vznik falešného já, falešných identifikacích, neurotického studu atd. Zjednodušeně řečeno, tyto lidé se cítí v různých směrech defektní a někteří z nich se stávají i závislými na druhém člověku a „ztrácí“ se tak v my.

Jinou typicky lidskou emocií je prožitek viny. Vina je důležitá signální emoce upozorňující nás na to, že jsme udělali něco, co je v rozporu s naším hierarchickým hodnotovým systémem, co je v neprospěch druhého člověka a na jeho úkor, nebo nám druhý člověk posloužil jako „prostředek“ k agresivnímu odreagování našeho napětí a zlosti. O prožitku viny hovoříme nejdříve kolem pátého až šestého roku dítěte. Otázka viny je současně otázkou po smyslu života, po svědomí a zasahuje tak do podstaty našeho bytí v mezilidských vztazích. Proto se současně s prožitkem viny u někoho pojí zlost, agrese, u jiného člověka zase smutek atd. Vina však vždy poskytuje šanci k nápravě a k odpuštění. Vzhledem k tomu, že dispozice k prožitku viny je imanentní součástí lidské psychiky, ale její vývoj probíhá v procesu socializace (kolem šestého roku existence člověka již výrazněji vstupuje do jeho jednání), čili v mezilidských vztazích, jsou zde četná úskalí. Tak například disharmonický vývoj osobnosti směrem k disociální osobnosti také vede k disharmonii ve vývoji emoce viny. Tito lidé pak nepocítují vinu a nemají „brzdu“ pro své jednání v podobě svědomí, a proto jsou schopni radovat se i z toho, že se jim podařilo podvést druhého člověka nebo mu vážně ublížit. Jsou schopni sebelítosti, nikoliv však soucitu s tím, komu ublížili, koho poškodili nebo koho zneužili. Používají sofistikované obrany typu racionalizace, bagatelizace, popření tak, aby před ostatními lidmi vytvořili o sobě falešný obraz upřímného a čestného člověka. Připravují si tak prostor pro další podraz.

Dalším úskalím vyplývajícím z faktu nedostatečného dotváření emoce viny v socializačním procesu je možnost manipulace s člověkem v tom smyslu, že jinými lidmi v procesu jeho vývoje je nastartován disharmonický vývoj viny směrem k neurotické vině. Vyvolávání pocitů neurotické viny v člověku jiným člověkem za jeho nejistotu, pocity nedostatečnosti, slabosti, strach, obavy, plachost, stydlivost či „jinakost“ oproti nějaké pofiderní normě určité mikrosociety, založené na subjektivním soudu, patří k nejhrubším deformacím v mezilidských vztazích. Ovšem i rodiče mohou, byť v dobré víře, implantovat v dítěti prožitek neurotické viny. Jestliže rodiče dítěti například neustále podsouvají, že i myšlenkou se lze provinít, i když si nevhodnou myšlenkou dítě pouze vymezuje okruh toho (stejně jako dospělí lidé), odkud kam je to dobré a co je již špatně, potom v něm budují základnu pro celoživotní obtíže. Protože je to v rozporu s elementárním fungováním lidské psychiky, která v každém momentě vymezuje to, co je v centru jejího vědomého uvažování oproti různým dalším alternativám, a člověk má tak šanci upřesnit si, co je dobré a co není dobré z různých hledisek, a svobodně se rozhodovat. Člověk s neurotickou vinou však každou „nevhodnou“ myšlenku prožívá stejně intenzivně, jako kdyby reálně vykonal špatný skutek. K čemu mohou také vést manipulace v mezilidských vztazích, podtrhují výsledky výzkumu, který prokázal, že mnozí rádoby kazatelé s tzv. čistýma rukama si právě pro tuto svoji zdánlivou čistotu dovolovali ve

skutečnosti více překračovat pravidla morálního chování vzhledem ke své utkvělé představě, že se mohou kdykoliv rituálně očistit.

Mezi základní emoce také patří hnus. Hnus, jako jedna ze život zachraňujících emocí, je emoce se silnou vegetativní reakcí. Jedná se o úzké propojení emoce s informacemi získanými především čichem a chutí. V societě výraz hnusu v obličejí a specifické motorické projevy (sklon hlavy, odstup, „otřepání se“ atd.) jsou pro ostatní varovným signálem před kontaktem s život ohrožujícími látkami. Ať již se jedná o sliz, výkaly, látky v rozkladu plně plísni, mikroorganismů nebo o nakažlivou vyrážku, které mohou být sociálním varováním před dotykem. Vstoupí-li do procesu této emoce já s asociacemi, které doprovázejí jeho strach, může nastartovat patologický proces směřující například k arachnofobii, erotofobii, eurotofobii, chiraptofobii apod. Emoce hnusu představuje ochranný mechanismus těla (a obrazně řečeno také já) před pošpiněním, poškozením, zraněním. Ale co je pro jednu kulturu hnusné, může být pro jinou kulturu běžné. Tato negativní emoce se dá i „naočkovat“, například odpor a hnus z projevů některého etnika apod. Nebo může být součástí hrubé manipulace s lidmi v případě vyvolávání odporu k „nečistému“, například k člověku s jinou vírou, což může vést k jeho následné izolaci v societě. Znechucení, hnus, odpor může posilovat spojenectví, nebo naopak člověka sociálně izolovat a vyvolávat v něm silný pocit osamělosti a sebevražedné tendence.

Jestliže jsme v předešlých odstavcích uvažovali o možnostech zneužití KBT, musíme se ještě zmínit o šanci pro quasi terapeutů, jakou představují některé psychoterapeutické diskursivní směry. V některých směrech v něčem rezignují na psychoterapeutickou podporu a inspiraci klienta při jeho uvažování o nezládnutých stránkách vlastního životního příběhu a při hledání způsobů řešení s tím souvisejících akutních zdravotních potíží. Avšak v rukou zralých lidí s erudicí klinických psychologů s psychoterapeutickým výcvikem v certifikovaných institucích se potenciál těchto směrů může plně projevit ve prospěch klienta. V praxi to prokazuje řada takto pracujících psychoterapeutů. Avšak na straně druhé musíme upozornit na skutečnost, že lidé, které jsme pro názornost pojmenovali jako quasi terapeuti, svojí prací spíše zvýrazňují nedostatky tohoto psychoterapeutického směru. V jejich terapeutické práci se projevuje rezignace na jakékoliv poskytování podpory v té době, kdy se člověk ještě sám nedokáže postavit na své dospělé nohy a problém dospěle řešit. Klient tak vede se sebou monolog a je vlastně odborníkem sám sobě a terapeut pouze naslouchá a jen čas od času je zvědavý. Na základě terapeutova případného dotazování pak klient sám musí dospět k zlepšení svého zdravotního stavu. Terapeut naslouchá, akceptuje klienta takového, jaký je (aktuálně je především nemocný), a vyjadřuje mu svoji empatii (to je však samozřejmou součástí každého terapeutického vztahu, bez ohledu na psychoterapeutický směr). Člověk s psychickými poruchami si na této bázi pak hledá sám cestu k náhledu na sebe. Cesta k hlubšímu sebepoznání nakonec vede k vyřešení problému, k čemuž klient dospěje opět sám (sic!). Přitom se musí vymanit ze svého nemocí deformovaného životního příběhu, který „si vypráví pro sebe“, a jen někdy osloví terapeuta. Sám tak musí překonat důsledky eventuální disharmonie ve struktuře osobnosti, důsledky intenzivní úzkosti, nejistoty, permanentních obav. Musí překonat vlastní psychické obrany, odpor, následky psychotraumat atd. To je prakticky neuskutečnitelné a nedá se vždy spoléhat na „samouzdravení se“. (Člověk je sice z hlediska fylogeneze na nejvyšším stupni vývoje, s nejvyšším stupněm inteligence a je i ušlechtilým živým tvorem a nejlépe sebe vždy pochopí a sám si vždy pomůže. Avšak z metodologického hlediska je zde určitý problém. Na Zemi totiž neexistuje žádná jiná živá bytost, která by tento výrok člověku potvrdila, a tak na to člověk nemůže spoléhat.)

Je v tom jakási forma obrany i ze strany některých terapeutů, kteří se bojí intenzity emocí klienta i bližšího kontaktu s ním a nemají odvalu k vykročení s klientem na cestu k jeho

uzdravení právě v té fázi jeho potíží, kdy ještě nemá ani šanci „stát na svých dospělých nohou“.

Laická veřejnost a odborníci z vědních oblastí blízkých psychologii pak vnímají spíše nedostatky než přednosti těchto psychoterapeutických směrů.

Komplikací pro člověka s duševními obtížemi, který se rozhodl pro terapii a nemá možnost srovnávat potenciál různých psychoterapeutických směrů, představuje i pozitivní psychologie a tzv. pozitivní psychoterapie. Nedokáže si představit, co to vlastně je negativní psychoterapie a čemu se konkrétně má vyhnout. Chybí pregnantní definice „něčeho“, co by bylo označeno jako negativní psychologie a negativní psychoterapie, vůči kterým by se pozitivní psychologie a pozitivní psychoterapie musela pregnantně, tudíž smysluplně vymezit. (Sic!!!) Závažná je i skutečnost, že se pozitivní psychologie doposud nevyrovnala s existencí humanistické psychologie, a tak nelze pregnantně stanovit její možnosti a meze a snadno pochopit, o co se v tomto případě v terapii vlastně jedná.

Někteří představitelé pozitivní psychologie přesvědčují člověka, že jeho starosti přestanou být starostmi, bude-li happy! Není-li člověk schopen pozitivního myšlení, potom se nemůže divit, že je se svým životem nespokojený, prožívá negativní emoce a dominuje jeho pesimistický úhel pohledu na sebe i na svět kolem něho. To vše je možné „přerámovat“ v pozitivní psychoterapii, například cestou příběhů v pozitivní pohled do budoucnosti. Z nejasností kolem předmětu pozitivní psychologie a jejích metod také vyplývají některé konkrétní závažné problémy přesahující vymezený rámec tohoto směru. Navíc, někteří představitelé tohoto proudu v psychologii, bohužel, zaujímají až sektářské postoje, jak se projevilo na mezinárodní konferenci Pozitivní psychologie, konané v Brně v roce 2013. Na straně druhé rovněž existují představitelé pozitivní psychologie, jejichž práce jsou významným zdrojem informací pro teaurus vědeckých poznatků psychologie, jako je tomu v případě velmi dobré studie A. Slezáckové (2012).

Propagace dobrého zdraví, dobré kvality života, pozitivní mysli, optimistický pohled na sebe a na svět, nebrat se příliš vážně atd. má také svůj limit. Člověk má totiž právo i na svůj smutek a pláč, hněv i agresi atd., když prožívá ztrátu, vnímá nespravedlnost, je bezprostředně ohrožen jeho život apod. Mají-li poznatky pozitivní psychologie být přínosem pro praktický život člověka, nemůže se jednat o „happylogii“, kdy se člověk za každou cenu „cítí fajn“. Rozpor mezi tím, co sdělí na racionální bázi – „jsem šťasten“ (protože být šťasten je cool a nestačí například výrok „je to náročné, ale zatím na to mám“), a tím, jak je toto tvrzení následně v rozporu s uvědoměním si vlastního aktuálního pocitu a prožitku, který zase až tak cool není, je silně neurotizující. Tento rozpor v člověku (rozštěpení kongruence) nutí člověka k tomu, aby nosil masku a žil v určité roli. To je energeticky velmi náročné, což postupně vede ke snížení úrovně resilience vůči stresorům, k psychické desintegraci, k psychickým potížím a psychosomatickým poruchám s bohatým vegetativním doprovodem.

Umění právě prožívat štěstí jako flow (ve smyslu happiness), nikoliv ve smyslu luck (například měl jsem štěstí, že mě nepřejel vlak), je nutné propojit s uvědomovaným potvrzením si této chvíle štěstí (reflektovaného štěstí). Je rozdíl mezi „jsem šťastný“ a šťastností já, kdy je to chvíle, ve které čas přestává být důležitý a ztrácí se hranice mezi činnostmi, které se právě věnujeme, a sebou samým. Jedná se o prožitkový stav příjemnosti z plynutí (= flow). Je to plynutí v intrapsychickém časoprostoru, kde vše je v pohybu a každý jeho prvek si jej nese s sebou, takže i on sám o sobě je v pohybu. Jedinou „stálící“ je v tomto případě já (šťastnost) a současně se já k tomuto fenoménu vztahuje i vymezuje (já jsem šťastný). Já si je subjektem i objektem. To umožňuje reflektovat tento fenomén šťastnosti a



současně je možné tento fenomén také uchopit do slov. Bez reflektovaného štěstí si neuchováme vzpomínku na tak, pro dotyčného člověka, významnou chvíli s její plnou košatostí a prožitkovou hodnotou. Nebo ji dokonce zcela zapomeneme, jestliže si ji rovněž nepojmenujeme. Pro život je důležité pojmenovat si zkušenost štěstí, získat poznatek o vlastním štěstí a uložit si tak zkušenost i poznatek do paměti jako trvalou hodnotu a posílení do doby, kdy v životě člověka mohou nastat méně příznivé podmínky pro jeho další existenci.

V posledních letech v některých zase jiných psychoterapeutických směrech zesiluje tendence specializovat se „pouze“ na životní příběh klienta, vytržený z celkového kontextu jeho existence. Klient je pojímán jako živý text svých subjektivních příběhů, které jsou vyprávěny terapeutovi – „specialistovi na správný život“, a který je poté alternativně interpretuje ve virtuální rovině, aby jim dodal na „objektivitě“, a klientovi pak tím pomohl zvládnout jeho problém. První impulzy směřující k formování těchto směrů v psychoterapii, v němž dominuje narativní přístup, jsou z počátku devadesátých let, a to bez ohledu na skutečnost, že práce s dosavadním životním příběhem každého klienta, narativní přístup, je imanentní součástí většiny terapeutických směrů. Někteří představitelé tohoto směru, jehož filozofickou základnou je teorie sociálního konstrukcionismu (příznivé je, že zde lze nalézt alespoň návaznost na některé myšlenky I. Kanta), pak formulují z mýtů, z narativní metafory takové konstrukty, které mají velmi nízkou míru praktické aplikovatelnosti, což je samozřejmě v neprospěch klienta.

Pokračováním tohoto trendu je spektrum expresivních psychoterapií.

Na straně druhé existuje několik specifických psychoterapeutických směrů, které jsou již desítky let zakotveny v Evropské asociaci pro psychoterapii a které kladnou zvýšené nároky na vzdělání psychoterapeuta. Tyto směry respektují člověka v jeho celistvosti a jedinečnosti. A jak jsme již uvedli v předešlých odstavcích, jedním z nich je i Body-Psychotherapy (somatická psychoterapie s několika větvemi, včetně sanoterapie), jejímž obecným cílem je posílit konektivitu psychických a neurofyziologických dějů a obnovit tak dynamickou komplexitu člověka v celistvosti, která před nástupem do terapie vykazovala různou míru dezorganizace. Somatická psychoterapie – sanoterapie tímto postupem současně připravuje podmínky pro procesy směřující k harmonii v mysli a k homeostáze v těle. Pracuje s psychickými obsahy člověka a současně i s jeho tělesností. Tento psychoterapeutický směr tedy pojímá člověka v jeho celistvosti a v terapii napomáhá kombinací dialogických (psychoterapeutických) a fyzických postupů, metod a technik člověku při řešení a napravení původně zdravotně problematických částí jeho sebepojetí a tělesné sebekoncepce. Je to specifická cesta člověka k uzdravení se. Dalším cílem somatické psychoterapie – sanoterapie je, se znalostí klientova zázemí, se znalostí přediva jeho mezilidských vztahů a podmínek jeho běžného života, přispět ke zlepšení kvality života klienta a podpořit v něm motiv vedoucí ke zdraví prospěšnému chování.

# I. SOMATICKÁ PSYCHOTERAPIE – SANOTERAPIE

## I.1. Holistický přístup k člověku v sanoterapii

V holistickém přístupu k člověku, který v klinické psychologii preferujeme (nejedná se o již historický holistický přístup J. C. Smutse), není základním cílem za každou cenu dosáhnout sjednocujícího výkladu dosavadních poznatků o psychických fenoménech, které jsou nakonec stejně vytrženy ze vzájemných vztahů a souvislostí a studovány jako „opus contra naturam“ v jediném výchozím rigidním paradigmatu (ať již se toto paradigma nazývá behaviorální, hlubinné, transpersonální atd.). Někteří teoretičtí psychologové usilují o vytvoření modelu reálného psychického fenoménu nebo o zformulování všeobecně přijatelné psychologické teorie. Bohužel část z těchto psychologů se spíše věnuje banálním tématům nebo tématům, která z metodologického hlediska „nabízejí“ snadno uchopitelné intervenující proměnné, nezávisle i závisle proměnné, a současně „slibují“ data bez problému statisticky zpracovatelná. A to vše bez ohledu na skutečnost, že psychologové mají k získání dat k dispozici pouze takové metody, které stěží zachytí jevy lineární povahy. Hypotézy či výzkumné otázky jsou zaměřeny spíše do virtuální roviny a nelze se divit, že odpovědi jsou pak spíše „truismy“.

Chceme-li však člověku skutečně porozumět, musíme k němu přistupovat holisticky, čili musíme brát do úvahy člověka v jeho celistvosti. To znamená nejen jeho psychickou stránku, včetně jeho spirituální a interakční dimenze, o které bude ještě pojednáno v dalších částech této publikace, ale i jeho somatickou stránku. Nestačí se zaměřit pouze na jeho kognitivní nebo prožitkovou stránku, či na jednotlivé psychické fenomény, a poté z toho vyvozovat například závěry o kvalitě jeho života. A rovněž není možné, abychom v procesu vlastního výzkumu „přehlédli“ takové aspekty lidské psychiky zkoumaného člověka, které se u něho vzhledem k předem vypracovanému výzkumnému projektu „neočekávaně“ projeví, nebo z důvodu, že o nich žádná odborná kapacita doposud nic neuvádí.

Jestliže se nějaký psychický fenomén vymyká stávající úrovni poznání, nebo jeho existence je dokonce v rozporu se stávajícími teoriemi, ještě to neznamená, že takový fenomén neexistuje nebo že je nutné redukovat ho na nižší, nebo naopak posunout ho na vyšší, jemu nepřináležející rovinu. Bez tvořivé mysli, laterálního myšlení, bez odvahy „jít do rizika“ v úvahách doposud nepoznanými směry v naší mysli, s cílem navodit změnu ve stávajícím paradigmatu uvažování o reálných jevech, dodnes bychom například svítili loučemi a úrodu na poli bychom sklízeli srpy. Metaforicky řečeno, uvažujeme-li o tom, na koho vsadit při hledání cest k porozumění příčin vzniku vesmíru, důvodů a okolností vzniku života i smyslu vlastního bytí, nelze vsadit na „držitele jediné správné vědecké pravdy“, ale na „hledáče porozumění fungování světa“. Pouze taková cesta umožňuje myšlenkově tvůrčí využívání minulé zkušenosti k hlubšímu poznání přítomnosti a skrze pevné zakotvení v přítomnosti položit základy pro pokračování cesty do budoucnosti.

Přístup k člověku v jeho celistvosti, jinak řečeno námi preferovaný holistický přístup v klinické psychologii a v somatické psychoterapii – sanoterapii, rozšiřuje rámec medicínského a obecně psychologického a bio-psycho-sociálního přístupu k člověku, a to zejména o spirituální dimenzi, která je imanentní součástí lidské psychiky, a o interakční dimenzi, jejíž například kooperativní funkce vystupuje do popředí zejména tehdy, když

člověk přechází z jedné society do druhé apod. Má zásadní význam pro jeho adaptaci a adjustaci v novém prostředí. Na interakčním procesu se podílí jak komponenta psychická, tak i komponenta somatická, sloužící k expresivnímu řečovému projevu (přenosu informací v dialogu) a k přenosu specifických neverbálních informací (ve formě výrazu, postury atd.) do mezilidských vztahů. Interakce se odehrává mezi jedincem s jeho neustále měnícími se potřebami, přáními, zájmy, postoji, touhami a jeho potenciálem na straně jedné a možnostmi vnějšího prostředí tyto jeho potřeby, přání, zájmy a touhy uspokojovat. Z hlediska ontogenetického se v raném dětství interakce zásadního rázu odehrávají ve vztahu dítě a rodič. Jedním z četných jádrových produktů těchto permanentních interakcí vnitřního a vnějšího prostředí je vznik osobnosti, ale v případě zásadní diskrepance mezi vnitřním a vnějším prostředím je možný i vznik disharmonie osobnosti.

V holistickém rámci v uvažování o člověku je objektem našeho zájmu konkrétní člověk jako dynamická a aktivní živá bytost (nikoliv virtuální či mechanický člověk) tak, jak existuje v celistvosti ve svém typickém prostředí, se kterým je v permanentní interakci. Tato celistvost je sama o sobě jevem, který musí být zkoumán nejen analyticky, ale analýza musí sloužit syntéze pro pochopení člověka právě v jeho celistvosti. Samozřejmě je zde zakomponovaný i vývojový aspekt, protože vývoj charakteristik této v celistvosti a zrání člověka v dospělosti probíhá celoživotně jako důsledek permanentních interakcí jak mezi subsystemy v jeho vnitřním prostředí, tak v důsledku interakcí mezi člověkem a jeho prostředím.

O holistickém přístupu jako první uvažoval J. C. Smuts v roce 1926 (*Holism and evolution*, Macmillan, London) v reakci na neodarwinismus. Ovšem od té doby se s přibývajícimi poznatky věd o člověku obsah tohoto termínu značně rozšířil a částečně i přepracoval. Současný holistický přístup ke zkoumaným psychickým jevům je oproštěn od krajností. Jednou z takových krajností je tvrzení, že celek je studiem jeho částí neanalyzovatelný a nepoznatelný. Ve skutečnosti analyzovatelný je, avšak pouze do určité míry vzhledem k tomu, že zatím nemáme metody, jimiž bychom takto mohli přistupovat ke studiu psychických jevů, které jsou nelineární povahy. Druhou krajností je tvrzení, že naopak vědeckým rozbořením prvků lze vlastnosti celku krok po kroku pochopit. Navíc, problémem pro vědecké zkoumání je skutečnost, že každá část psychiky z jejího celku, každý její prvek v sobě současně zahrnuje informaci o celku. A dešifrovat z části povahu celku je v případě lidské psychiky pouhá spekulace. V holistickém přístupu k člověku (podotýkáme k živému člověku, nikoliv k „mechanickému“, statickému nebo virtuálnímu člověku) se v každém okamžiku bere do úvahy i procesuální stránka této jeho existence, včetně těla, které je imanentní součástí člověka jako celku a v němž se v každém okamžiku „materializují“ vědomé i neuvědomované psychické obsahy. To znamená, že se rovněž berou do úvahy psychikou inspirované a v těle probíhající procesy, ať již se jedná o biochemické nebo fyziologické děje nebo obojí současně, vnímané člověkem jako tělesné pocity nebo emoce doprovázející tělesné symptomy. Přestože se výše uvedené jeví jako obtížně realizovatelné, zdůrazňujeme, že prakticky se tento postup úspěšně realizuje například v somatické psychoterapii a jejích větvích.

Proměny obsahu vědomí, ať již plně uvědomované či neuvědomované, se na somatické úrovni promítají v podobě změn fyziologického fungování orgánových soustav, změn biochemického prostředí i změn v hladké svalovině i v příčně pruhovaném svalstvu. Mostem mezi psychikou a tělesnou stránkou člověka je vegetativní nervový systém a periferní nervstvo. Psychika může ovlivňovat i fungování enterického systému, který se na biologické úrovni relativně autonomně stará o zabezpečení funkčnosti celých orgánových soustav a z holistického úhlu pohledu se tak stará o homeostázu, která je jedním z předpokladů harmonie v mysli, stejně jako harmonie v mysli napomáhá homeostáze. Může se jednat o

materializaci obsahů vědomí či nevědomí do podoby motorických projevů či do podoby určitých biochemických řetězců, ovlivňujících fyziologické fungování orgánových soustav. Nebo se jedná o aktuální projevy emocí člověka ve výrazu, v gestech, v mimice, v pantomimice, v postuře atd. V případě dlouhodobé psychické zátěže člověka se tato skutečnost může promítnout v jeho tělesném schématu v podobě různých forem bloků, spazmů či dysbalancí. A nesmíme opomenout ani ten fakt, že materializace psychických obsahů v tělesném schématu člověka je pro něho samotného rovněž důležitou zpětnou vazbou a potvrzením, že to, co si myslí, že prožívá, je reálné a nikoliv pouhá chiméra v jeho mysli. Pro lidi v okolí takového člověka je to důležitá informace o tom, jak se dotyčný člověk právě nyní skutečně cítí a zda je soulad mezi tím, co prožívá, a obsahem jeho řeči (tedy tím, co si myslí). U konkrétního člověka se přitom vždy berou do úvahy jednak interfunkční souvislosti v jeho vnitřním prostředí (včetně převažujících forem prožívání), čili výsledný stav člověka jako celistvé bytosti, a jednak interakční souvislosti jeho vnitřního prostředí s aktuálně působícím prostředím vnějším. Navenek se to projevuje různými formami obran, maladaptivního či adaptivního chování apod.

V neposlední řadě je v holistickém přístupu k člověku věnována pozornost převažujícím formám jeho dialogického projevu, který je doprovázený v mnoha směrech pro každého člověka charakteristickými, jedinečnými kontaktními gesty. Jinak řečeno, v tomto případě se jedná o takové, částečně stereotypní projevy, kterými se člověk pro něho charakteristickým způsobem prezentuje vždy, když vystupuje z jedné society a vstupuje do jiné society. Jedná se o specifické, na bázi sociální inteligence v societě naučené a během ontogeneze dále rozvíjené (nebo v negativním případě nerozvíjené) vzorce sociálních dovedností. Na tom, jak se tento proces každému člověku více či méně daří, závisí i prožitek sociální kompetence. A to vše **já** člověka (na bázi psychického a tělesného sebepojetí) integruje do v mnoha směrech jedinečné konkrétní formy sebeprezentace v reálné síti mezilidských vztahů. **Já** se v materiálním světě prezentuje skrze fyzické vzezření, dále charakteristickým postojem (posturou) i specifickou gestikulací, mimikou, pohybovou dynamikou s dostatkem nebo nedostatkem energie a také určitou mírou spontaneity nebo zvýšenou sebekontrolou.

Vždy, když řekneme „**já**...“, tak do tohoto samozřejmě zahrneme i svoji tělesnou stránku. **Já** se prezentuje i způsobem, jak člověk stojí nebo si sedá, či do jaké vzdálenosti se po vstupu do místnosti s jemu neznámými lidmi staví, v jaké vzdálenosti (či blízkosti) se cítí jistější. Skrze výše uvedenou materializovanou formu sebeprezentace **já** konkrétního člověka vysílá signály k interakcím a k dialogu s různými lidmi a v odlišných skupinách. Přičemž tyto signály mají člověku usnadnit cestu k překonání ostychu, plachosti, nejistoty i případné nedůvěry a snížit tak možné psychické napětí pramenící z neznámého prostředí, z neznámých lidí. Cílem takového dění je skrze afiliativní chování usnadnit navázání kontaktu. Tyto signály, vysílané do neznámé skupiny, mají rovněž za cíl snížit nedůvěru skupiny vůči nově příchozímu, rozpustit možné obrany vůči němu i eventuální, již předem odmítavé či nepřátelské naladění ve skupině. Dalším cílem uvedených signálů je oslovit někoho ve skupině (člověka, se kterým nově příchozí rezonuje dříve než s kýmkoliv jiným ve skupině), kdo se tak stane „průvodcem a mluvčím“ nově příchozího a pomůže mu začlenit se do skupiny. Člověk přitom používá převážně ty kontaktní vzorce sociálního chování, ty signály (rituály), které se mu již dříve osvědčily v dosavadním průběhu jeho života. V případě avidního chování, manipulací a schovávání se do role lze předpokládat disharmonii ve struktuře osobnosti dotyčného člověka.

V teoretické psychologii nenastane posun ve vědeckém poznání lidské psychiky, pokud se nezmění výchozí paradigma uvažování o lidské psychice a o člověku v jeho celistvosti, v jeho ontogenezi i v jeho aktuální genezi. První krok představuje pochopení skutečnosti, že objektem zkoumání nemůže být „statistická reprezentace“ paměti, myšlení, povahových rysů,

nýbrž paměť, myšlení, osobnost atd. jako reálné psychické fenomény. Protože člověk není pouhým typem, ale v konkrétním prostředí reálně existujícím živým, vyvíjejícím se a svobodně se rozhodujícím jedincem, musí být kladen důraz na interpretaci vztahů a souvislostí mezi psychickými jevy v kontextu fungování člověka jako celku a v interakcích s jeho konkrétním prostředím. Současně musí být kladen důraz na interpretaci kvality toho místa (sociální status), které člověk v societě zaujímá, abychom porozuměli jeho eventuálním potížím. V neposlední řadě musí být kladen důraz i na efekt jeho adaptací a adjustací a nikoliv důraz pouze na diferenciaci a fragmentaci psychických funkcí, procesů, stavů atd.

Druhým krokem je přísné dodržování terminologické čistoty v teoretické psychologii. Nelze považovat za posun ve vědeckém poznání oboru to, že se díky „intelektuální dovádivosti mysli“ některých vědců objeví „nový“ termín namísto toho, jenž plně vystihuje podstatu psychického jevu, který označuje, a je odůvodněně již dostatečně zakotvený v psychologické terminologii (například prosazování adherence místo compliance atd.). Navíc je i mezioborově respektovaný. Rovněž nelze považovat za rozšíření vědeckého poznání v oboru používání takových výstřelků, jako je neodborná záměna termínů (což vede k posunu původního obsahu a k následnému chaosu), kdy se místo termínu extraverte (z lat. extra, navenek) používá termín extroverte, místo vůle pouhé chtění (a aby toho „nebylo málo“, z nepochopení podstaty a místa vůle v hierarchicky uspořádaném regulačním systému je vůli přisouzeno místo nejvyšší instance na úkor osobnostní regulace, na úkor **já** a přisuzuje se jí jakási vágní síla, jako kdyby vůle měla v sobě zakomponovaný záměr; sic!). V jiných publikacích místo pubescence (tzn. pohlavní dospívání, psychická nezralost, emoční labilita, krize, přechodné introvertní uzavírání se...) se bez odborného zdůvodnění uvádí raná či mladší adolescence (tzn. psychické dospívání, krize z napětí mezi sexuální a fyzickou dospělostí na straně jedné a psychickým dospíváním na straně druhé...), pod názvem afekty se pojednává o citech atd.

## I.2. Psychofyzický problém

Jaká je tedy podstata lidské psychiky, osobnosti? Lze říci, že sestává z neuronů, neurotransmiterů, neurohormonů a prostorově konstituovaných drah, jejichž vlastnosti a způsob, jak zpracovávají informace, vedou ke vzniku a k existenci osobnosti? Ještě větší nároky na formulování odpovědi na otázku po podstatě osobnosti klade skutečnost, že existuje jáství, **já** jako jádro osobnosti. **Já** není nějakým fenoménem „vedle“ lidské psychiky, není izolovaným integrátorem, koordinátorem a regulátorem psychického dění, ale je integrovanou a současně integrující součástí celého systému. Je výjimečným jevem v tom smyslu, že se nachází v průsečíku všeho dění v intrapsychickém světě člověka, včetně jeho spirituální dimenze a interakční dimenze. **Já** musí veškeré nároky na člověka sladit tak, aby člověk mohl v reálném světě existovat jako kompetentní celistvá lidská bytost, která prožívá tuto celistvost jako smysluplné bytí ve smysluplném reálném světě.

Na druhé straně někteří vědci z oblasti neurověd tvrdí, že biochemické jevy a bioelektrické jevy jsou vlastně i psychickými fenomény a jejich obsahy i v případě, jako je subjektivní pocit a prožitek sebeúcty, sebeakceptace, sebevědomí atd. Nebo že i meditace je neurofyzilogický fenomén i v takových momentech bytí člověka, ve kterých **já** nepotřebuje slova k „uchopení“ pocitu a prožitku vlastní existence, právě když překračuje hranice **já** při transcendentním směřování. V těchto úvahách jsou psychické fenomény pojímány pouze jako produkty

činnosti CNS, ovšem komplikací pro tyto vědce je, jak rozlišit například nervovou dráhu „sebevědomou“ od dráhy „ponížené“ atd. Navíc, jak naložit se skutečností, že za výše uvedenými pocity a prožitky je v každém okamžiku **já**, čili člověk vědomý si toho, že se to jemu „děje“, že on je ten sebevědomý, ponížený a tak dále. Další komplikací pro výše uvedené vědce je, jak vysvětlit fakt, že **já** dokáže natolik ovlivnit svého materiálního nositele, že se o 180 stupňů změní charakteristika neurofyziologických dějů v příslušných okruzích v neuronálních sítích?! Anatomicko-morfologická stránka CNS a jeho fyziologická stránka není tím aktivním principem, který rozhoduje o tom, kdy a proč člověk začne z nějakého důvodu meditovat nebo cokoliv jiného dělat. Nesmíme zapomenout na fakt, že CNS je z určitého úhlu pohledu pouze vykonavatelem rozhodnutí **já** v materiálním světě (viz L. Vašina, 2010). A je zbytečným plýtváním energie, jestliže bychom se pustili do vyvracení spekulací a takového „myšlenkového guláše“, jaký představuje například tvrzení, že veškeré spirituální projevy lidské mysli jsou biologicky podmíněny, čili jsou například výsledkem neurofyziologické činnosti lobus parietalis superior, který je odpovědný za vznik mýtů, dále hipokampu, hypotalamu a limbického systému, které se zase starají o relevantní doprovodné děje, včetně emočních.

V tomto kontextu je nutné znovu si položit několik základních otázek, a to: Jakým způsobem živý lidský mozek (tzn. permanentně aktivní, činný) tvoří z permanentního sledu neurofyziologických a biochemických dějů lidskou psychiku? Jak obsah vědomí „sám o sobě“ predikuje vlastní jedinečnou cestu v životě a určuje tak i perspektivu pro sekvence biologických dějů v tom samém orgánu, který je jeho zdrojem a nositelem? Jak je možné, že psychické obsahy mohou obrátit právě probíhající neurofyziologické děje a biochemické procesy o 180 stupňů v té samé materiální základně (CNS), která je současně jejich zdrojem a nositelem? Jak živá materie, lidský mozek, generuje z permanentního materiálního dění smysl sebe sama? Neznáme architekturu mozku Homo sapiens sapiens ani okolnosti vzniku této architektury. Proč a za jakých podmínek vznikl lidský mozek? „Moje mysl je moje mysl“ a její obsahy jsou konstituovány v „mé“ perspektivě, mentální procesy reprezentují „můj“ vnitřní stav nebo „moje“ interakce s vnějším prostředím. Nic není tak osobního jako sebeuvědomění, obsahy vědomí. Ale na oscilacích nad pracovními konstelacemi neuronů, ani na neurotransmiterech a ani na neurohormonech není nic „osobního“, nic jedinečného.

Stejně tak to platí i pro akční potenciály. Nejsou schopny o sobě uvažovat, uvažovat o své jedinečnosti, nemají „nástroj“, který by jim na materiální úrovni umožnil odstup od nich samotných (ve smyslu disociace **já** od **já**) atd. Přístroje sice poukazují na to, že vzorce biologické aktivity korelují s psychickými stavy, ale nic z toho se nepodobá aktuálnímu mentálnímu stavu a jeho obsahům. A pak, tato korelace ještě neznamená ztotožnění! Rozhodnutí **já** iniciuje konkrétní směr biologické aktivity a nikoliv naopak! To, co některé odborníky z jiných profesí mate, je, že ne vše, co souvisí s aktuálním rozhodováním a následným rozhodnutím **já**, je v každém okamžiku v obsahu vědomí. Představa, že **já** v obsahu vědomí konkrétního člověka napjatě „očekává“, co to zase AP, neurotransmitery, neurohormony v neuronálních sítích připravují, je přinejlepším science fiction.

Neurofyziologický fenomén a psychický fenomén nejsou jedno a totéž, je nutné porozumět vztahu mezi nimi a pochopit vzdálenost (nebo blízkost) mezi nimi. Jak již bylo uvedeno výše, například bdělost je neurofyziologický fenomén, zabezpečený průběhem akčních potenciálů příslušnými strukturami mozku, vědomí je psychický fenomén, zabezpečovaný znakovými systémy nesoucími obsah. Znak odkazuje na „něco“ mimo sebe.

S tvrzením, že vlastně žádný psychický fenomén neexistuje a osobnost je tudíž pouze virtuální konstrukt, není snad ani nutné polemizovat. Stačí člověka požádat, aby zavřel oči,

chvíli si naslouchal a všimnul si obsahů vlastního vědomí. Pravděpodobně pak nebude hovořit o „šumivém toku akčních potenciálů“. A to je základní cesta k empirické zkušenosti s vlastní subjektivitou. Žádný naslouchající totiž také neodpoví, že slyší otevírání či zavírání se receptorů pro příslušné neurotransmitery atd. Bude však hovořit o obsahu svého vědomí, který je mu vlastní („mně se to děje“) a který může tvořivě rozvíjet i měnit nebo může nechat volně rozbíhat se asociace na různá témata atd. Samozřejmě rozhodnutí **já** o změně v obsahu vědomí a její následná realizace v materiálním světě je možná jedině skrze takto iniciovanou změnu v neurofyziologických a biochemických pochodech.

Jak jsme již uvedli, ne všechny informace materializující obsahy vědomí v těle, ne všechny děje, rozbíhající se v těle v důsledku nějakého rozhodnutí **já**, jsou plně uvědomovány. Na neuvědomované úrovni proud informací v důsledku rozhodnutí **já** spouští řadu pochodů, které pak ve formě pocitů a prožitků a jejich tělesných ekvivalentů doprovázejí tyto obsahy vědomí. A ty jsou zpětně zase naopak v různé míře uvědomovány. Jindy zase tyto informace (které uvolnilo svým rozhodnutím **já**) spouští děje připravující tělo pro následnou uvědomovanou realizaci rozhodnutí **já**. Například informace vede k uvolnění dostatečného množství energie tak, aby již v momentu rozhodnutí byla cíleně přesunuta do přesně vymezené oblasti hladké svaloviny a připravilo se tonické pozadí pro následnou kontinuální a smysluplnou (obsahu myslí odpovídající) volně motorickou aktivitu. To se vždy děje s určitým předstihem, aby se v každém okamžiku aktuální obsah vědomí a motorické chování „protínaly v jednom bodě“. Předstih je důležitý z toho důvodu, že vše, co se děje v psychice, v myslí, operování se slovy atd. je rychlé a je zde možné „cokoliv“, protože psychika nemusí respektovat zákonitosti trojrozměrného světa. Kdežto děje na materiální úrovni probíhají s určitým zpožděním, protože živé tělo, jeho fyziologické, neurofyziologické a biochemické pochody musí respektovat zákonitosti platné pro fungování živého hmotného organismu.

Psychický obsah ve vědomí je tedy „nesen“ znaky, nikoliv akčními potenciály, které na nic mimo sebe neodkazují, jako je tomu v případě denotátu. Těmi pro člověka základními znaky jsou jazykové znaky, slovo. Uvedli jsme, že bdělost je neurofyziologický fenomén, zabezpečený průběhem akčních potenciálů příslušnými strukturami mozku. Oproti tomu vědomí je psychický fenomén, zabezpečovaný znakovými soustavami nesoucími obsah. Jejich denotativní významy odkazují na „něco“ mimo sebe, na předměty a jevy reality. Akční potenciál není nositelem denotativních ani konotativních významů, na nic mimo sebe neodkazuje. V patologii se dokonce můžeme setkat s příkladem, kdy jeden fenomén bez druhého existuje (neurofyziologický fenomén bez psychického fenoménu), a to v případě apalického syndromu. Na druhé straně nelze nevidět úzkou souvislost mezi psychickými a neurofyziologickými funkcemi a jejich vzájemné propojení ve zdraví i v nemoci člověka. Bohužel přibývá i vlivu negenetických faktorů, které zhoršují kvalitu tělesných funkcí a tím i kvalitu lidské psychiky. Někdy bývá vliv negenetických činitelů tak silný, že mohou, bez ohledu na genetickou predispozici, primárně vést k dysfunkcím v různých orgánových soustavách a poté sekundárně, cestou somatopsychickou, i ke zhoršení psychického stavu. Nebo mohou tyto negenetické faktory (například negativní výchovné styly a patogenní prostředí) vést k duševním poruchám a následným tělesným potížím. Jindy mohou vést k disharmonickému vývoji osobnosti, což může vyústit až v poruchu osobnosti ve smyslu patologickém.

Pro řadu odborníků z oblasti věd o člověku je obtížné představit si psychický jev jako fenomén, který není totožný s neurofyziologickým jevem nebo s biochemickým jevem, popřípadě s oběma současně. Takové ztotožnění jim totiž zjednodušuje cestu k zdánlivému pochopení podstaty lidské psychiky. Tvrdí, že to, jak vypadáme, jak uvažujeme a také co preferujeme, je geneticky podmíněné a tedy také geneticky jsme my lidé všichni stejní. Na to

je jednoduchá odpověď. Samozřejmě člověk s člověkem mají stejné geny, protože jsou to lidé, ale liší se variantami alel sdíleného genu. A z toho pak generuje naše jedinečnost a tím současně značná rozdílnost mezi lidmi již od okamžiku početí.

Další komplikací je, že mozek jako složitý dynamický systém má mnohoúrovňovou, hierarchicky uspořádanou strukturu. Vzhledem k tomu, že se jedná o živý systém, na všech jeho úrovních v každém okamžiku současně probíhá paralelně i sériově ohromné množství dějů, které nejsme schopni si v přítomném čase souběžně uvědomovat. Na straně jedné si uvědomujeme komplexní stav sebe sama. Ale nejsme schopni „uchopit“ přítomnost. Na druhé straně přístrojovou technikou jsme schopni zaznamenat bezprostřední aktivitu jen v dílčích subsystémech, v dílčích pracovních konstelacích neuronů, ale nikoliv aktivitu z větších celků za současného hodnocení podílu vstupujících dílčích částí tohoto celku v určitém daném okamžiku. A již vůbec nejsme schopni přístrojovou technikou zaznamenat komplexní a dynamický biologický stav mozku v každém jeho okamžiku. A právě tento komplexní dynamický biologický stav mozku generuje lidskou psychiku. Jak je tedy možné, že přes tento permanentní „pohyb“ v živém mozku existuje psychický fenomén „mimo pohyb“, a to osobnost, **já**, sebeuvědomění?

Opět si klademe základní otázku, a to které neuronové struktury lidského mozku jsou vlastně schopny „unést“ tak složitý fenomén, jakým je osobnost, **já**. Poznatky z roviny neurofyziologické sdělují, že funkční mohutnost neuronu nespočívá v něm samotném, ale v jeho schopnosti „spojovat se“ s ostatními neurony, být aktivní, vytvářet ve vztazích s ostatními neurony takové prostorové sítě, z nichž generuje psychický fenomén, jehož stabilitu na makroskopické úrovni umožňuje podle některých autorů právě jeho kvantová povaha (viz L. Vašina, 2013). To znamená, že některé části vnitřního informačního systému neuronů, především mikrotubuly a mikrofilamenty, jsou schopny vzhledem ke své struktuře takový fenomén „unést“. Bližší informace lze najít například ve studii S. R. Hameroffa (1982, 1990) a R. Haaga (1992). V této souvislosti také považujeme za nosnou studii F. Becka a J. Ecclese (1992), H. Atmanspachera (2004) a F. Becka (2001). V souvislosti s výše uvedeným kontextem se rovněž přikláníme k názoru, že osobnost je postupně se uspořádávající specifická konfigurace informací v trojrozměrném biologickém prostoru (lidském mozku). Tato konfigurace má specifickou kvantovou povahu (jedná se o specifický kvantový fenomén, tzn. samoorganizující se a sebe si uvědomující C-fenomén na makroskopické úrovni). Vztahy mezi částmi této konfigurace informací jsou zprostředkovány virtuálními informacemi. Jen tak lze vysvětlit, že v každé části je současně obsažen i celek a také skutečnost, že konfigurace jako celek se vyznačuje výraznou stabilitou, pro kterou čerpá energii ze své podstaty, aniž by se zhroutila v chaosu.

Vedle toho, co bylo doposud uvedeno v kontextu vztahu mozku a osobnosti, nesmíme zapomenout ani na „chemismus“ mozku, jehož změny se promítají do variabilních projevů osobnosti i psychiky jako celku. Součinnost všech mechanismů musí být koordinována a řízena v souladu se základními principy života v jeho jakékoliv reálně existující podobě, tudíž i u člověka. Jedná se o princip zachování jedince, princip zachování druhu, princip sanogenetický, princip zvědavosti, princip homeostatický, princip slasti (libosti, příjemnosti). U člověka se mimo jiné k těmto principům řadí navíc ty, které generují z psychosociální dimenze lidské psychiky a také ze spirituální dimenze (sebepřesahující dimenze) lidské psychiky.

Nikdo nepopírá, že veškeré uvedené psychické dění se odehrává v mozku. Mozek je hierarchicky uspořádaný, samořídící a samoorganizující se systém, konstituovaný tak, aby fungoval na principu hierarchizované biologické zpětné vazby v limitních cyklech.



Psychologie nemůže přehlédnout fakt, že řada významných změn v psychice nebo i odlišnosti v dynamice a intenzitě reagování různých lidí na stejné podněty jsou důsledkem zvýšené nebo naopak snížené aktivity neurotransmitterových a neurohumorálních systémů.

Také mnohé duševní poruchy jsou důsledkem poruch v neurotransmitterových systémech. Naznačují to i souvislosti různých forem chování s genetickou informací pro konstituování zdrojů neurotransmitterů a určení limitů pro jejich tvorbu a výdej. Genetická informace také určuje počet receptorů pro příslušný neurotransmitter. Pro proces učení zde zůstává prostor právě v možnosti aktivovat různý počet latentně přítomných receptorů v kontextu permanentních interakcí mezi vnějším a vnitřním prostředím. Je to také místo, které je nejvíce ovlivňováno změnami vztahu organismu a prostředí, a v případě dlouhodobě trvajících změn i místo, přes které důsledky těchto změn mohou zasáhnout i do genetického materiálu organismu. Nerovnováha v neurotransmitterových systémech může vést k abnormitám v chování nebo i k duševním poruchám.

Působení neurotransmitterových systémů je velmi složité. Tak například katecholaminy a serotonin hrají důležitou úlohu při regulaci psychomotoriky a nálad na kontinuu normální nálada a deprese. Snížená produkce noradrenalinu vede k nechuti pohybovat se, k psychomotorickému útlumu. Naopak zvýšená produkce může vést až k psychomotorickému neklidu. Snížená produkce serotoninu vede k apatii či depresivnímu syndromu, nadprodukce serotoninu vede ke generalizovanému útlumu. Ovšem toto tvrzení je zjednodušením celé složité problematiky vzájemného ovlivňování neurotransmitterových systémů a vlastního působení neurotransmitterů.

Neurotransmitery se při přenosu AP přes presynaptickou membránu vyloučí do synaptické štěrbině a jeho molekuly pak obsadí příslušné receptory na postsynaptické membráně. I když je množství uvolněného neurotransmiteru značné, zpětně je až 80 % vychytáváno na presynaptické receptory. Tím se podstatně snižuje biologická dostupnost neurotransmitterů v synaptické štěrbině. To má za následek tzv. up – regulační efekt. To znamená, že se zvyšuje počet aktivních receptorů na postsynaptické membráně a zvyšuje se jejich citlivost. Aby došlo například k ústupu deprese, musí nastat opačný proces. Vyvoláme-li (například psychofarmaky s antidepresivním účinky) nadbytek příslušného neurotransmiteru v synaptické štěrbině (v našem případě noradrenalinu pro ústup psychomotorického útlumu a serotoninu pro změnu emotivity), snížíme tím senzitivitu a také počet příslušných aktivních receptorů.

Nadbytek katecholaminů nebo zvýšená aktivita adrenergního systému jsou spojovány se zvýšením psychomotorického tempa, s manickým syndromem a se schizofrenními symptomy. Zde ovšem důležitou úlohu současně hraje nadbytek dopaminu, nebo lépe řečeno zvýšená aktivita dopaminergního systému. Problémem je, že -ergní systémy se vzájemně ovlivňují a například zvýšená aktivita noradrenergního systému vede i ke zvýšení aktivity serotoninergního systému, což je cesta, která může směřovat od impulzivity, úzkosti, deprese až panice či k obsesi.

Přejdeme-li k dalšímu neurotransmitterovému systému, potom zvláštní pozornost si zaslouží acetylcholin, protože snížení hladiny tohoto neurotransmiteru vede ke snížení kognitivního výkonu. Akutní snížení koncentrace acetylcholinu vede až ke stavům zmatenosti, chronické snížení jeho koncentrace vede k poruchám kognitivních funkcí. Acetylcholin je v synaptické štěrbině rychle enzymaticky štěpen. Proto se například v počátcích demence nejen povzbuzuje syntéza acetylcholinu z cholinu (mj. podáváním vysokých dávek lecitinu), ale i blokáda (inhibice) cholinesterázy.

GABA je dalším významným neurotransmiterem. Má tlumivé účinky na korové neurony. Úloha GABA-ergních neurotransmisí spočívá v ovlivňování úzkosti, rozvíjející se na bázi neurotického onemocnění.

Neurotransmitter cholecystokinin (CCK), který byl původně zjištěn v gastrointestinálním traktu, se v ještě vyšší koncentraci nachází v mozku, kde ovlivňuje potravní centra. Při nedostatku CCK má člověk pocit hladu. Ovšem existují dva subtypy CCK receptorů: první z nich reguluje chuť k jídlu, druhý reguluje intenzitu úzkosti. Jedná se o jinou formu úzkosti, než je úzkost neurotická. V tomto případě se úzkost rozvíjí epizodicky a je mimo jiné spojena se strachem ze smrti.

Dalšími neurotransmitery jsou endorfíny a enkefaliny. Mají analgetické účinky a vyvolávají pocity spokojenosti, příjemnosti a euforie. Tyto systémy jsou aktivovány stresem nebo aktivací dopaminergních a serotoninergních systémů.

Vazba neurotransmiteru (1. posel) na jeho vlastní receptor vede k biochemickým pochodům, které jsou zprostředkovány látkami, jež se označují jako 2. posel (cAMP, proteinkinázy C, G proteiny, IP inositoltrifostát, ionty kalcia).

Neméně zajímavým faktem je, že jedním z posledních článků při přenosu nervového signálu jsou naprosto jednoduché plyny CO a NO.

Ovlivňování stavu receptorů, jejich počtu, aktivity atd. není možné bez přestavby proteinů. To je zase možné jen ovlivněním dějů v buněčných jádrech. Mezi druhými posly a tímto aparátem zprostředkovává kontakt systém třetích poslů (například AP-1, Fos-Jun-dimery).

Dalším hierarchicky uspořádaným regulačním systémem je hormonální systém. Řízení tělesných funkcí se realizuje prostřednictvím biochemických látek – hormonů, které jsou do krve uvolňovány endokrinními žlázami a neurosekrečními buňkami. Dále se sem řadí tkáňové hormony, které jsou uvolňovány z tkání, jež primárně slouží k jiným účelům. Zjednodušeně řečeno, hormony vytvářejí hormon-receptorové komplexy v biomembráně buňky a ovlivňují tak propustnost membrány pro určité látky nebo vytvářejí hormon-receptorové komplexy přímo v cytoplazmě, kde mimo jiné ovlivňují proteosyntézu.

Zatím ještě nejsou dostatečně známé mechanismy, jimiž **já** iniciuje souhru mezi neurotransmiterovými systémy a neurohormonálními systémy pro zvyšování psychické i fyzické odolnosti v každém okamžiku během zesilující aktuální zátěže. Stejně tak zatím není známý mechanismus překlady nehmotné informace z nehmotného intrapsychického prostoru ve hmotnou informaci při jejím přenosu do materiálního těla, kde jsou pak tyto informace dále přenášeny bioelektrickou aktivitou a prouděním biochemických látek, včetně proudu neuropeptidů, do celého těla. V těle poté vyvolávají takové tělesné reakce, které v materiálním světě realizují výchozí myšlenku. Mnohé z těchto nosičů informace pak zase zpětně ovlivňují obsah vědomí člověka. Zvýšená aktivita mediátorových systémů (adrenergního-A, noradrenergního-NA, cholinergního-ACH, serotoninergního-5HT, GABA-ergního, dopaminergního-DA a dalších, které pracují jako antagonisté, synergisté či samostatně) a změny hormonální vedou k výrazné modifikaci chování a prožívání.

Ve stavech přetíženosti, vysoké míry stresovanosti člověka se emoční charakteristiky stále více prosazují na úkor kognitivních. Narůstá emoční tenze. Navenek jsou tyto stavy verbalizovány člověkem jako: „vše je beznadějně až k zbláznění“; „děsím se zítřka“; „přivádí mě to k šílenství“; „vše se mnou točí, hlava mně může ulítnout a nic nemohu dělat“. Vše tedy

paradoxně zesiluje verbalizaci na kognitivní úrovni tak, že potom hodnotíme každou situaci, jež se nás nějakým způsobem dotýká, „brýlemi smolaře“ předem odsouzeného k nezdarům. A máme mnohdy dojem, že pořád „něco“ stojí našim záměrům v cestě a to „něco“ je hlavně mimo naše možnosti nějak takovou situaci ovlivnit.

Jak jsme již uvedli o stavech přetíženosti, o chronickém stresu výše, vše má tedy svoji složitou základnu rovněž v rovině bioelektrické a v rovině biochemické. Tyto nároky na psychickou a fyzickou odolnost jsou doprovázeny hormonálními bouřemi, které vyvolávají působící stresory v neuroendokrinní síti, jež je ve stavu hyperiritace. Mnohé z hormonů mohou mít za určitých okolností vliv jako neurotransmitery, jindy jako neuromodulátory a konečně i jako vlastní hormony. Je to permanentní tok informací neuroendokrinní sítí, která má prostorovou výstavbu, a proto tyto informace se svými peptidovými nosiči vstupují do vztahů a souvislostí nejen na úrovni vertikální, která má hierarchickou výstavbu, ale i na úrovni horizontální.

Neuroendokrinní sítě jsou ve svých uzlech propojeny s imunitní sítí, s neuronovými sítěmi, včetně neurokognitivní sítě a prostřednictvím jejích „překladačů“ zase se sémantickou sítí v intrapsychickém prostoru. Proto například slovní popis čerstvě rozříznutého citronu a jeho prýstící šťávy vyvolává stejně intenzivní odezvu v metabolických pochodech a v biochemii organismu, jakou by vyvolal reálný citron. Nebo slova vyřčená v kontextu vůdů magie mohou zabít i jinak fyzicky zdravého člověka.

V neuroendokrinním systému jsou receptory, které dokážou „číst“ přicházející informace, a na základě přečteného se aktivuje určitá funkce, která svojí procesuální stránkou začne plnit úkol, pro nějž je předurčena v dané struktuře. Receptory v neuroendokrinní síti mají také schopnost pružně měnit vzorce reagování v souvislosti s měnícími se vnitřními a vnějšími podmínkami. Jsou-li například porušeny neuroendokrinní stimulační prolaktinu, stávají se příslušné receptory citlivými na alternativní stimulační, například pomocí farmak.

Sítě se tedy vyznačují značnou plasticitou, schopností „podržet energii“ a schopností zapamatovat si minulou zkušenost. Mají i další, v kontextu stresu důležitou schopnost. Totiž schopnost podržet a v případě potřeby v zátěži zase uvolnit zautomatizované vzorce reagování tak, aby nenastal kolaps a překlenula se doba, než nastoupí mechanismy zabezpečující flexibilní chování vůči těmto aktuálně působícím stresorům. To znamená do doby, než nastane čas pro kognitivní zpracování vzniklé situace, pro posouzení situace a pro možnost volby určité strategie, směřující k definitivnímu řešení aktuálního problému.

Aby mohly výše uvedené sítě fungovat i v zátěži a spojení se nerozpadlo, musí zde fungovat nějaký integrační a koordinační činitel s dostatečnou energií v záloze. Na úrovni neuroendokrinní a imunitní tímto prostředníkem pro zabezpečování spojení v zátěži je DNA. V zátěži se totiž syntetizuje více druhů tzv. stresových bílkovin, které mají ten význam, že jsou schopny zmnohonásobit komunikační propojení neuroendokrinní a imunitní sítě.

V cytoplazmě většiny savců, a tedy i člověka, se mj. nacházejí struktury bílkovinné povahy, které jsou receptory steroidních hormonů a které mají spojení právě s jadernou DNA. Jestliže se v zátěži začne uvolňovat větší množství steroidních hormonů, pak se tyto hormony dostanou v buňce právě k tomuto receptoru, kde zapadnou jako „klíč do zámku“, a je tak zabezpečeno propojení a přenos informací do DNA. DNA po „přečtení“ zprávy zabezpečí zvýšenou syntézu potřebných látek pro biochemické děje, které umožňují zvládnutí zátěže.

V bázi mozku se jako jedna ze substruktur mezimozku nachází hypotalamus, který je stopkou spojen s hypofýzou. Vedle mozkové kůry je právě hypotalamo-hypofyzární systém tím, jenž se nejvíce angažuje ve stresových situacích. Neurosekreční jádra hypotalamu vysílají svá vlákna nejen do hypofýzy, ale i do hipokampu, amygdaly a septa. Působení hypotalamických hormonů také významně ovlivňují mediátorové systémy. Nicméně v zátěži hypotalamické neurony schopné neurokrinie mimo jiné syntetizují řídicí hormony, kam patří i CRH (corticotropin releasing hormon – kortikoliberin). Ten po přesunutí do hypofýzy uvolní bílkovinnou makromolekulu složenou z několika set aminokyselin. Tato bílkovina se poté rozštěpí na řadu hormonů, včetně ACTH (adrenokortikotropin). ACTH má významné místo ve stresové hypertenzi, imunodeficienci a v centrálním účinku neuropeptidů na CNS v zátěži.

**Já** skrze mechanismy mozkové kůry má na straně jedné rozhodující vliv na zvládání či nezvládání zátěže, ovšem na straně druhé je i možným viníkem stresu, protože zátěž vyvolaná psychosociálními stresory není otázkou dysfunkce či afunkce hormonální a imunitní sítě, ale důsledkem chaosu v intrapsychickém prostoru.

V zátěži se uvolňují ze svých prekurzorů i další endogenní látky. Jedná se o endogenní opiáty, které se nacházejí nejen v různých oblastech mozku, ale i v nadledvinách a dalších orgánech těla. Tyto látky mimo jiné snižují citlivost vůči bolestivým podnětům, čili v zátěži zvyšují práh pro vnímání bolesti, hrají důležitou úlohu v hospodaření s energií (volně disponibilní, nikoliv s energií vázanou například na glykogen), zlepšují paměť a proces učení. Je to součást mostu, který je schopen pomoci organismu překlenout období zátěže a nezkolabovat. Jsou to látky chránící před psychickým kolapsem. Zlepšení procesu učení například umožňuje rychlejší a tvořivé hledání alternativ při řešení problému v zátěži.

Ovšem současně s tím, co bylo uvedeno výše, organismus dostává silný náraz právě ve vnitřním prostředí. Totiž informace nesená ACTH po dosažení receptorů v membráně buněk dřeně nadledvin vede k uvolnění katecholaminů (adrenalinu a noradrenalinu). V případě emočního i metabolického stresu impulzy ke zvýšené produkci adrenalinu vycházejí až z amygdaly, a to cestou stria terminalis do zadního hypotalamu a dále již cestou, kterou jsme popsali výše. Důležité je, že uvolnění katecholaminů do krevního oběhu (až dvacetkrát více než za normálních okolností) neznamená ještě snížení (pomocí zpětné vazby) hladiny ACTH. Vyhodnocení probíhá na úrovni amygdal, na dimenzích příjemné versus nepříjemné, obrana versus útok, rezignace versus boj. Jaderné komplexy amygdal jsou schopny zprostředkovat na jedné straně reakci strachu a úzkosti, bezradnosti vůči hrozbě. Na druhé straně zase jiné jaderné komplexy amygdal jsou schopny mobilizovat energii a zprostředkovat do dalších struktur mozku informace o mobilizaci k fyzickému výkonu (útok, boj). Současně stimulují zvýšenou produkci noradrenalinu. A ještě další jaderné komplexy amygdal zase ve spojení s první skupinou jader reagují na nové a neobvyklé podněty zvýšenou sekrecí adrenalinu.

Na tomto zvýšení se podílí jak hormonální cesta, tak i nervová stimulace (viz sympatikus). Stres také zvyšuje hladinu adrenalinu v epifýze (ta se podílí na biorytmech tím, že „upozorňuje“ hormonální systém organismu na rytmus den-noc). Do komplexní metabolické reakce na stres zapadá i aktivace hypofyzárně-nadledvinové linie korové, vedoucí ke zvýšení hladiny kortikoidů. Kortikoidy mj. zabezpečují dobrý průtok krve, zejména mozdem, srdcem a příčně pruhovaným svalstvem v zátěži, účastní se řízení přeměny živin atd.

Znovu bychom chtěli poukázat na ten fakt, že o modulaci sekrece ACTH a jím ovlivňované sekreci katecholaminů, kortikoidů a dalších hormonů rozhodují v horizontální rovině i další řídicí hormony, jejichž účinky se sčítají. Navíc sekrece ACTH je ovlivňována i nepřímými

cestami, přes řadu mezičlánků jinými hormony právě na úrovni hypofýzy (zde mají dokonce téměř tak silný vliv jako CRH z hypotalamu).

Důležitým momentem je i fakt, že hormonální sekrece a transport hormonů do cílových receptorů v mnoha aspektech také závisí na mediátorových systémech (dopaminergní, cholinergní, serotoninergní, noradrenergní, GABA-ergní a další přenosové systémy). Tyto látky mají své prekurzory (již na této úrovni je možné je ovlivňovat a do těchto systémů zasahovat) a také agonisty i antagonisty. Komplikací pro badatele je, že uvedené látky mohou mít jak centrální, tak i periferní původ. Některé bílkovinné látky mohou na presynaptické membráně „propagovat“ příslušný mediátor. To je pro presynaptické receptory signálem pro „přijetí“ těchto látek. Tento stav připravenosti pro přijetí mediátoru je zpětným signálem pro jeho zvýšené uvolňování (pro zvýšenou syntézu). Na druhé straně zase centrální řídicí hormony mohou vysílat i informace pro zvýšení syntézy takového bílkovinného enzymu, který naopak mediátor rozkládá. A právě v zátěži se projevuje výrazná diskrepance mezi nabídkou a poptávkou po mediátoru, což má i své klinické projevy.

Je zcela zřejmé, že vztahy a souvislosti mezi chováním a sekrecí hormonů jsou mnohočetné a na úrovni horizontální i vertikální (ne vždy se daří jednoznačně prosazovat hierarchické řízení). U člověka každý dílčí motivační stav, v závislosti na konkrétní situaci a na konkrétních vnitřních i vnějších podmínkách, vstupuje do vztahů s dalšími dílčími motivačními stavy tak, že navenek se projevující celistvé chování je výsledkem momentálního optimálního nastavení jak v hormonální, imunitní, neurohormonální, nervové, tak i v sémantické síti. Dobrým příkladem pro výše uvedené je agresivita. Závisí na kontextu, zda se bude agresivita podílet na zvýraznění emocionálního aspektu, sexuálního aspektu nebo obranného aspektu chování apod. Dílčí motivační stavy vstupují do trsů, „přivádějí“ s sebou energii, vyvolávají příslušnou hormonální bouři a takové celkové vyladění organismu, skrze které pak osobnost (**já**) může prosadit v jednání určitý cíl i pomocí tak fascinujícího nástroje, jakým je vůle. Ovšem **já** má k dispozici i jiný, neméně významný nástroj pro optimální adaptaci, a to obecnou intelektovou schopnost a sociální inteligenci.

Jak vstupují neurobiologické mechanismy do „života“ člověka lze ukázat na příkladě jeho sexuálního chování a prožívání. Přestože lidská sexualita, na rozdíl od sexuálního chování na subhumánní rovině, je v lidské psychice úzce propojena s erotickou stránkou, významný podíl na sexuálním chování člověka má tzv. sexuální chemie. Týká se to zejména vomeroferinů, fenylethylaminu (FEA), testosteronu, estrogenů a nepřímo i dopaminu, serotoninu a tzv. cuddle chemicals – vazopresinu a oxytocinu. Vazopresin se podílí na udržování rovnováhy tělesných tekutin v organismu, oxytocin vyvolává stahy svaloviny gravidní dělohy a stimuluje ejekci mateřského mléka. Ovšem oxytocin u mužů se spolupodílí na stimulaci erekce a u žen také podporuje sexuální vzrušení. Vazopresin a oxytocin stimulují u obou pohlaví touhu po tělesné blízkosti, po něžnosti, hlazení a mazlení. Pohlázení vyvolává proud informací, které stimulují zvýšenou produkci FEA, který vede k prožitku štěstí, slasti a k potřebě dotknout se milované osoby. Tyto informace vedou speciální nervy – CT efferents, a pohlázení je zdrojem takových informací i u lidí, kteří jsou na jiné podněty na kůži necitliví.

Je rozdíl mezi náhodnými milenci a partnery v tom smyslu, že u milenců je výraznější reakce hypotalamických jader oproti reakcím hypofýzy. U partnerů je naopak výraznější reakce hypofýzy s vyšší hladinou vazopresinu a oxytocinu. S trochou nadsázky je možné uvést, že vazopresin a oxytocin jsou zárukou monogamního vztahu. K výše uvedenému je také nutno přičíst vliv estrogenů, progesteronu a testosteronu na chování žen v průběhu jejich cyklů. Pro estrogen je mimo jiné charakteristické, že v případě zvyšování jeho hladiny v krvi se u žen zvýrazňují projevy jejich „ženskosti“. To znamená, že žena se cítí být více aktivní, lépe se jí

prokrvuje obličej, má zážitek, že je mladší, atraktivnější, je více odvážná v kontaktu s muži a může se relativně snadněji zamilovat.

Progesteron mimo jiné zase „připravuje“ ženu na graviditu a mateřství. V chování se projevuje spíše zklidnění, prvky introvertního chování a touha po klidu, bezpečí, doprovázená lehkou emoční labilitou a přáním svěřovat se, popovídat si „o životě“. Poklesnou-li hladiny obou výše uvedených hormonů na úroveň jejich klidové hladiny a začne-li se projevovat převládající vliv zvýšené hladiny (zejména v období premenstruačním a menstruačním) testosteronu, pak se to v chování žen projevuje tendencemi k určité míře agrese, a to jak pasivní agrese (tvrdohlavost), tak i aktivní agrese, většinou slovní (zejména ironie, hádky), doprovázené rozladami. U mužů se ve výše uvedeném kontextu mimo jiné uplatňuje rovněž vliv testosteronu. Jeho zvýšená hladina se v chování a prožívání muže manifestuje zážitkem síly, muž sebe vnímá jako člověka více odvážného, rozhodného, až po možné vyústění do podoby příliš aktivního „otravy“ či nepříjemného slovního nebo i brachiálního agresora. Sníží-li se hladina testosteronu, nastává u muže fáze zklidnění, až po možné zlhostejnění a zážitek lenosti. Ve vztazích takové změny v chování bývají i zdrojem konfliktů a výčitek, že partner je příliš nestálý, proměnlivý a nesrozumitelný pro druhého člověka.

A jak tedy probíhá biochemie lásky? Musíme zdůraznit, že celé tělo člověka je eroticky významné, ale některé části těla, tzv. erotogenní zóny (ústa, ňadra, nohy, dlaně atd.) podstatně více. Jsou to ty oblasti, které jsou zdrojem i vomeroferinů, což jsou látky obdobné feromonům na subhumánní rovině. Samozřejmě že jejich vliv na chování člověka se uplatňuje v podstatně menší míře, než je tomu v případě vlivu feromonů na chování živočicha.

Vomeroferiny (mají přímé spojení s hypotalamickými jádry a limbickým systémem) při líbání se jako určitá forma „očichávání“ dostávají více do popředí. Struktura částí těchto molekul vomeroferinů je individuálně specifická a je dána genotypem histokompatibilního komplexu (MHC). Tyto genové vzorce řídí důležité funkce imunitního systému. Čím se genové vzorce obou sexuálních partnerů liší, o to odolnější imunitu mají jejich potomci. Proto si ženy mimo jiné vybírají partnery podle toho, jak jim „voní“, aniž si to plně uvědomují. Čím více se MHC systém partnera liší od jejich vlastního, tím více je pro ně přitažlivý.

Co způsobuje projev sexuální touhy? Třeba pouhé gesto, které vede ke zrychlení tepu, pocení rukou, rudnutí obličeje, svírání žaludku, horku a chvění. Závisí tedy na konkrétních, pro konkrétního člověka rozhodujících stimulech, které spustí komplexní biochemické reakce. Mozek signály vyhodnotí jako eroticko-sexuálně příjemné a limbický systém spustí kaskádu reakcí. Deaktivována jsou centra deprese a smutku. Naopak jsou aktivována centra slasti spojené se sexuální touhou a dobrá nálada je doprovázena reakcí hypotalamu, který vylučuje velké dávky dopaminu, endorfinů atd. Člověk to pociťuje jako euforii, nemá hlad, redukuje se potřeba spánku. Dopamin a noradrenalin zase vede ke zvýšené vnímavosti a ke zvýšené aktivitě vůči signálům přicházejícím od partnera/ky/. Dopamin snižuje sexuální zábrany a zvyšuje fyzickou přitažlivost partnera/ky a potěšení z ní. Fenylethylamin navozuje romantickou náladu. Snížená hladina serotoninu v mozgovém kmeni vede ke zvýšení libida. Při mazlení se zvyšuje produkce oxytocinu, který vzbuzuje prožitek náklonnosti a sounáležitosti. Vazopresin vede k něžnému chování, zejména u mužů. Luteinizační hormon (LH) vysílaný hypofýzou stimuluje ve varlatech a vaječnicích tvorbu testosteronu, který zvyšuje chuť na sex. Adrenalin z kůry nadledvin mobilizuje energetické rezervy těla. Ale nadprodukce adrenalinu může také vést k třesu v kolenou, husí kůži, ke koktání. Snižuje se produkce stresového hormonu kortizolu. Autonomní nervový systém zase vysílá signály do svalů a tepenních stěn pro vasodilataci a zlepšuje se tak prokrvení. Zrychlený tep a dech je zase reakcí na zvýšenou potřebu kyslíku. Zpětnými vazbami je informován mozek a ten

snižuje vjemové prahy pro smyslové podněty. Může také nastat paradoxní situace a následné reakce. Jestliže se například ve fit centru nebo při jízdě na kole apod. člověk cvičením zpotí, zvýší se mu tepová frekvence, dechová frekvence atd., může následně procházející ženu mužovo emoční centrum chybně vyhodnotit jako zdroj fyziologického vzrušení a dotyčná žena se pak stát pro toho muže velmi přitažlivým objektem. Limbický systém nerozlišuje mezi výplody fantazie a skutečností.

Výše uvedené procesy také nepřímo napomáhají k tomu, že se do dlouhodobé paměti ukládají intenzivní pozitivní zážitky. Ukládají se v přesném časovém sledu a ty si pak „přehráváme“ při neustálém opakování. První polibek, první sex atd., protože se naše pozornost zúženě soustředí pouze na tu jednu jedinečnou bytost. Jsme dočasně poblouznění a vyřazuje se ze „hry“ rozum. Přechodně se mění i sebepojetí a partneri a partnerky jako kdyby nedokázali určit, která vlastnost je její či jeho. Mozky v určitém smyslu slova synchronizují svoji činnost, navzájem se usměrňují. A proč to všechno?

Něžnosti, mazlení a pevné objetí poskytuje člověku silný, osvobozující pocit bezpečí, překonání nejistoty a vlastní samoty. Ale ještě to není souznění, které se rozvíjí po opadnutí zamilovanosti, která je jako „opilost“. Přetržení výše uvedeného pouta, toho virtuálního spojení mozků, vede k emočním bouřím. Ale co je horšího: samota, nebo samota ve dvou?

V tomto uvažování o vztahu psychického a fyzického, uvažování o genotypu a jeho podílu na fenotypu (a pochopení toho, že tento podíl nemůže být absolutní) jsou také důležité informace, které nabízejí odpověď na otázku po vztahu mezi mozkiem a osobností, mozkiem a psychikou obecně. V tomto kontextu nám může pomoci dialog s jedním z předních, světově uznávaných neurovědčů, kterým je A. R. Damasio.

Damasio (1999, 2000, 2004) v některých směrech přinesl nosné hypotézy do uvažování o proměnných ve vztahu mozek a psychika. Na druhé straně jeho tendence redukovat lidskou psychiku pouze na biologické fenomény permanentně aktivního živého mozku je silně zavádějící. Dokonce je to krok zpět i oproti koncepcím například J. O. Ecclese (1989), P. S. Churchlanda (1984, 1988), I. M. Glynya (1990), E. R. Wallaceho (1988), S. Kocha a J. L. Davise (1994) a dalších.

Je však třeba uvést, že lidská psychika jako jedinečná vnitřní subjektivní entita nemůže „opustit svoji schránku“ – mozek, jako objektivní „vnější“ entitu, podrobit ho zkoumání a poté se do něho „vrátit“. Potom tedy musíme připustit, že pocit jedinečnosti se zprostředkovaně skrze psychiku vztahuje i na mozek a tělo.

A. R. Damasio navrhuje následující řešení. Jestliže přijmeme hypotézu, že mozek je mnohoúrovňový strukturovaný dynamický systém, v němž permanentní děje konstituují komplexní biologický stav mozku, nesoucí strukturovanou, nikoliv monolitickou lidskou psychiku, pak na jeho jednotlivých úrovních existují dílčí regulační mechanismy, které jsou hierarchicky uspořádány. Na vyšších úrovních se rozvíjejí nástroje pro pozorování dění a řízení tohoto dění na úrovni nižší. Na nejvyšší úrovni je dispozice pro rozvoj jazyka, představujícího pro mysl nástroj ke kategorizování znakových informací a manipulování se znalostmi v souladu s logickými principy. To mj. umožňuje klasifikovat pozorované jako pravdivé nebo nepravdivé v souladu s biologickým stavem celého organismu, kde kritériem je fyziologické nastavení optimálního fungování tohoto organismu (biologický smysl).

Damasio „přehlédl“, že biologický smysl a člověkem pochopený smysl vlastní existence a jeho uvažování, manifestující se konkrétním fungováním v materiálním světě, jsou naprosto

rozdílné entity, byť téhož celku. Jinak by nebylo možné, aby **já** ovlivňovalo dění svého materiálního nositele (mozkové funkce). A ani by nebylo možné, aby se **já** rozhodlo změnit „z ničeho nic“ o 180 stupňů dění v psychice a následně v mozkové činnosti. **Já** například může na základě znakové informace rozhodnout o okamžitém přerušení nějaké konkrétní činnosti. Přičemž tato změna, promítající se skrze změny v bioelektrické aktivitě v řadě substruktur mozku a skrze změněný tok biochemických látek v organismu jako celku, může mít pak za následek i jednání směřující proti vlastnímu biologickému smyslu tohoto organismu a vést dokonce k jeho zániku. **Já** tedy prosadilo toto svoje „nehmotné“ rozhodnutí do konkrétního hmotného CNS a skrze něj i do konkrétního jednání člověka v trojrozměrném, materiálním světě.

S názorem A. R. Damasia na biologický smysl lze souhlasit, ale současně je nutné uvést upřesnění. Biologický dynamický systém je schopen samoorganizace a má minulost. To znamená, že principy, podle kterých se molekuly konstituují do vyšších celků, a regulační mechanismy, které zaručují jejich fungování v těchto celcích, jsou výsledkem evolučního vývoje. Byly „vybrány“ tak, aby se mohly účastnit autokatalytických procesů, představujících specifické formy samoorganizace. V tom je účel a současně základ biologického smyslu. V kontextu výše uvedeného je žádoucí seznámit se s Bělousovovou-Žabotinského reakcí (viz Tyson, J. (1980): *The Belousov-Zhabotinski reaction*. Springer-Verlag, Heidelberg; Winfree, A. (1980): *The geometry of biological time*. Springer-Verlag, Heidelberg.).

Damasio se domnívá, že mozková přirozená intencionalita (biologický smysl) je dána designem živého mozku, v jehož struktuře je permanentní aktivita na všech jeho úrovních v každém okamžiku, s cílem udržet rovnováhu vnitřního prostředí v permanentní interakci s prostředím vnějším. Základní cíl udržet rovnováhu platí i pro biochemickou i pro psychickou rovnováhu. Vychýlení z určité konstanty nastavení je pak vyjádřeno změněnými stavy na různých úrovních, což vyžaduje zapojení řady dílčích regulačních mechanismů a regulačního mechanismu v bázi biologického smyslu. Výsledkem je redukce vychýlení od původního výchozího nastavení tak, aby nenastal chaos a zánik organismu. Podle Damasia je v tomto kontextu brain's core v hypotalamu a v mozkovém kmeni. Nejedná se tedy o žádnou abstrakci. Mozek má svůj biologický smysl reprezentovaný strukturou a stavem celého živého organismu.

Z uvedeného vychází i další Damasiova úvaha. Biologický základ pro prožitek **já** je podle něho dán právě permanentní aktivitou živého mozku (v jeho celistvosti), která reprezentuje v každém okamžiku kontinuitu toho samého organismu, jenž je jejím nositelem. Design mozku, jeho struktura je schopna mapovat sebe i objekty mimo sebe současně. A nejen to, současně je tato struktura schopna vyhodnocovat interakce vnějšího a vnitřního prostředí, dávat informace do logických souvislostí. A to podle Damasia nejsou žádné abstrakce, ale materiální aktivita cirkulující v příslušných neuronových okruzích celého živého mozku.

Vstoupí-li informace skrze smyslové orgány do CNS, je to ryze biologická reakce. Ta spouští kognitivní procesy (abstrakce), které ovšem mají pro své logické principy dispoziční (tedy materiální) základnu v určitých konstelacích neuronů. Myšlení samo o sobě neexistuje. Pro svoje sebeprojevení potřebuje „náplň“, informace. Metaforicky řečeno, právě mozek je tedy „vlastníkem“ mentálního procesu. Objektívni procesy v mozku utvářejí smysl. Například ohromné množství receptorů v každém okamžiku mapuje stavy všech částí našeho těla na všech úrovních současně, ale my si je uvědomujeme jako pocity v různé míře jejich komplexnosti. Obdobně je v každém okamžiku současně mapována interakce vnitřního a vnějšího prostředí a průběžně vyhodnocovány důsledky těchto vzájemných interakcí. Tato vyhodnocování jsou uvědomována jako prožitky a ukládají se jako zkušenost. A tam je třeba



hledat i sebeuvědomování. Sebeuvědomování jako důsledek permanentní aktivity živého mozku a interakcí jeho vlastního, vnitřního prostředí s prostředím vnějším.

V tomto bodě svých úvah Damasio „přehlíží“ jednu skutečnost, a to že kognitivní procesy nepředstavují celou lidskou psychiku. Navíc zaměňuje formu a obsah tam, kde hledá odpověď na otázku po podstatě lidské psychiky. Samozřejmě málokdo pochybuje o tom, že „orgánem“ lidské psychiky je mozek. Ovšem to ještě neznamená, že neurofyziologické a biochemické jevy a psychické jevy jsou totožné. Jde o to pochopit míru „vzdálenosti či blízkosti“ v jejich vzájemném vztahu. Zaměřit se na kognitivní procesy a na základě postupů lidské psychiky při řešení dílčích problémů dospět k závěru, že podstata psychiky je pak již snadno uchopitelná, je výrazně zavádějící. Chybí poznání a do výše uvedené koncepce začlenění toho, co je pro lidskou psychiku skutečně podstatné a nejvýznamnější, a to je osobnost a její jádro – **já** (core), které jako jediné v lidské psychice určuje paradigma prožívání a uvažování vždy konkrétního člověka o sobě i o světě a vzájemných interakcích a stanovuje cíle jeho jednání. Bez porozumění podstatě těchto fenoménů jsou všechny úvahy o lidské psychice pouhými, byť velmi sofistikovanými a v mnoha směrech i užitečnými, intelektuálními cvičeními, ovšem operujícími s prázdnými, bezobsažnými pojmy.

Konec konců k tomuto závěru ve svých pozdějších studiích dospěl i M. Minsky z MIT, který jako jeden z prvních konstruoval umělou inteligenci, i když se dále osobností nezabýval a zůstal u pouhého konstatování této skutečnosti.

Vždyť například i obecná intelektová schopnost je „pouze nástrojem“ v rukou osobnosti, který slouží k postřehování vztahů a souvislostí mezi informacemi s cílem řešit problém. Je sice skutečností, že objektivní procesy mozku generují ze své podstaty subjektivní sebeuvědomění, které se objevuje jako akt poznání v obsahu vědomí, ale to se děje mimo uzavřené senzorické mapování. Ještě významnější je, že vědomí nese obsah, který je „mimo“ aktuální proměny biologického stavu mozku. Operuje se zde se znaky, které odkazují na „něco“ mimo sebe, na předměty a jevy objektivní reality. Znovu opakujeme, že akční potenciál na nic mimo sebe neodkazuje, nenese obsah. Nebudeme se vracet k takovým „evergreenům“ předkládaným kognitivním neurovědcům k objasnění, jako jsou volní proces, **já**, schopnost vést verbální dialog, schopnost operovat s metaforou atd. Na závěr raději nabídneme pro společný dialog zástupcům věd o člověku následující otázky:

1. Co a jak umožňuje v biologickém prostoru lidského mozku během vývoje uspořádat a poté uchovávat v čase kontinuální osobnost a v čase kontinuální stabilní psychický fenomén **já**, pro který je charakteristická taková míra integrity, že jeho případná změna by signalizovala zánik člověka (na rozdíl od změn ve struktuře osobnosti)?
2. Jak to, že bez ohledu na v čase vysoce proměnlivé biochemické a bioelektrické děje vůbec existuje vysoce stabilní **já** (vyznačující se samo o sobě silnou integritou), které má současně i výraznou integrativní funkci? A jak to, že toto **já** generuje ze své podstaty smysl lidské existence konkrétního člověka, a to opět bez ohledu na v čase vysoce proměnlivé biochemické a bioelektrické děje?
3. Jak to, že psychický fenomén – **já** moduluje biologicky smysl tím, že podle vlastního záměru mění průběh dílčích biochemických dějů a v materiálním světě tak konkrétním jednáním dosahuje **já** svého záměru, svých vlastních cílů?
4. Uvedli jsme, že rozhodování **já** o **já** není záležitostí bioelektrických a biochemických změn, ale jedná se ze strany **já** o iniciování změn v mozku. **Já** může rozhodnout o tom, že

se až o 180° změni právě probíhající biochemické děje. Bioelektrická aktivita a biochemické děje jsou nezbytné pro realizaci rozhodnutí **já** v materiálním prostředí, které člověka obklopuje. Fascinující v této souvislosti je, že na materiální úrovni musíme mít dva aparáty, dva mechanismy, které spolu souvisejí. A to mechanismus, který zabezpečuje „myšlení o sobě“ – „myslím, že...“, a mechanismus, který v každém okamžiku zabezpečuje sebeuvědomování (**já**) – „mně se to děje“. První psychický fenomén je produktem myšlenkové činnosti, myšlení o sobě. Je to tedy myšlenka o sobě „navázaná“ na **já**, jako například „já jsem veselý člověk“. Druhý psychický fenomén je imanentní součástí vědomí – sebeuvědomění čili projekce **já** do obsahu vědomí, a je tím, kým člověk skutečně je, než se začne „skrývat“ za různé masky v různých rolích. Jak lze pouze v kontextu neurofyziologie a biologických věd tuto skutečnost vysvětlit?

Když se neuropsycholog začne zabývat problematikou osobnosti, klade si otázku, kde v trojrozměrném biologickém prostoru je vlastně struktura osobnosti „rozprostřena“. Nejedná se o ožívování lokalizacionistických či antilokalizacionistických tendencí v neurovědách, ale o snahu nalézt cestu k poznání podstaty tohoto reálně existujícího fenoménu. Na rozdíl od neurologů a neurofyziologů nejsme přesvědčeni o tom, že optimální cestou je cesta skrze patologii. Je sice skutečností, že léze v určitých částech pracovních konstelací neuronů vede ke změně kvality vědomí (ale to se netýká **já**ství, fenoménu **já**), k poruchám interfunkčních souvislostí mezi psychickými jevy atd. Je zcela zřejmé, že i při tak závažných onemocněních, jako je např. akinetický mutismus, locked-in syndrom, je sebeuvědomování zachováno. Stejně tak významnou skutečností je, že ani extrémní hydrocefalický syndrom nebrání sebeuvědomění, fenoménu **já**, fungování osobnosti. A ještě pozoruhodnější je skutečnost, že při syndromu rozštěpeného mozku (split brain syndrom) nevzniknou „dvě osobnosti“ v jednom mozku a že sebeuvědomění, **já**ství, celistvé **já** je opět zachováno.

Ke stejnému závěru jsme dospěli i při vyhodnocování důsledků velmi přesně lokalizovaných poškození různých korových zón. Použijeme-li například pro zjištění rozsahu funkčních poruch při lézích v oblasti levé dorzolaterální prefrontální kůry Wisconsinský test nebo například Continuous Performance Test pro mapování změn v kvalitě funkcí při oboustranných lézích mediální prefrontální kůry, pak ani v jednom případě nezjistíme poruchu sebeuvědomění, rozpad **já**, ale závažná postižení jiných psychických fenoménů.

Jaká je tedy podstata osobnosti? Lze říci, že sestává z neuronů, neurotransmiterů, neurohormonů a prostorově konstituovaných drah, jejichž vlastnosti a způsob, jak zpracovávají informace, vedou ke vzniku a k existenci osobnosti? Ještě větší nároky na formulování odpovědi na otázku po podstatě osobnosti klade skutečnost, že existuje **já**ství, **já** jako jádro osobnosti. Tedy že **já** není nějakým fenoménem „vedle“ lidské psychiky, není izolovaným integrátorem, koordinátorem a regulátorem psychického dění, ale je integrovanou a současně integrující součástí celého systému. Je výjimečným jevem v tom smyslu, že se svojí reálnou existencí v reálném světě nachází v průsečíku dějů psychických, neurofyziologických a biochemických. Jejich nároky musí sladit tak, aby člověk mohl v reálném světě existovat jako kompetentní lidská bytost, která prožívá tuto celistvost jako smysluplné bytí ve smysluplném reálném světě.

Někdy je problém přijmout fakt, že biochemické a bioelektrické jevy umožňují vznik takových psychických jevů, jako je subjektivní pocit sebeúcty, sebeakceptace, sebevědomí atd., nebo dokonce umožňují meditativní charakter takových momentů bytí, ve kterých **já** nepotřebuje slova k „uchopení“ vlastní existence. **Já** je současně sobě samému subjektem i objektem. **Já** má dokonce ještě jednu funkci, a to zabránit, abychom v bezeslovném splývání s vlastním procesem bytí během meditace neztratili vlastní identitu. Na otázku, jak je to

možné, zatím neznáme vyčerpávající odpověď. Je zřejmé, že **já**, osobnost, která je imanentní součástí živého dynamického systému lidské psychiky a člověka jako celku, musí mít dispoziční základnu (geneticky daný fakt, že se jedná o lidskou psychiku).

Problémem je předpoklad, že dispoziční (genetická) základna **já** (core) je neovlivnitelná eventuálními dědičnými změnami, kdežto ta část osobnostní struktury, která tvoří „obal“ kolem **já**, kolem jádra osobnosti (povahové rysy, osobnostní charakteristiky), je těmito dědičnými faktory a navíc i vnějšími vývojovými činiteli ovlivnitelná (viz možná cesta do disharmonie až patologie osobnosti vlivem například nežádoucích výchovných stylů atd.). Pocit **já**ství, jakkoliv zpočátku nestrukturovaný, nediferencovaný, máme od narození. Ale **já** po narození zatím nemá žádné nástroje a ani zkušenost s tím, jak toto **já**ství „uchopit“ a prosadit. Pokud rozvíjející se psychika nemá ještě dostatečnou kvalitu (schopnost disociace **já** od **já**), nutnou pro sebepoznávání a získávání zkušeností v síti vztahů, nemá **já** šanci dát o sobě vědět diferencovaným způsobem. Avšak i psychika novorozence funguje kontinuálně, integrovaně a nikoliv jako soustava psychických fragmentů. O to se od fetálního období stará právě **já** prostřednictvím své integrativní funkce. Jako celistvá lidská bytost vyjadřuje již novorozenec libost versus nelibost, ať již ve vztahu ke svému vnitřnímu prostředí nebo prostředí vnějšímu.

Podstatné je, že lidská psychika je výrazně zaměřena na vztahy, na sociální chování, a může se vyvíjet a později (zhruba po 21. roce existence člověka) rozvíjet pouze v lidské společnosti. To je nesmírně náročné, a proto musí v intrapsychickém prostoru existovat nějaký výchozí bod, aktivní řídicí princip v člověku, vyznačující se silnou integritou a mající současně integrativní funkci. Přesně tuto podmínku splňuje právě **já**, generující záměr a určující cíle v životě člověka.

### I.3. Pojetí emocionality pro klinickou praxi

Existuje velký počet publikací, ve kterých autoři spíše uvádějí rozsáhlé informace o různých úhlech pohledu na řešení psychických problémů, o různých úhlech obecného pohledu na lidskou emocionalitu, na negativní emoce spojené s nadhraničními stresovými reakcemi, které lze i výzkumně lépe „uchopit“. Oproti tomu publikací s informacemi o emocích člověka v jeho běžných životních situacích nebo s informacemi o pozitivních emocích je podstatně méně. V řadě kapitol jsou uváděny poznatky o tom, jak stres ovlivňuje míru duševní rovnováhy a nerovnováhy, stupeň frustrační tolerance a emoční stabilitu člověka. A také jak stres stimuluje zvyšování frekvence negativních emocí člověka v jeho vztazích k sobě i druhým lidem, přitom chybí hlubší informace o takových konceptuálních emocích, jako je závist, nenávisť a žárlivost, které jsou schopny člověku udělat „ze života peklo na zemi“. Stejně tak existují četné literární prameny, které jsou věnovány programům a technikám pomáhajícím člověku zvládat emoční labilitu, zvládat důsledky stresu. Ale nepočtené jsou informace o pozitivních emocích a pozitivních stránkách života a o tom, co je nutné udělat pro to, aby frekvence jejich projevení byla v životě konkrétního člověka co nejčetnější.

Lidé většinou touží po štěstí, lásce, něze a přátelství. Pro 70 % lidí v české populaci patří štěstí, láska a přátelství mezi preferované hodnoty, ale jen zlomek psychologických publikací o štěstí pojednává jinak než poněkud beletristickým způsobem. V „pohledu“ na štěstí existují dvě krajnosti. Představitelé jedné z nich (lidé s nízkou sebedůvěrou, málo odvážní,

nerozhodní, bez naděje, melancholičtí v důsledku condition humaine, ale někteří i závistiví, nenávistní a žárliví atd.) mají představu o štěstí jako o něčem, čeho se dostává jen „šťastlivcům“ z nějakých vnějších zdrojů. Sami nejsou schopni štěstí prožít ani tehdy, když se jim podaří dosáhnout objektivně dobrých výsledků, a to v různých oblastech života. V těchto lidech se pak často prohloubí zmatek a zklamání, vztek nebo smutek, dystymie, pocity nespravedlnosti a také nejistoty i neporozumění situaci, jestliže se kýžené štěstí automaticky „nedostavuje“ podle jejich přání a v tu dobu, „kdy ho nejvíce potřebují“. „Vždyť se přece tolik snažili a pozitivně se naladili v očekávání štěstí!“, jak je k tomu nabádá například pozitivní psychologie. Když se však pocit štěstí nedostavuje, obviňují z toho druhé lidi, stěžují si na osud, nespravedlnost a podle svých představ se mnohdy považují za obětní beránky, rukojmí society atd. V podstatě jsou však bez pocitu odpovědnosti za to, jak se sami cítí a vlastně jen úporně očekávají automatický nástup štěstí. A pokud prožijí štěstí, pak paradoxně nikoliv díky osobní angažovanosti, vlastnímu úsilí a aktivitě, ale zprostředkovaně přes soucit, pomoc od těch šťastnějších nebo prostřednictvím chemické „berly“ a následné závislosti.

Na druhém pólu jsou lidé, jejichž „hypertrofované ego“ zase zdůrazňuje svoje neoddiskutovatelné právo jít za svým vyhraněným cílem a štěstím a svojí aktivitou, bez ohledu na ostatní lidi, ho také chtějí „za každou cenu“ dosahovat. V tom případě lze uvažovat také o disharmonii v jejich osobnostní struktuře. Dosažení cíle pak i v takovém případě v tomto člověku vyvolává pocit štěstí, a to i bez ohledu na prostředky, kterými bylo cíle dosaženo. Imperativ „být šťastný“ může v takovém případě vést až k egoismu, k přehlížení práv ostatních lidí a ke ztrátě sociálního citění.

Jednoduchou, avšak výstižnou odpovědí na otázku, proč lidé tolik o štěstí usilují, je, že být šťastný je velmi příjemné. Prožitek štěstí je sám o sobě hlubší než prožitek pozitivní emoce, ale bývá s ní úzce propojený. Je doprovázený radostí, prožitkem osobní pohody atd. Prožitek štěstí je stav, který má i svoji akční stránku, kdy šťastný člověk z vlastní iniciativy, se značným zaujetím a zápalem se věnuje něčemu pro něho hodnotnému, něčemu, pro co mu stojí žít a co je v konečném důsledku z nějakého úhlu pohledu hodnotné i pro druhé lidi. Prožitek štěstí si nelze vůlí vyvolat, objevuje se spontánně a než zcela zanikne, jeho intenzita se z hlediska časového parametru mění. Intervenuje zde tolik vnějších a vnitřních proměnných, že nelze zobecňovat, a proto jsou nesmyslné některé psychologické výzkumy, které řeší „problém“, zda je extravert šťastnější než introvert. Proč by měl být jeden či druhý šťastnější?! Ovšem to, co je objektem seriózního psychologického zkoumání, souvisí s otázkou, do jaké míry fakt, že člověk je, nebo není šťastný (což ještě neznamená, že je rovnou nešťastný) ovlivňuje kvalitu jeho života. Šťastný bývá i člověk chudý, člověk se základním vzděláním, člověk s handicapem, člověk v manželském svazku nebo člověk svobodný, extravert i introvert atd.

Pro lidi s přirozenými prožitky štěstí je mimo jiné charakteristické, že si za to, jak se cítí, berou odpovědnost na sebe a nepřenesou ji na druhé lidi. Jejich přání a touhy nejsou zaměřeny na ideál, ale kladou si svému potenciálu přiměřené konkrétní cíle a při jejich splnění jsou schopni prožít satisfakci, protože jsou to pro ně smysluplné kroky na celoživotní seberealizační cestě. Jsou orientováni především na vztahy. Vykazují vyšší míru emoční stability a jsou více odolní vůči urážkám, pomluvám atd. V dobrém smyslu slova jim chybí prožitek pýchy, která je vlastně maligním narcismem. Také vykazují menší ovlivnitelnost módními trendy a manipulativními kroky ze strany některých členů society, ke které sami přináležejí. Stejně tak je pro ně charakteristická vyšší míra sociální angažovanosti, sociálního citění i osobní angažovanosti v případě ochrany všelidských a duchovních hodnot. Dovedou se prosadit tam, kde je to k „dobru věci“, a dovedou být i vděční. Lidé s přirozenými prožitky

šťěstí si také dokážou snadněji a přesně zapamatovat příjemné jevy oproti lidem pesimisticky laděným a bez radosti. Lépe si vybavují, co jim kdy udělalo radost.

Tak jako lidé touží po štěstí, rovněž touží po citu lásky. Člověk bytostně potřebuje milovat a potřebuje být milován, být pro někoho citově potřebným. Někdy tato touha po lásce je natolik vystupňována, že člověk pak „zapomíná“ se stejným zaujetím lásku poskytnout tomu druhému člověku. V tom případě to však není o lásce, ale o nenaplněnosti nějaké základní vývojové potřeby dotyčného člověka, o sebelásce, o kalkulaci a manipulaci „když dostanu já, pak i já poskytnu“, o narcismu apod. Sebeláska lidí s narcistickými charakteristikami jim komplikuje reálný pohled na vlastní potenciál. Sebe v sociálních situacích, svůj výkon hodnotí lépe a výš, než je hodnotí lidé kolem nich.

Láska postihuje člověka v celistvosti a stejně tak je psychicky i tělesně projevoována navenek. Láska se liší od zamilovanosti, kde člověk je „omámen“ existencí druhého člověka i „opojen“ možností být s ním. Láska však znamená nejen přijímat, ale i druhému člověku něco poskytnout, porozumět jeho potřebám, být tomu druhému prospěšný svým potenciálem, nikoliv se v něm ztrácet. A je nesobecká, nepodmíněná, není to „něco za něco“. Vzájemné obohacování se děje přes most intimity, prožitek sounáležitosti a důvěry mezi oběma milujícími lidmi. Milující člověk je trpělivý, tolerantní, laskavý, empatický, nevychloubá se, není domýšlivý, nejedná vůči druhému člověku nečestně. Nebojí se přiznat si svoje nedostatky a pracuje na sobě pro zlepšení a za přirozeného respektu citlivě inspiruje k těmto i druhého člověka. Respektuje však odlišnosti a potřeby tohoto člověka. Takto projevovaná a přijímaná láska člověka posiluje a povzbuzuje v odhodlání řešit i možné každodenní stresující události. Nelze opomenout ani negativní emoce. Láska patří mezi pozitivní konceptuální emoce, generující ze zdravých mezilidských vztahů (viz například G. Corneau (2007): *Anatomie lásky*. Praha, Portál).

Stres je samozřejmou součástí lidského života a s ním úzce souvisí i zvyšující se psychické napětí a negativní emoce. Subjektivní prožívání a hodnocení stresu významně ovlivňuje duševní i tělesné zdraví člověka. Hodnocení je imanentní součástí všech lidských emocí. A tak negativní emoce mimo jiné narušují i sebeobraz člověka, jeho sebejistotu a stupňují psychické napětí. Zesilující psychická tenze potom zpětně stupňuje intenzitu výchozích negativních emocí. Následnou psychosomatickou cestou (kde konkrétním mostem mezi psychikou a tělem je vegetativní nervový systém a periferní nervstvo) se začnou výše uvedené psychické obtíže manifestovat i tělesnými příznaky. Proto významnou úlohu v terapii duševních poruch hraje i somatická psychoterapie, včetně jedné z jejích větví, a to sanoterapie.

Psychické napětí je často spojené s prožitkem úzkosti a strachu a tyto emoce jsou zase mnohdy doprovázeny tendencemi stáhnout se do ústraní nebo jednat agresivně. Agrese může být obrácená navenek nebo „dovnitř“ (jestliže si člověk nemůže dovolit dát najevo, že „věci se dějí na jeho úkor“). Následuje pocit beznaděje, bezmocnosti, mnohdy s depresivní reakcí či depresivní náladou. To vše je doprovázeno psychosomatickými obtížemi, výraznými vegetativními příznaky a neuropsychickými symptomy. Závažnou okolností je, že negativní emoce, zejména úzkost, strach, hněv, zlost, vztek, deprese (stejně jako negativní konceptuální emoce – závist, nenávisť, žárlivost atd.) nejenže snižují výkonnost imunitního systému, ale současně vedou i ke snižování kognitivního výkonu. Je to mj. důsledek hyperiritace amygdaly, která blokuje aktivitu hipokampu. Při dlouhodobě prožívaném nadhraničním stresu dokonce mohou v hipokampu nastat ireverzibilní změny a člověk pak ve výkonových testech vykazuje známky demence.

Lidské emoce existují v permanentních interfunkčních vztazích a souvislostech s poznávacími procesy. V tomto smyslu jsou tyto psychické jevy v intrapsychickém prostoru komplementární. Vše, co člověk dělá, dělá proto, aby se cítil lépe. Tato jednoduchá věta nejlépe vystihuje výše uvedené skutečnosti. Informace je totiž sama o sobě ve vztahu ke konkrétnímu člověku neutrální. Teprve v iniciované interakci (ať se již jedná o příčiny vnitřní nebo vnější) prožívání a poznávání se původně indiferentní informace pro konkrétního člověka stává informací významnou. A taková informace se může stát i životní hodnotou, zakomponovanou do hierarchického hodnotového systému. Jinak řečeno, informace se tak stává přitažlivou, příjemnou, vzrušující, posilující, mobilizující, růstovou nebo naopak odpuzující atd. Hodnotící funkce emocí je úzce propojena s jejich funkcí motivační, protože emoce mimo jiné inspirují člověka k formování cílů jednání. Do formování cílů se promítá zkušenost člověka, která se zase utváří jedinečně skrze prožitek a pocit člověka. A operování se zkušeností není zase možné bez pojmenování zkušenosti, bez kognitivního zpracování zkušenosti, které vede k poznání. Poznání nabízí možnosti, jak dospět k vytyčeným cílům.

Emoce člověku také umožňují uvědomovat si osobní zkušenost, mít zážitek, že „mně se to děje“! Cestou zakotvení emoce v tělesném schématu, zakotvení se v sobě a v přítomnosti, lze dospět k uvědomění si míry prožívané smysluplnosti vlastního bytí ve smysluplném světě. V tom je čirá esence projevu komplementarity emoce a kognice. Ovšem ani emoce, které evokují motivační stavy a podílejí se tak na cílech jednání člověka, a ani kognice, která rozhoduje o prostředcích, jak těch cílů dosáhnout, nejsou těmi fenomény v lidské psychice, které by v každém okamžiku rozhodovaly o definitivním směřování lidského jednání. Mezi emocemi a kognicí může nastat pnutí. Emoce ovlivňují průběh myšlenkové činnosti a její obsahy. A myšlení může zase ovlivnit nejen intenzitu prožívání, ale i následným kognitivním „přerámováním“ významu dané emoce může **já** postupně prosadit změnu intenzity jedné emoce ve prospěch zesílení intenzity emoce jiné. Dokonce lze v daném kontextu zaměnit jednu emoci za emoci jinou.

Emoce ani kognice v tomto procesu rozhodně nemají integrativní funkci. Tuto integrativní funkci má osobnost, **já** jako jádro osobnosti. „Emoce v kognici“ jsou „nástroje“ v rukou **já**. **Já** určuje konkrétní cestu člověka k dosažení cíle, konkrétní cestu k adaptaci. Emoce, které jsou vždy přítomné, umožňují **já** v každém okamžiku sebezprožívání a zakotvení „sebe v sobě“ právě v přítomném okamžiku. Emoce také spolurozhodují o sebeakceptaci člověka a dobrá sebeakceptace je zase nezbytnou podmínkou přirozeného (nikoliv neurotického) sebevědomí. Zdravé sebevědomí usnadňuje seberealizační cestu člověka. Emoce umožňují v průběhu existence člověka v reálném světě prožívat a projevoval osobní zaujetí, osobní angažovanost v každém kroku jeho jednání. Ovšem intenzivní emoce vedou až k dezintegraci v psychice.

Kliničtí psychologové nabízejí emočně korektivní programy, které by člověku měly pomoci zvládnout emoční labilitu a také programy pro zlepšení kognitivního výkonu, programy, které vedou ke zmírnění či odstranění psychosomatických, vegetativních a neuropsychických doprovodných projevů nadhraničních stresových reakcí. Přesto nelze říci, že by se v populaci projevoval trend směřující k poklesu počtu lidí s tzv. civilizačními nemocemi a trend ke zvyšujícímu se procentu lidí v populaci se subjektivně prožívanou dobrou kvalitou života. Lidem chybí „čas“, dobré vztahy mezi lidmi, radost z každého dne života atd. Jak jsme již několikrát uvedli, dlouhodobý nadhraniční stres vede k negativním až patologickým změnám nejen v oblasti emocionality a ke změnám v kognitivním výkonu, ale i k posunu v osobnostní struktuře. Ve většině případů se nejedná přímo o poruchu osobnosti, ale když přestanou být kompenzovány některé nežádoucí povahové rysy, pak se v zesílené míře projeví v jednání člověka. Například člověk, který byl spíše opatrný, ostražitý, se stává podezíravým, člověk nadšený, „zanícený pro věc“ a sebejistý se může stát výbušným a arogantním, člověk opatrný

se může stát úzkostným, svědomitý zase puntičkářským, člověk konformní se může stát závislým, člověk rezervovaný člověkem uzavřeným a nekomunikativním, člověk nekonformní a tvořivý se může stát člověkem výstředním a teatrálním, člověk tolerantní se může stát člověkem lhostejným, člověk trpělivý až letargickým. Může se stát, že člověk tvořivý přestává být kreativní a stane se rigidním. A v každém výše uvedeném příkladě je nutné vždy počítat i s rozsáhlým spektrem negativních emocí, které doprovázejí každý takový posun ve struktuře osobnosti.

Pokud se u konkrétního člověka skutečně jedná o poruchu osobnosti, pro kterou byly položeny základy již v raném dětství, potom se v jednání člověka v zátěži zvýrazní vliv jeho negativních povahových rysů a osobnostních charakteristik. Porucha osobnosti, disharmonie ve struktuře osobnosti zvyšuje pohotovost k agresi, ke zkratkovému jednání, k depresivnímu a lítostivému sebeprožívání, k hostilnímu a avidnímu chování atd. Souhra a vzájemné ovlivňování negativních povahových rysů a negativních emocí je složitý proces, o kterém doposud není mnoho známo. Uvedeme příklad: jestliže se člověku v životě nedaří tak, jak by si přál, může prožívat hněv, nebo naopak může být smutný a nešťastný. V obou případech to mimo jiné současně vede i k psychickému napětí. Psychické napětí zase může iniciovat sebenegující úvahy a pocity méněcennosti, které vedou k depresi a k rezignaci. Jindy zase psychické napětí může vést k pocitu nespravedlnosti a křivdy, které spouští zkratkové jednání. Hněv a smutek tak mohou „přesmyknout“ v jiné negativní emoce, například hněv v zuřivost a agresi či nenávist a smutek v depresi.

I když je stres samozřejmou součástí lidského života, jeho subjektivní hodnocení člověkem ve stresu ovlivňuje intenzitu jeho prožívání a významně pak ovlivňuje i míru dopadu nadhraničních stresových reakcí na celkové zdraví člověka. Jak jsme již mnohokrát uvedli, hodnocení je imanentní součástí lidských emocí. A negativní emoce mimo jiné narušují v mysli člověka jeho lidskou hodnotu, jeho sebeobraz, jeho sebejistotu.

Neumíme pregnantně definovat osobnost jako reálný psychický fenomén. Nemáme proto dostatečný pojmoslovný aparát. Problémem je mimo jiné i fakt, že osobnost je uspořádána z protikladů a tudíž je ze své podstaty potenciálně konfliktní. Tato skutečnost s sebou také přináší pestrou mozaiku proměnlivého emočního pozadí. Pnutí mezi protiklady se promítá do jednání člověka, který, ať dělá cokoli, vždy to dělá s cílem, aby se cítil lépe. Kromě patologie nikdo nedělá nic proto, aby se cítil hůře. Navíc čas od času v každém člověku (i když se třeba jedná o vraha) se „oživuje“ a zesiluje jeho přání být dobrým člověkem a prožívat i „rozdávat“ radost a šťastnou náladu. Ale jak to udělat, když v člověku probíhá konfrontace ctižádostivosti, ješitnosti, závisti, nenávisti, žárlivosti, hostility, avidity, psychického napětí, nejistoty atd. se stejně intenzivními potřebami altruismu, afiliativního chování, empatie, blízkosti, přátelskosti, sociálního cítění a chování? Stejně tak se v člověku čas od času střetávají negativní povahové rysy a negativní emoce s jeho potřebou být soucitný, laskavý, milující, tolerantní, svědomitý, pilný, spravedlivý, věrný, a tak být i šťastný z prožitku míru se sebou i s ostatními lidmi.

Do tohoto dění rovněž čas od času vstupuje v různé intenzitě výsledek konfrontace přirozené sebeúcty a přiměřeného egocentrismu s egoismem a s narcistickým sebeuspokojováním a hédonismem. Je skutečně dobrým člověkem ten, který obětuje veškerý svůj čas, včetně času určeného původně rodině, ve prospěch society? Je skutečně dobrým člověkem ten, který nesmlouvavě bojuje proti virtuálnímu zlu, a přestože má na to potenciál, neumí se zastat konkrétního člověka, je-li tento člověk vystaven hrozbě ponížení a emočního zranění? Je dobrým člověkem ten, jenž má dostatečný potenciál, ale nechce se postavit konkrétnímu člověku, který se chystá ke zlému činu? Je dobrým člověkem ten, který v roli arbitra morálky

a kazatele implantuje jinému člověku pocit viny jen za to, že dotyčný je „pouhým“ člověkem, a tudíž bytostí chybující? A je skutečně dobrým člověkem ten, kdo o spiritualitě pouze hovoří a sám sebe považuje za duchovně žijícího člověka, aniž by tuto stránku svého bytí konkrétně projevovat? Nebo je dobrým člověkem ten člověk, který hovoří o sobě jako o člověku v práci svědomitě a ve vztazích s lidmi důvěryhodně, a přitom například v partnerském vztahu podvádí sobě nejbližšího člověka s odkazem na své biologické potřeby?

Klinický psycholog ve výše uvedených příkladech většinou uvažuje o povahových rysech, osobnostních charakteristikách, hodnotových orientacích a o vždy přítomných emocích nebo citech. Ale ani povahový rys, ani konkrétní osobnostní charakteristika sama o sobě nic nezmění! Znovu opakujeme, že to, co změnu může navodit, je **já**. **Já** určuje záměr, dynamiku, cíl vlastního žití. Dialog **já** terapeuta s **já** klienta v terapeutickém vztahu je nejvyšší formou terapie.

S určitými dispozicemi se rodíme do sítě mezilidských vztahů, jejíž převažující podobu určují konkrétní lidé v societě a také societa (do které jsme se narodili) jako celek, její hodnoty, tradice, předsudky, soudy o věcech a jevech reality do určité míry ovlivňuje i převažující emoční pozadí obsahů ve vědomí člověka nově sdílejícího tuto síť. Tato skutečnost, intenzita, s jakou societa působí na svého nového člena, určuje jednak míru ovlivňování formování jeho osobnosti a jednak i vymezování se jedinečné struktury osobnosti konkrétního člověka vůči této formativní síle. To znamená, že je zde možnost, jak pro emancipaci člověka, jeho aktivitu a jeho seberealizaci, tak i prostor pro pasivní přizpůsobování se člověka societě nebo manipulování s ním ze strany society, či prostor pro odmítání člověka. Je zde i prostor pro jeho zvýšenou vnímavost, citlivost vůči emociogenním podnětům vznikajícím ve vztahové síti, nebo naopak pro jeho naprostou necitlivost. Tím se otevírá také prostor pro vznik emoční labilita a zvýšené neurotické reaktivity, nebo naopak citové tvrdosti člověka vůči lidem v jeho okolí. Na takovém základě mají šanci rozvinout se i negativní konceptuální emoce. V klinické praxi často pracujeme s pozitivními a zejména s negativními konceptuálními emocemi člověka. Mezi pozitivními konceptuálními emocemi dominuje láska a mezi negativními například závist, žárlivost, nenávisť a pomsta. Každá z nich by si vyžadovala objasnění v samostatné kapitole, ale vzhledem k omezení počtu stran odkazujeme na některé významné knižní prameny (M. Kleinová (2005): *Závist a vděčnost*. Praha, Triton; G. L. White, P. E. Mullen (2006): *Žárlivost, teorie, výzkum a klinické strategie*. Praha, Triton; B. C. Collinsová (2003): *Emocionální nezpůsobilost*. Praha, Triton; J. Poněšický (2005): *Agrese, násilí a psychologie moci*. Praha, Triton).

V průběhu života je člověk vystaven permanentnímu tlaku stresorů, které narušují jeho homeostázu na úrovni somatické a harmonii na úrovni psychiky, a vytvářejí tak i podmínky pro emoční labilitu a intenzivní negativní emoce. Ale ne všechny stresory a za každých okolností vyvolávají nadhraniční stresové reakce. V tomto kontextu důležitou úlohu v rovině somatické hraje míra vulnerability orgánových soustav člověka vůči stresorům, kvalita imunitního systému a fyzická zdatnost. O tom, zda fyziologické reakce přesmyknou v patologické, nebo se organismus přizpůsobí zátěži, také rozhoduje genetická predispozice, včetně dispozice k výkonnému imunitnímu systému, dále věk, pohlaví, výživové faktory, životní styl a resilience. Na úrovni psychiky o neurotickém zpracování zátěže a jejich psychosomatických následcích rozhoduje **já** a jeho převažující obrany, dále poměr mezi protektivními a rizikovými faktory ve struktuře osobnosti, úroveň intelektu a také dovednosti, znalosti i schopnost, s jakou člověk získává, ukládá a prakticky využívá zkušenosti „jak na to“. Stejně tak je důležité iniciovat a udržovat přátelské vztahy s druhými lidmi a neméně důležité je mít ve svém okolí alespoň jednoho člověka, který je vnímán a pocíťován jako sociální opora. Nezbytná je i určitá míra optimismu ve vlastní „filozofii života“.



Nestačí-li potenciál člověka na zvládnání zátěže, reaguje obrannými mechanismy. Psychické obrany nás chrání před silnými stresory v tom smyslu, že nám poskytují šanci k mobilizaci rezerv, dávají šanci pro odstup od emočně zraňujících situací a šanci pro mobilizaci potenciálu pro jejich zvládnutí. Také napomáhají udržet vnitřní integritu osobnosti, navenek se projevující stabilitou člověka v zátěži. V tom je psychický obranný mechanismus analogický obrannému mechanismu imunitnímu na úrovni tělesné. Ještě jednou je nutné zdůraznit, že v případě psychických obran se jedná o relativně ustálený způsob reagování na možné emočně zraňující ohrožení a kolaps v zátěži. Jestliže se však obranný mechanismus stane rigidně používanou obranou a brzdí vývoj a zraní člověka, představuje sám o sobě stresor. V průběhu vývoje člověka se může takto fungující obrana stát spolupodílníkem na konstituování falešného **já** a falešných identifikací. Na převažující podobu člověkem preferovaných obran je založeno již v raném dětství podle toho, ve které etapě tohoto vývoje nebyly naplňovány základní vývojové potřeby dítěte, ve které etapě svého vývoje dítě prožívalo emoční zranění, jaký výchovný styl byl rodiči vůči dítěti uplatňovaný apod. Příkladem takových psychických obran může být projekce, introjekce, racionalizace atd.

Platí-li, že vše, co se odehrává v mysli, se také okamžitě materializuje ve formě proudu biochemických látek v těle, a to jak směrem od hlavy, tak i směrem k hlavě, musí to platit i v případě převažujících způsobů chování, prožívání a psychických obran vůči emočnímu zranění. Konkrétně to znamená, že tyto převažující způsoby chování, prožívání a užívání převažujících forem psychických obran člověkem v zátěži se v průběhu jeho života začnou do určité míry projevovat i v jeho tělesném schématu. A to v podobě převažující obranné charakterové struktury, jako například orální obranná struktura, schizoidní obranná struktura, psychopatická obranná struktura atd. (blíže viz příslušná kapitola tohoto textu). Tyto obranné struktury jsou doprovázeny jim přínaležejícími bloky, spazmy a dysbalancemi, vznikajícími v důsledku chronického emočního stresu. A za nimi jsou blokovány právě emoční procesy. Tato materializovaná stránka převažujícího způsobu uvažování a prožívání člověka usnadňuje somatickému psychoterapeutovi cestu k jádru potíží jeho klienta.

V souvislosti s psychickými obranami je nutné uvažovat o tom, jaké emoce se nejčastěji skrývají za těmito psychickými obranami. V tomto kontextu je často zmiňovaná agrese, úzkost, strach, neurotický stud, neurotická vina, zlost a hněv.

Chceme-li porozumět agresi jako přirozené součásti psychiky všech živých organismů, včetně člověka, je nutné nejprve objasnit rozdíl mezi instinktem a pudem, vzhledem k tomu, že v některých odborných psychologických publikacích je agrese jednou řazena mezi pudy a jindy zase mezi instinkty. Agrese není ani pud, ale ani instinkt. Avšak velmi rychle se s nimi propojuje a celý komplex reakcí se pak projeví v konkrétně zaměřeném agresivním chování živých organismů.

Instinkt sám o sobě je složitá struktura, která je aktivovaná specifickými spouštěči a projevuje se vždy stejným specifickým řetězcem nepodmíněných reakcí, popřípadě propojených s podmíněně reflexními řetězci nebo s dynamickými stereotypy, zabezpečujícími především biologickou stránku existence živých organismů. Instinkt „odpovídá“ za rychlý nástup a průběh konkrétního řetězce nepodmíněných a podmíněných reflexů, než se prosadí (nebo se také nemusí prosadit) učením získaná složka instinktivního chování.

Pud „odpovídá“ za výbušnou energetickou stránku agrese a podílí se na zesílení intenzity emočního pozadí (hněv, zlost, vztek, zuřivost atd.) U člověka se pak tyto emoce také spolupodílí na tvorbě jádra například takových konceptuálních emocí, jako je nenávisť, závist a žárlivost. Vzhledem k tomu, že řada autorů odborných psychologických publikací neprávem

ztotožňuje pud dokonce s potřebou, znovu zdůrazňujeme, že pud se vyznačuje nutkavostí a představuje zdroj energie pro instinktivní chování. Jestliže je aktivován, stává se současně iniciátorem formování aktuálního výrazného emočního pozadí příslušného následného instinktivního jednání.

**Agrese** je geneticky podmíněný fenomén charakteristický pro všechny živé organismy. Dispoziční základnu představuje agresivita, čili dispozice k útočnému chování. Do určité míry je významnou komponentou všech forem agonistického chování živých organismů. Ovšem výraznou úlohu však má v jejich chování zaměřeném na získání potravy a především v různých formách obrany a útoku v rámci mezidruhového chování. Agrese má také významný podíl v různých formách lidského chování. Jednou z forem agresivního chování je agrese, která souvisí s onemocněním člověka, ať již se jedná například o psychotické onemocnění, poruchy osobnosti atd., nebo o některá neurologická a somatická onemocnění. Druhou formou je vědomě řízená neimpulzivní agrese (od kontrolované středně vyjádřené agrese v některých sportech až po kontrolovanou silnou agresi v případech nájemné vraždy atd.) a třetí formou je agrese neplánovaná impulzivní. Rozdíl mezi impulzivní a destruktivní neimpulzivní agresi byl dokonce zkoumán neurovědci, například E. S. Barratt et al. (1997), kteří vycházeli z poznatků výzkumů, kde se využívalo kognitivních evokovaných potenciálů, zejména jedné jejich komponenty, a to vlny P300, která s určitou mírou pravděpodobnosti vypovídá o rychlosti kognitivního zpracování problému. Autoři tvrdí, že prodloužení latence a změna výšky amplitudy vlny P300 koreluje s mírou agresivity člověka. Lidé s agresivitou impulzivního typu mají signifikantně nižší amplitudu a nezměněnou latenci vlny P300 oproti lidem se silnou neimpulzivní agresivitou, pro kterou je charakteristická prodloužená latence při nezměněné amplitudě této komponenty kognitivních evokovaných potenciálů. Vyvozuje se z toho závěr (hypotéza), že příčinou obecně silného agresivního chování je mimo jiné oslabení kognitivního výkonu v důsledku potíží souvisejících se zpomaleným zpracováním takových informací v kontaktu s druhým člověkem, které souvisejí s rozpoznáváním jeho aktuálních emočních stavů. Navíc je zde současně problém s propojováním těchto aktuálních informací s informacemi z minulých zkušeností (a to signalizuje dysfunkci některých kognitivních fenoménů). Byl zjištěn i deficit v expresivním řečovém systému (což zase signalizuje deficit v některých exekutivních funkcích). Výsledkem je nedostatečně rychle zpracovávaný informační tok a následný informační chaos vede ke vzrůstajícímu napětí a k iniciaci agrese.

Na druhé straně, bez momentu agrese bychom se například nemohli ani zakousnout do jablka nebo mít potomky. Jindy je agrese zase součástí například takového zásadního chování, které slouží k ochraně vlastního života člověka atd. Čili ani člověk se bez tohoto fenoménu ve svém životě neobejde (samozřejmě nemáme na mysli agresi, kde prvořadým cílem je destrukce, týrání apod.). Agrese není totéž co pud, ale zahrnuje v sobě i pudovou složku a pojí se nejen s instinktivním chováním, ale i s chováním získaným sociálním učením. U člověka má rovněž úzké spojení s jeho povahovými rysy, které mohou buď potlačovat instinktivní složku agrese, nebo ji potencovat. Spouštěčem agrese u člověka může být cokoli, co nějakým způsobem brání uspokojování nějaké pro něho významné potřeby, nebo ten případ, kdy je ohrožena psychická integrita člověka, jeho osobní zóna, jeho svoboda a autonomie, jeho fyzická existence, ohrožení jeho nadosobních hodnot (agrese při obraně druhého člověka) atd. Spouštěčem agrese u disharmonických osobností a u duševně nemocných lidí může být pouhá přítomnost druhého člověka, nebo druhý člověk je pojímán jako pouhý zdroj uspokojení nějaké potřeby takového člověka.

Lidská psychika se samozřejmě v každém okamžiku „permanentně děje“. Proto je nesmyslné v případě analýzy příčin chování konkrétního člověka uvažovat o izolovaných psychických

fenoménech a jejich fyziologických korelátech. Například nelze izolovaně uvažovat o pudu, instinktech nebo potřebě, v případě agresivního chování konkrétního člověka bez úvahy o jeho povahových rysech, osobnostních charakteristikách, hodnotovém systému, dosavadním životním příběhu atd. Prostě bez úvahy o člověku v jeho celistvosti.

V intrapsychickém prostoru současně probíhají jak paralelně, tak i sériově procesy, které jsou vždy výsledkem (v závislosti na proměnách vnitřního i vnějšího prostředí) složitých, aktuálně utvářených interfunkčních vztahů a naplňovaných souvislostí mezi příslušnými psychickými fenomény, jakožto reakce na změny v prostředí. Na úrovni prostorových neuronálních sítí se jedná o pohyb informací vysokou rychlostí v malých prostorových drahách, v každém okamžiku energeticky dobře zabezpečených. Výsledkem je konkrétní chování směřující k určitému cíli. A tak se v jednom okamžiku může aktualizovat určitá potřeba, která se prosadí skrze trs motivů oproti jinému trsu motivů, spojeným s jinou potřebou, čímž ovlivní aktuální směřování člověka. V lidském jednání je vždy zakomponován záměr a směřování k určitému cíli. Pouze v patologii to tak nemusí být. V lidské psychice v konečném důsledku o cíli rozhoduje **já**, jako nejvyšší instance v hierarchicky uspořádaném regulačním systému. Například člověk může mít hlad, ale z určitého důvodu dá přesto přednost studiu odborné literatury. Z didaktického důvodu lze na elementárním příkladu hladového živočicha uvést, že aktualizovaná potřeba nasytit se iniciuje v intrapsychickém prostoru konstituování takového dynamického systému, v jehož struktuře se mimo jiné uspořádávají do složitých interfunkčních vztahů a souvislostí aktualizovaná biologická potřeba s trsem motivů a pud i instinkt. V případě instinktu jeho aktivované startovací pole spouští následný řetězec nepodmíněně i podmíněně reflexních reakcí a dynamických stereotypů, sloužících k uspokojení právě aktualizované elementární biologické potřeby. V případě lidské psychiky se samozřejmě jedná o daleko složitější strukturu (viz obecná psychologie). Po uspokojení potřeby se vždy tento dynamický systém rozpadne na jeho jednotlivé elementy, které mohou, ale také nemusí, v pozměněné sestavě vstoupit do nové dynamické struktury iniciované jinou aktualizovanou potřebou.

Za psychickou obranou je často i intenzivní **úzkost**. Úzkost představuje neohrazenou, všemi směry v intrapsychickém prostoru se rozpínající a opět k **já** jako jádru osobnosti se stahující emoci, spojenou s nejasnou a neurčitou obavou z toho, že se něco „hrozného“ může stát nám nebo našim blízkým. Úzkost může směřovat k jakékoliv právě do obsahu vědomí vstupující vzpomínce a „vyděsit“ tak člověka. Poté (ještě než člověk stačí mobilizovat svoje zdroje vůči hrozbě) úzkost náhle ze směru k tomuto objektu odbočí jen proto, aby se zase vynořila s ještě vyšší intenzitou v jiné aktualizované vzpomínce. Úzkost tak prohlubuje chaos v myslí člověka. A právě pro tuto svoji nestálost, pro neurčitost a zdánlivou nesmyslnost je úzkost člověkem jen s obtížemi zvládnutelná. Úzkostí reaguje **já** na nekonkrétní obavy a pocit neurčitého ohrožení, protože v tomto případě nemá šanci změřit svůj potenciál s potenciálem hrozby a následně pak zvolit adekvátní reakci, ať již se jedná o obranu, útok nebo o pokus dohodnout se – kooperovat.

Jestliže člověk prožívá úzkost, potom tato emoce zasahuje člověka v jeho celistvosti, to znamená, že se projevuje nejen v rovině psychické, ale i v rovině somatické. Most mezi těmito rovinami tvoří vegetativní nervový systém a periferní nervový systém. Úzkostnému člověku chybí pocit jistoty a bezpečí. Je neustále ve střehu vůči možnému ohrožení, pociťuje tíseň a má tendenci k úlekovým reakcím. Často lze u úzkostného člověka pozorovat vyhýbavé chování, odkládání „věcí na jindy“ a agresivní reakce. Ztratil schopnost radovat se ze života. Úzkost a porucha koncentrace pozornosti vede ke zhoršení kognitivního výkonu. Rozšiřuje se spektrum vegetativních příznaků jako například zrudnutí či zblednutí, tachykardie, pocení, sucho v ústech, potíže s polykáním a další. Objevují se neuropsychické obtíže, jako je

například nespavost a migréna. Dalšími příznaky jsou třes, svalové napětí, časté močení. Tento stav může gradovat v pocity depersonalizace a derealizace. Existuje i úzkostnost jako dispoziční základna k tomu, aby člověk s touto základnou reagoval častěji intenzivními úzkostnými reakcemi, než člověk bez této dispoziční základny, nebo člověk sice s úzkostností, ale s jejím nízkým potenciálem. Spouštěčem úzkostné reakce může být jakýkoliv emociogenní podnět (dokonce i takový, který pro druhého člověka má v tomto smyslu neutrální hodnotu).

Úzkost je významným symptomem vyvíjející se poruchy osobnosti, nebo může být symptomem jiné psychické poruchy či projevem somatického onemocnění. Téměř každý člověk někdy zažívá úzkostnou reakci, aniž by se muselo jednat o duševní onemocnění. Důležitá je frekvence, délka trvání a intenzita této emoce. Dynamické směry rozlišují separační úzkost, anihilační úzkost, traumatickou úzkost a anticipační úzkost. Dlouhodobě působící úzkost iniciuje nástup strachu. Tím se částečně externalizuje příčina psychické tenze, protože strach má již svůj objekt nebo „strachovou situaci“, kterým se lze alespoň na určitou dobu vyhnout a snížit tak psychické napětí. Dlouhodobě působící negativní emoce vyčerpávají energetické rezervy a adaptační mechanismy člověka. Proto dlouhodobě působící úzkost rovněž iniciuje nástup deprese. A nesmíme také zapomenout, že úzkost u disponovaných lidí rovněž vede k takovým duševním poruchám, jako je například patologický strach (fobie), generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně depresivní porucha, panická úzkostná porucha, obsedantně kompulzivní porucha a další. Bohužel někteří autoři odborných psychologických publikací ignorují fakta a nerozlišují mezi úzkostí a strachem. To poté komplikuje cestu k porozumění příčinám potíží klienta a následně pak i volbu takových postupů v psychoterapii, které by vedly k relativně trvalé pozitivní změně ve prospěch klienta a nikoliv pouze na určitou dobu ke snížení jeho tenze a k přechodnému vymizení symptomů z klinického obrazu klientovy duševní poruchy.

Nyní se ve stručnosti zmíníme o **strachu**. Obecně platí, že strach je signální emoce i symptom. Je stenizující i astenizující emoci, podle intenzity a délky trvání. Je také příjemnou emoci (například rádi se bojíme společně při filmovém hororu, nebo to může být strach se sexuálním odstínem — viz pohyb na houpačce atd.), ale i nepříjemnou, až pohyb ochromující emoci (například cesta lesem za večerního šera atd.). Vše závisí na tom, jaký převažující element je v obsahu této emoce, na kontextu, v němž je tato emoce aktualizována, dále na zkušenosti člověka s vlastním strachem, na aktuálním psychosomatickém zdravotním stavu člověka a konečně na již uvedené intenzitě a délce trvání strachu.

Strach z chaosu, ze smrti je imanentní součástí lidské psychiky a existuje na pozadí ne vždy uvědomované touhy po nesmrtnosti (jedním z mnoha příkladů nezvládnutého strachu z vlastní smrtelnosti je například i víra v reinkarnaci jako milosrdná lež sobě samému).

Strach také nutí člověka, aby uvolnil fantazii a tvořivě hledal například různé nové formy zabezpečovacích a ochranných systémů pro sebe, ale i pro prostředí, ve kterém se převážnou část dne zdržuje. I touto cestou člověk vlastně posiluje svoji integritu, která se navenek projevuje vyšší stabilitou, protože tvoření si vyžaduje fungování člověka jako celistvé lidské bytosti.

Strach také může člověka „tlačit“ do zbabělého chování, k ústupu od vlastních názorů a postojů a také k tomu, aby „*neznámé zaobaloval do známějšího*“ a lhal sobě samému i druhým lidem. Když neznámé neoprávněně zaobalíme do známějšího, pak vlastně rezignujeme na poznání. Na straně druhé použití rigidního a stereotypního chování dává člověku šanci alespoň na chvíli

snížit intenzitu napětí, šetřit energii a pokusit se o odstup od zraňující situace, od neznámého, od hrozícího chaosem, marasmem a zánikem.

Za obranou může být například i strach před realizací **já** jako důsledek hyperprotektivní výchovy. Je spojen s pocitem nedostatečnosti, nejistoty, s přáním „*být opečováván*“ a s životním mottem vyjádřeným jednoduše: „*protože jsem slabý, musí se mně pomáhat*“. Takový člověk je v sociálních vztazích submisivní, mnohdy s elementy infantilismu a s pocitem bezmocnosti. Jeho **já** se snadno ztrácí v **my**. V partnerském vztahu se uchyluje k citovému vydírání. Často se lituje, přijímá trpitelskou roli a vykazuje povrchní přehnanou skromnost.

Jiný obsah vykazuje strach před ztrátou **já**. Významný podíl na tomto fenoménu má odmítavá výchova. Je to strach ze závislosti spojený s pocitem méněcennosti, nejistotou, plachostí, ale i agresí. Silným přáním je nebýt na nikom závislý, na nikoho odkázaný, přitom ale být ve světě „*zřetelný*“. Tito lidé jsou pak ve vztazích neprůbojní a žijí s mottem: „*To jsem jen já*.“

Odmítavá výchova může být ještě tvrdší – bez náznaku lásky. Dítě i z gest, z mimiky „*čte*“, že je nechtěným dítětem. Odmítavá mimika ze strany rodičů doprovází věty typu: „*Bez tebe by nám bylo lépe!*“ V tomto případě se v člověku rozvine převažující nedůvěřivost, pochybnosti o upřímnosti druhých lidí. Ve vztazích tito lidé často projevují žárlivost a agresí jako způsob ucházení se o partnera a udržování partnerského vztahu. Životním mottem je: „*Život je zlý a tak s ním musím neustále bojovat*.“ Ovšem mají i druhou formu převažujícího jednání. Jedná se o převažující sklon k depresivním reakcím a k symbolickému sebevražednému jednání, aby i takovou formou dokázali, že jsou „*někým*“. Bývají i silnými kuřáky, hazardními řidiči aut, extrémisty různého druhu. Potřebují řešit „*velké úkoly*“, podat „*velký výkon*“, aby lidé „*poznali, koho to měli před sebou*“, až takový člověk zemře.

Strach před změnou **já** má opět jiný obsah. Impulzem pro vznik takového fenoménu bývá ovládací, perfekcionistická výchova s prvky svárlivosti. Dítě často slyší výroky typu: „*Dej mně pokoj s citovými výlevy!*“, „*Přestaň a ovládej se!*“ atd. Výchova je orientována k úctě k normám, předpisům a na podporu silného superega. Vše nové a neobvyklé je nebezpečné, pomíjivé, popřípadě v rozporu s tzv. zdravým rozumem. V dospělosti tito lidé reagují svárlivostí až agresí při obraně konzervativního a dogmatického tvrzení. Inklinují k hyperbulii. Chybí jim tvořivost, spontaneita, přirozenost, citovost, pochopení pro požitky druhých lidí. City pouze popisují a brání se jejich „*prožití*“. Chybí jim tolerance k názorům druhých lidí. Obecné poznání končí tam, kde začíná jejich vlastní. Jejich životním mottem je: „*Musím se ovládat a současně poučit druhé lidi, kteří jsou slabí, a proto nedodrží normu, řád!*“, „*Musím lidem ukazovat cestu k jediné pravdě!*“ atd.

Za obranou může být i strach před konečností, prožívaný jako nesvoboda, přinucení, což se v některých aspektech podobá prožitkům člověka s histriónskou osobností. Podíl na tomto stavu má i selhání rodičovské funkce. Jedná se o situace, kdy rodiče využívají své děti jako „*argumentu*“ proti partnerovi, přetahují se o jejich přízeň, využívají je k získání převahy nad druhým. A tak se u těchto dětí rozvíjejí manipulativní formy chování, aby skrze získanou pozornost alespoň jednoho z rodičů upozornily i na svoji existenci. Ale je zde možnost, že přijdou o zájem ze strany obou rodičů. A tak mnohdy zaváhají, než podstoupí riziko. Ovšem pak jednájí impulzivně a často i zbrkle. Jejich životní motto je: „*Musím se prosadit na úkor jiných lidí*.“ Možným důsledkem je, že tito lidé v dospělosti nechtějí nést odpovědnost za své činy, nechtějí se rozhodnout pro „*něco konkrétního*“, je v nich permanentní váhavost, nechtějí snášet zátěž, přejí si být ušetřeni stáří. Ale jejich přání musí být uspokojována „*ihned*“ (v osobnostní struktuře lze diagnostikovat rysy impulzivity, nezdrženlivosti), lehce podléhají svodům ke snadnému získání prožitku příjemnosti, blaha (například v zátěži inklinují k

drogám, k promiskuitě atd.) a snadno v sobě „rozpuští“ pocit viny. Ve vztazích potřebují permanentní sebezpotvrzování. I když dokážou být okouzující a svádíví, partneři jim slouží k uspokojení prestiže a jako zrcadlo narcistického sebezpotvrzování.

Jinou formou strachu je strach doprovázející odmítnutí (představu, že může být člověk odmítnut, že nebude přijímán skupinou, na které mu záleží, že bude „vyvržen“), dále naopak strach říci „ne“ třeba z toho důvodu, že zraní city druhého člověka, a tak raději neguje sebe sama. Jindy se s „ne“ váže obava z vlastní trapnosti nebo to, že člověk musí nést odpovědnost za své rozhodnutí. V jádru problému může být vlastní nejistota, pocity méněcennosti, nedostatečnosti nebo i konformita („*Musím se podřídít situaci, protože jsem bezmocný, nemám dost potenciálu, abych stál na svých dospělých nohou a čelil zátěži.*“). V tomto případě je nutno uvažovat i o opožděném zrání (prvky infantilismu), o nesplněných vývojových úkolech z předešlých vývojových etap atd.

Za obranou může být i strach před chybou a před slabostí. Strach před chybou bývá zakomponován do psychiky od raného dětství. Děti, které neustále slyší agresivní kritiku typu „*Cos to zase udělal?*“ apod., jsou pak přesvědčeny, že citovou odezvu na svoji potřebu lásky získají snadněji, když budou nenápadné, nebudou v žádném případě na sebe upozorňovat. Ovšem ani to nepomáhá, a tak životním mottem těchto lidí je: „*Nevím, co mám dělat.*“ Předčasně opouštějí úkol, který vyžaduje úsilí, uhýbají před ním, bývají tzv. věčnými studenty, začínají vždy znovu a znovu, když si přejí naučit se cizímu jazyku, „*vyzkouší*“ mnoho sportovních odvětví, ale žádný dobře nezvládnou atd.

Strach před chybou jako převažující impuls v rozhodování je výsledkem mimo jiné i takové výchovy, která byla doprovázena výrokem typu „*Pozor, mohl by sis ublížit!*“ atd. Tito lidé pak mají strach před zahájením každého jednání. Reagují až neuroticky i v oblasti sexu a mají problémy při navazování kontaktů.

Neschopnost se rozhodnout může vést i k manipulacím s ostatními lidmi, což je poněkud zjednodušeně vyjádřeno ve větě: „*Konec konců člověk se nemusí hned zavazovat.*“

Lidé se strachem před chybou mají často problém nahlas vyjádřit pravdu, i když vnitřně si to přejí. Tento vnitřní konflikt je důsledkem ztráty odvahy zveřejnit „*svoji osobní pravdu*“, jít „*se svojí kůží na trh*“. V kontextu psychosomatiky jsou výše uvedené skutečnosti často diagnostikovány u lidí s bronchiálním astmatem a s neurodermatitidami. Také osoby s bloky v orální a krční oblasti a se záněty šlach a kloubních pouzder (nevědomé odmítání „*někam vykročit*“, „*něco udělat*“, „*něco vyslovit*“) mají v etiologii svých obtíží jako jednu z možných příčin výše uvedenou charakteristiku.

Strach před slabostí žene člověka k tomu, aby usiloval být co nejsilnější, „*všechno znát*“, „*o všem byl informován*“. V dětství byli tito lidé mj. odměňováni zejména za to, že se „*projevovali starší, než tomu bylo ve skutečnosti*“. Matky těchto dětí jsou „*přepečlivé*“ a starostlivé. Jimi často uváděná věta zní: „*Co by tomu řekli lidé, kdyby viděli takovou slabost?!*“

Pokud jsou lidé, kteří byli vychováni výše uvedeným převažujícím způsobem, ve vedoucím postavení, rádi upozorňují své podřízené na jejich „*věčné*“ chyby, na jejich slabosti, aby tak vlastně sebe sami utvrzovali v tom, že jsou lepší než ti chybuující. Rádi také hovoří o tom, jak se mnoha věcí musí „*ujmout sami*“, protože na druhé lidi není spolehnutí. Problémem těchto lidí je i to, že si tuto „*životní filozofii*“ nesou i do partnerského vztahu. Lidé, kteří nezvládají strach před slabostí, v zátěži mj. inklinují ke kardiovaskulárním obtížím.

Strach z osamělosti je jedním z nejsilnějších impulzů k manipulativnímu chování (vedle strachu ze smrti), kdy člověk manipuluje nejen s okolím, ale i se sebou samým. Strach z osamělosti například vede k tomu, aby se člověk permanentně snažil „*jevit se v dobrém světle*“, s cílem získat jakoukoliv formu „*pohlazení*“ od osoby zastupující matku, jestliže během raného dětství nebyla dostatečně naplněna potřeba lásky.

Strach z osamělosti může také vést k překompenzování péče o vlastní děti s cílem „*zavázat si je*“, aby, až budou dospělé, neopustily rodiče. Matka má však pocit sebeobětování se dětem.

S dalším fenoménem, se kterým se můžeme setkat za obranami, je **neurotický stud**. Je rozdíl mezi studem, ostýchavostí, plachostí a neurotickým studem. Transformace studu v neurotický stud začíná tehdy, když po konfliktech, traumatech a emočních zraněních zasahujících **já** v jeho hranicích a nemožnosti jejich odreagování a zpracování je člověk přesvědčen o vlastní zavrženíhodnosti, ubohosti a nedostatečnosti. Je zde tendence propojovat negativní zkušenosti z různých situací do jednoho zdánlivě souvisejícího celku. Současně se projevuje směs vzteku, studu i viny. Jednou z cest přeměny studu v neurotický stud je také identifikace s neurotickými „*stydlivými*“ modely. Intenzita neurotického studu se zvyšuje propojováním a zveličováním vizuálních, zvukových, haptických, gustatorických i kinestetických vzpomínek vyvolávajících stud.

Neurotický stud mimo jiné využívá superego vůči člověku (staví ho proti němu samotnému) a izoluje člověka od druhých lidí. Neurotický stud vystupuje v různých „*maskách*“, a proto je někdy pro člověka náročné vystopovat jeho jádro, externalizovat ho a konfrontovat se s ním. Ovšem jen tak ztratí energetický náboj, kterým paradoxně člověk ohrožuje sám sebe. V jádru neurotického studu je strach z odhalení vlastních skrývaných stránek, a to i před sebou samým. Když zažíváme stud, objevujeme vlastně svá nejcitlivější, nejintimnější a nejzranitelnější místa. Stud současně skrývá i odhaluje mnoho stránek našeho reálného **já**. Stud nás vede k tomu, abychom projevili odvahu „*být člověkem*“. To znamená přijímat se i se všemi nedostatky i přednostmi (člověk přece není „*něco*“ zavrženíhodného a není ani bůh). Stud nás povzbuzuje k tomu, abychom „*vyšli z úkrytu*“ a měli (řeceno slovy Alfréda Adlera) odvahu být nedokonalými.

Neurotický stud výše uvedené neumožňuje. Naopak nás vede k maskování, utajování částí sebe sama, ke lhaní sobě i druhým lidem. To je také náročné a v konečném důsledku to může vést například k paranoidním projevům, k narcismu, nutkavým tendencím nebo k perfekcionismu, k pokrytectví (viz hypertrofovaní kritici, moralisté s heslem „*když se nemohu radovat a tvořit já, tak to zakážu i druhým lidem*“), k hraničním stavům ad. To vše je dáno faktem, že stud je vlastně signální emoci na hranici **já**. To znamená, že signalizuje, kdy určitá situace a z ní generující podněty již překračují naše hranice a mohou nás zranit. Stud nám dává šanci včas si uvědomit možnost zranění, odstoupit z takové situace a mobilizovat vlastní potenciál pro její zvládnutí. Problém je, když okolnosti v průběhu raného dětství neumožňují dobré vytvoření hranic **já** během separace ze symbiózy, během cesty k vlastní identitě. Nedostatečně vytvořené hranice, deformované hranice mohou vést ke vzniku falešného **já**, což zase vede k falešným identifikacím, neurotickému studu atd. Člověk se cítí defektní, nebo se ztrácí v „*my*“. Znovu se tak upevňují negativní emoce, které se vztahují k němu v samé jeho podstatě, a bludný kruh se uzavírá. Osvobodit se z tohoto bludného kruhu znamená najít své lidství, osvobodit se od sebe sama upřímností k sobě samému (znamená to mj. nelhat sobě ani druhým lidem). Také to znamená skrze poznané možnosti přijmout i své limity a mít odvahu být člověkem.

Stud a vina se od sebe liší. Stud je také vývojově starší než vina. Vina přímo nezasahuje identitu člověka a nesnižuje vědomí osobní hodnoty. Vina je signální emoce svědomí.

Signalizuje chování, které je v rozporu s vlastním hierarchickým hodnotovým systémem. Uvědomění si viny (nikoliv neurotické) dává šanci k nápravě. Tím jsou hodnoty člověka znovu potvrzovány.

Stud se také integruje s řadou dalších emocí. Například to může být se zlostí. Když člověk pocítí zlost, která je silně energeticky „nabitá“, pocítí i stud. Stud zesiluje tendenci zlost potlačit. Tím si ovšem kumuluje ještě více energie a zlost pak přechází v explozi vzteku.

Jindy se zase stud může spojit se smutkem, je-li v societě „hanba“ plakat a děti jsou za smutek a pláč odsuzovány nebo zesměšňovány, či dokonce trestány, „*aby měly proč plakat*“.

Stud se může také integrovat s radostí. Někdy se za radost i dospělý člověk zastydí, protože jeho výchova se nesla v duchu hesla „*jen se moc neraduj, pýcha předchází pád*“. Je to výrazně manipulativní výrok, protože přirozený prožitek příjemného vzrušení, štěstí ještě nevypovídá nic o pýše, ale například o tom, že člověk díky svému potenciálu zdolal nějakou překážku, což mohlo přinést užitek jak jemu samotnému, tak i jiným lidem.

Sexuální stud je jednou z nejsilněji působících emocí, která je schopna vyvolat dysfunkce i destrukce. Sexualita je imanentní součástí člověka. Pohlaví není něco, co máme, ale to, co jsme. Děti jsou přirozeně sexuálně zvědavé a stane-li se pro ně sexualita vlivem „výchovy“ něčím ošklivým a nečistým, pak to poznamenává člověka na celý život. Stane-li se sexuální energie objektem studu, člověk znejistí ve všech projevech svého bytí.

Jak jsme již uvedli, aktualizovaný stud nás upozorňuje na naše limity a že máme být v určité situaci uvážliví, abychom nebyli zraňováni. Uvědomění si limitů je i v základu kreativity (uvolňuje zvědavost), protože stud nás upozorňuje, že nemůžeme vědět všechno, že nejsme bohy. Stud je i psychologickou podstatou pokory a je v základu spirituality. Člověk potřebuje znát hranice konečnosti, aby mohl vstoupit do kontaktu se sebezpřesahujícími fenomény. A aby mohl být skutečně spirituální, potřebuje mysl i tělo duchovní, duševní i tělesnou stránku své existence. Pouze v této celistvosti je schopen porozumět (duševní aspekt) svému prožitku „duchovnosti“ na pozadí své biologické přirozenosti. A aby byl duchovní, musí být současně přirozený, autentický ve svém psychickém i tělesném bytí.

Další závažnou emocí, která se může skrývat za psychickou obranou, je **neurotická vina**. Jestliže je v člověku neustále vyvoláván pocit viny ze strany druhých lidí, vede to mimo jiné k pocitům méněcennosti, závislosti, pocitům nesvobody a také mnohdy k hyperkritičnosti. Potlačovaný pocit viny vede k agresi, hněvu a zlosti. Výčitky svědomí, nejistota, hanba, bezmocnost, ztráta pocitu volnosti doprovází výše uvedené skutečnosti. Vina se dostavuje i tehdy, když se příliš necháme vést názory okolí a veřejným míněním, jemuž jsme vystaveni, na úkor vlastní přirozenosti. To znamená tehdy, když zesiluje rozpor mezi „vnějším a vnitřním bytím“.

Je rozdíl mezi přirozenou vinou a neurotickou vinou. Prožitek přirozené viny je prvním krokem k nápravě, k pokání a k odpuštění. Ovšem pocítujeme-li vinu dlouhodobě, znamená to, že se neodvažujeme být sami sebou, být dospělými, ukázat, jací jsme ve skutečnosti a co uděláme pro nápravu „věcí“. V tomto případě se vlastně nevyvíjíme, nezrajeme a často pak směřujeme k psychosomatickým a neurotickým onemocněním. I proto je tak důležité pro každého člověka nalézt v sobě cestu k odpuštění – odpuštění sobě a odpuštění i tomu, kdo způsobil člověku bolest a strádání.



Odpuštění je cesta k energetické rovnováze, ke klidu v mysli, k volnosti a ke svobodě, neboť v opačném případě jsme příliš v mysli svázáni s tím, kdo se na nás provinil, jsme s ním poutáni do minulosti. Odpuštění „rozpuští“ negativní emoce.

Odpuštění sobě vyžaduje upřímné uvědomění si sebe sama bez příkras i bez deformací, dále svobodné rozhodnutí něco změnit a svobodnou vůli tuto změnu v sobě prosadit. Odpustit sobě znamená být k sobě tolerantní, citlivý a laskavý. A to usnadňuje být takovým člověkem i vůči druhým lidem. Odpuštění je vždy spojeno s nápravou „věcí“.

Někdy již myšlenka na odpuštění přináší úlevu, jindy zase může zesilovat pocity hněvu a zlosti. Proto je žádoucí již od počátku vlastního rozhodnutí o odpuštění si říci, co musíme udělat, abychom odpustili sobě nebo druhému člověku, a co musí v tomto případě udělat druhý člověk proto, abychom mu odpustili. Uvažování o odpuštění musí předcházet vnitřní přesvědčení o tom, že odpuštění neznamená tolerování negativního chování, není to schvalování jednání, které nám způsobilo bolest a trápení, a není to ani předstírání, že je vše v pořádku. Odpuštění není ani to, když si o člověku, který nám ublížil, řekneme, že je stejně hlupák, nebo ho litujeme. Odpustit nelze ani tehdy, když si nepřiznáme hněv a zlost. Odpuštění také neznamená, že to musíme jít říci ihned tomu, koho se naše odpuštění týká. Je to přece naše svobodné rozhodnutí a svobodná volba vedoucí ke změně našeho vnímání, prožívání a uvažování o lidech, kteří se na nás provinili.

### Srovnání studu a viny

	vina neurotická	vina	stud neurotický	stud
Původ a popis	Vadný vývoj vinou deformace superega, důsledek perfekcionismu	Vyvíjí se později než stud (ve věku 3-6 let), Eriksonova 3. psychosociální fáze, iniciativa versus vina, formuje svědomí	Vadný vývoj 1. toxicky stydlivé vzory 2. trauma z opuštění 3. propojení představ studu	Vyvíjí se záhy od 15 měsíců do 3 let podle Eriksona 2. psychosociální fáze
Odpovědnost a moc	Zveličená, odpovědnost, být mocný v bezmocném systému	Adekvátní odpovědnost, zodpovědnost, uplatnění výběru moci	Žádná odpovědnost, nedostatek moci, selhání výběru, nezpůsobilost	Limitovaná moc a odpovědnost, moc vychází z poznání limitů, „potřebuji pomoc“
Pocity	Zasmušilá vážnost, žádný prostor pro chyby, nemohu udělat chybu — bylo by to strašné	Udělal jsem chybu, překročil jsem své meze, cítím se mizerně, pocit špatnosti	Jsem omyl, je to beznadějně, nejsem dobrý, jsem zbytečný	Můžu a budu dělat chyby, je to normální a chyby lze napravit

Chyby	Chyba v rigidnosti role, myšlenková deformace (víra, že jste zodpovědní za život druhého)	Chyba v činu, jde o skutek, je to odstranitelné	Chyba v bytí, jde o to, že jsem vadný jako osobnost nenapravitelně	Limity bytí, chyba přirozené konečnosti
Morální hodnocení	Jsem dobrý, když jsem dokonalý, když dodržuji všechny zákony (dogmaticky) a plním své povinnosti (svou roli)	To, co jsem udělal, nebylo dobré, jsem schopný napravit škody	Jsem špatný, nejsem dobrý, jsem neschopný	Jsem dobrý, ale omezený — povolení být lidský
Hranice	Není právo na hranice, leda skrze mou rigidní roli nebo činnost	Překročené morální hranice (hodnoty)	Žádná hranice, nic se mnou není v pořádku	Základní hranice
Sportovní analogie	Porušení jasného pravidla — „být v ofsajdu“, s trestem, kterým je vyloučení	Porušení určených hranic; dostat se na fotbalovém hřišti za pomezí čáru	Porušení hry samotné, neschopnost dosáhnout gólu — „nikdy se nedostat do brankového území“	Překročení pravidel; příliš často trestný kop

(Převzato z knihy *Shame*, Hazeldon, 1981, ostatní charakteristiky jsou převzaty z knihy *Jak se zbavit studu, který vás svazuje*, J. BRADSHAW, 1997.)

Častou emocí za psychickou obranou je i **zlost** a **hněv**. Z hlediska sanoterapeutického je důležité vědět, co je v mysli klienta za jeho zlostí a hněvem vůči viníkovi nebo vůči sobě samému a cítí-li se tento člověk současně vinen. Stejně tak je důležité porozumět tomu, proč se během prvních úvah krátce objeví současně s myšlenkou na odpuštění postupně na síle nabývající vzdor nebo odpor. Je to z nejistoty, bezradnosti, z převažujícího pocitu bezmocnosti, zklamání či opuštěnosti, je ve vzdoru „nezralý“ dospělý? Ješitný dospělý? Nebo je tam sebelítost? Je ten druhý vinen proto, že vědomě či nevědomě vyžadujeme úctu, uznání, lásku od někoho, kdo to z různých důvodů ani nemůže splnit? Je to paradoxně vina v nás?

**Hněv** je signální emocí zdůrazňující obranu integrity. Předpokladem je schopnost „správně pojmenovat problém“, který integritu a navenek vyjádřenou stabilitu ohrožuje. Jestliže toho nejsme schopni, rozvíjí se zlost. Zlost je mj. i ve směsi emocí, které doprovázejí lítost. Lítost je „objetí i políček“. Lítost vede k sentimentalitě, bez skutečného úmyslu pomoci. Lítost je laciná iluze, že jsme dobří, hodní, starostliví. Teprve soucítění je dospělým projevem.

Soucíme tehdy, když z cizího strachu nedostaneme sami strach, ze smutku smutek, z deprese depresi atd., tj. emoce, které by nám bránily v reálné pomoci člověku trpícímu, člověku v nouzi. Ovšem zlost dezintegraci prohlubuje.

#### I.4. Pojetí osobnosti pro klinickou praxi

Lidská psychika, osobnost jako jedinečná vnitřní subjektivní entita nemůže „opustit svoji schránku“ – mozek, být mimo mozek jako objektivní vnější entitu, podrobit ho zkoumání a poté se do něho zase „vrátit“. V tom případě musíme připustit, že pocit jedinečnosti se zprostředkovaně skrze psychiku vztahuje i na mozek a tělo.

V tomto kontextu vystupuje do popředí otázka, jak vzniká zážitek jedinečnosti, vnímání sebe jako člověka v něčem shodného s ostatními lidmi a v něčem jedinečného v kombinaci variant osobnostních vlastností, variant souboru trsů povahových rysů v individuální osobnostní struktuře. Tato individuální osobnostní struktura není pouhou kopií obecného modelu struktury osobnosti a obecného modelu souboru trsů povahových rysů. Z metodologického hlediska je velmi obtížné stanovit jedinečnou pozici osobnosti konkrétního člověka v souboru trsů povahových rysů. Faktorová analýza nám tady nepomůže, je to příliš hrubá metoda a ani nepomůže se zjištěním individuálních rozdílů v souborech trsů povahových rysů. Zavádějící je i skutečnost, že faktor může v sobě zahrnovat více rysů, které nejsou u všech lidí stejně rozvinuty (a navíc vedle společné báze mají i další, rozdílné charakteristiky, skrze které se mohou stát součástí i jiných faktorů), a přitom je tento faktor označen jedním, všezahrnujícím pojmem. Individuální strukturu trsů povahových rysů (kombinaci rysů v trsech a míru jejich rozvinutí u konkrétního člověka) nejsou schopny izolované škály vůbec podchytit. Faktorové modely osobnosti jsou spíše modely virtuální osobnosti, nikoliv reálné osobnosti. Jsou také velmi zjednodušenými modely a každý z těchto modelů ignoruje celou řadu faktorů dalších, i když z hlediska architektury příslušného modelu, z „logiky věci“, by tam být měly (například pětifaktorový model osobnosti ignoruje takové faktory, jako je například neohroženost, pracovitost (což není totéž co svědomitost) související především se sebekázní a řadu dalších).

V jádru (core) osobnosti je **já**. Než rozvineme úvahu a nabídneme pro klinickou praxi koncept tohoto fascinujícího psychického fenoménu, je nutné zdůraznit, že zaujímáme systémový přístup k **já**. Chceme se tak vyhnout dvěma extrémním pólům, a to jednomu pólu pojímajícímu já jako „něco“, co má v pojmoslovných konstruktech jejich autorů narcistický element generující ze zbytnělého já, falešného já, „egoistického“ já a podobně (popisují tak dysfunkční já, já nemocného člověka). Zobecňují tak poznatky vyplývající z poruch osobnosti, nikoliv však poznatky o fungování reálného já, které představuje sukus lidství. Ve střetu s realitou taková dysfunkční já neobstojí, protože lidé s dysfunkčním já pociťují vzrůst psychického napětí a prožívají úzkost, bránící řešení jejich reálného problému. Na druhém pólu téže dimenze jsou úvahy naprosto negující já, protože jejich autoři, z různých důvodů, neunesli bezprostřední kontakt s tímto neobyčejným jevem, neunesli intenzivní pozitivní zážitek svého lidství a rozhodli se opomíjet (neglect) svoje já tvrzením o jeho neexistenci. Reagují silnou psychickou obranou (intelektualizace), a to rozměňováním já v pseudofilozofických úvahách. Paradoxně tak reagují nikoliv pro tento vlastní silný zážitek

bezprostředního kontaktu s já, ale pro následný střet této zkušenosti s realitou, která vyvolává v člověku psychické napětí, obavy a úzkost. Realitou je, že člověk má dvě elementární jistoty, a to matku a smrt. Z toho také vyplývá naše zranitelnost. V obou případech se jedná o důsledek úzkosti, obav z kontaktu člověka s jeho já, které má určitou převažující zkušenost z permanentního úspěšného či neúspěšného řešení vnitřního konfliktu, pramenícího z faktu, že současně s vlastním vývojem probíhá i proces stárnutí, střetávající se s procesy, které spouští usilovná touha člověka po nějaké formě nesmrtelnosti. Tak, jak se člověk vyrovnává s tímto faktem během svého vývoje a jak matka plní svoji roli matky, otec roli otce, jaké jsou výchovné styly v rodině, nebo zda se jedná o tzv. broken home a také každý člověk sám za sebe, to vše rozhoduje o tom, zda se na tomto světě já cítí bezpečně a jistě, vědomé si svého potenciálu lidství a smyslu života i skrze mezilidské vztahy. Vliv intervenujících proměnných je natolik významný (nikoliv však fatální), že mohou vychýlit vývoj směrem k disharmonické osobnosti a k dysfunkčnímu já člověka. „Rozpuštění já“, negace já, nehybnost, to vše je v rozporu se životem a jeho tvořivým potenciálem a smyslem existence člověka. Pouze lidská psychika dokázala za třicet tisíc let vytvořit „z ničeho“ současnou civilizaci, s její kulturou, filozofií, tradicemi atd.

Systémový přístup k fenoménu já spočívá v pochopení vlastního lidství člověka a smyslu jeho existence na tomto světě. Je to já bez narcistických elementů s potenciálem pro vlastní dobrý život a ve prospěch druhých lidí. Člověk je svojí existencí předurčen k životu v předivu mezilidských vztahů, k reálnému životu, do kterého vkládá, ale i z něho získává. Proto máme tak velký mozek... Problémem je únik z reálného života, což je opět forma negace já. Také to znamená, že je zde nezbytná určitá míra zdravého egocentrismu (nikoliv neurotického egocentrismu či snad egoismu), protože v případě, kdy člověk nemá dobrý vztah k sobě, nemůže mít dobrý vztah ani k druhým lidem. A imanentní součástí já je pokora k sebezpřesahujícím hodnotám.

**Já** je současně sobě samému subjektem i objektem. **Já** má dokonce ještě jednu funkci, a to zabránit, abychom v bezeslovném splývání s vlastním procesem bytí během meditace neztratili vlastní identitu. Na otázku, jak je to možné, zatím neznáme vyčerpávající odpověď. Přesto se pokusíme, na základě dosavadních vědeckých poznatků, nabídnout alespoň částečnou odpověď.

Vraťme se k reálnému objektu, k mozku a k funkcím prefrontálních laloků, které by nám v našich úvahách o některých stránkách lidské psychiky měly pomoci pokročit dál. Ale bohužel nám příliš nepomohou v úvahách o osobnosti, o **já**. Prefrontální laloky a s nimi spojené funkce hrají významnou úlohu ve vývoji osobnosti. Prefrontální laloky jsou tou strukturou, která je nositelkou tzv. sociální nástavby lidské psychiky. Patří sem empatie, sociální inteligence, flexibilní adjustace, schopnost internalizovat morální hodnoty, schopnost rozvíjet vyšší emoce, propojovat erotiku a sexualitu atd. Při aktivitě prefrontálních laloků se navenek projevuje i iniciativa, afiliativní a asertivní chování, schopnost předvídat atd. Mechanismy uložené v prefrontálních zónách jsou rovněž nositeli dalších stránek sociálního chování. Samozřejmě člověk nefunguje tak, že se náhle uspořádají určité pracovní konstelace neuronů pro daný okamžik a člověku se pak ve vědomí objeví tendence být afiliativní nebo asertivní. Jindy zase momentálně jiné uspořádání pracovních konstelací neuronů spustí touhu být agresivní atd. Člověk, jeho **já** by v tomto případě bylo pouhou hříčkou v „rukou“ bioelektrických výbojů v biochemickém prostředí. Tak fatálně, kromě patologie, se žádný člověk necítí.

Aby lidská psychika mohla vůbec nepřetržitě probíhat v celé potřebné komplexnosti, lze předpokládat, že se v ní uplatňuje řídící a integrující funkce osobnosti, jejího jádra – **já**.

Protože však nositelem lidské psychiky je živá neuronová prostorově uspořádaná síť a nikoliv nějaká forma „neživé“ počítačové sítě, nelze předpokládat, že tato síť funguje jako prostý servomechanismus. A proto v tomto složitém a takto strukturovaném celistvém živém systému musí být nějaká nejvyšší instance v hierarchicky uspořádaném regulačním mechanismu, nějaký integrátor a organizátor uvědomovaného záměru a cíle činnosti celistvé lidské bytosti, směřující k adaptaci a k udržení jejího života. A jsme již opět u osobnosti a jáství vztahujícímu se jak k psychice, tak i k tělu. (Ovšem osobnost se pouze touto funkcí „nevyčerpává“, jak se domnívají někteří představitelé neurověd.)

Je zřejmé, že **já**, osobnost, která je imanentní součástí živého dynamického systému lidské psychiky a člověka jako celku, musí mít dispoziční základnu (geneticky daný fakt, že se jedná o lidskou psychiku). Problémem je předpoklad, že dispoziční (genetická) základna **já** (core) je neovlivnitelná eventuálními dědičnými změnami, kdežto ta část osobnostní struktury, která tvoří „obal“ (povahové rysy, osobnostní charakteristiky) kolem **já**, kolem jádra osobnosti, je těmito dědičnými faktory a navíc i vnějšími vývojovými činiteli ovlivnitelná (viz možná cesta do disharmonie až patologie osobnosti vlivem například nežádoucích výchovných stylů atd.). **Já**, jakkoliv zpočátku nestrukturované, nediferencované, máme od narození. Ale **já** po narození zatím nemá žádné nástroje a ani zkušenost s tím, jak toto jáství „uchopit“ a prosadit. Pokud rozvíjející se psychika nemá ještě dostatečnou kvalitu (schopnost disociace **já** od **já**), nutnou pro sebepoznávání a získávání zkušeností v síti vztahů, nemá **já** šanci dát o sobě vědět diferencovaným způsobem. Avšak i psychika novorozence funguje kontinuálně, integrovaně a nikoliv jako soustava psychických fragmentů. O to se od fetálního období stará právě **já** prostřednictvím své integrativní funkce. Jako celistvá lidská bytost vyjadřuje již novorozenec libost versus nelibost, ať již ve vztahu ke svému vnitřnímu prostředí nebo prostředí vnějšímu.

Mnohokrát jsme již uvedli, že pro lidskou psychiku je typické, že její imanentní součástí je také osobnost s jádrem, tedy s **já**. S osobností se člověk nerodí, ta se po narození teprve vyvíjí. **Já** jako jádro osobnosti (core) má mimo jiné integrativní funkci, kolem sebe do substruktur integruje takové vyvíjející se psychické fenomény, jako je temperament, schopnosti, charakter, zaměřenost a výsledkem je pak integrovaná dynamická struktura osobnosti. Součástí této integrované dynamické struktury osobnosti jsou i povahové rysy a osobnostní charakteristiky.

**Já** má v případě potřeby k dispozici takové „nástroje“, jako je například obecná intelektová schopnost (která umožňuje postřehovat vztahy a souvislosti mezi informacemi a spolu s kognitivními funkcemi vede k řešení problému), dále vlastnosti temperamentu (které určují, s jakou „vervou“ bude člověk problém řešit) a rovněž charakterové vlastnosti (které **já** pomáhají vyřešit dilema, proč by člověk vlastně měl řešit určitý problém, nebo proč by se měl jeho řešení vzdát apod.). Ve výše uvedeném kontextu **já** také pro lepší orientaci v problému využívá hierarchický hodnotový systém a v neposlední řadě i volní proces k překonání překážek na cestě k dosažení vytyčeného cíle. Za určitých okolností do „hry“ rovněž vstupuje spirituální dimenze se svědomím a se sebepřesahujícími hodnotami. Samozřejmostí jsou aktualizující se potřeby s trsy motivů a postoje k sobě, ke světu apod., které mohou vstoupit do dění například při rozhodování se o tom, jaký směr svého dalšího fungování v societě má **já** člověka zvolit. Přitom **já** má zkušenosti se sebou samým, se svými povahovými rysy a osobnostními charakteristikami, i zkušenost s tím, jak okolní svět člověka vnímá, na jaké stránky člověka lidé reagují pozitivně a na které reagují negativně. Člověk má zkušenost i s tím, co by si jeho **já** přálo, aby se k němu z mezilidských vztahů dostávalo, a on se tak cítil lépe. A **já** proto volí určitou seberealizační cestu, přičemž jeho potřeby mohou (ale také nemusí) na této cestě dojít naplnění. Třeba i z toho prostého důvodu, že se cesty například dvou lidí, směřujících k dosažení nějakého stejného cíle, prostě střetnou.

**Já** má i nástroj, který umožňuje **já** například až o 180 stupňů změnit směr své cesty, nebo v případě, že se **já** rozhodne, tak i překonat překážku. Tím nástrojem je vůle. **Já** určuje záměr a cíl činnosti člověka. Záleží na tom, jak je **já** zralé, jak si rozumí, z čeho sestává hodnotový hierarchický systém tohoto **já** a jak má kompenzovány ty svoje vlastnosti a povahové rysy, se kterými má negativní zkušenosti, i jakou mírou sebeovládání vládne atd. Jednoduše řečeno, **já** je jádrovou (core) složkou lidské psychiky a jako jediné rozhoduje v člověku o něm samém i o tom, jakou formu a současně i obsah bude mít jeho život.

Mylné jsou úvahy, které zcela ztotožňují **já** a sebepojetí (sebekoncepci). Stejně tak jsou mimo realitu koncepce ztotožňující **já** s jednotlivými atributy sebepojetí, a to se sebehodnocením, se sebeúctou, s vědomím vlastní účinnosti. Za sebehodnocením, sebeúctou, za vnímáním a prožíváním sebe sama je vždy **já** (týká se to **já**), čili člověk rozumí tomu, že se to týká jeho samotného. **Já** se ovšem výše uvedenými atributy „nevyčerpává“. Vždy je nutné vzít do úvahy také tu skutečnost, že v sebepojetí (v sebekoncepci) si je **já** subjektem i objektem. Existují také stavy vědomí, kdy **já** nic z výše uvedeného nepotřebuje, nepotřebuje slova, nepotřebuje sebehodnocení atd. Například cestou meditace lze dosáhnout určité míry splynutí subjekt-objektové vztahové stránky vlastního bytí.

**Já** si je vědomo určité míry vlastní účinnosti (self-efficacy) a má přiměřenou (nebo nepřiměřenou) míru sebedůvěry. **Já** hodnotí sebe (self-esteem), zvažuje, jakou hodnotu má jeho bytí pro ně samotné a pro lidi kolem. To má své vyjádření v sebeúctě (self-worth), která se mj. promítá do míry sebeakceptace, kde jsou zhodnoceny i názory druhých lidí na člověka. Již několikrát jsme uvedli, že pouze sebehodnocením se „nevyčerpává“ potenciál **já**. Sebehodnocení se může měnit, ale **já**, jehož se to týká, se ze své podstaty nemění. **Já** se vyznačuje takovou integritou, kvůli které **já** nelze „zničit“. „Zničit“ **já** znamená zemřít. Ale **já** má schopnost hledat cesty k tomu, jak zvládnout a kompenzovat negativní stránky své osobnosti tak, aby se člověk cítil lépe a také lépe vycházel se světem a svět ho i přijímal.

Podstatné je, že lidská psychika je výrazně zaměřena na vztahy, na sociální chování, a může se rozvíjet pouze v lidské společnosti. To je nesmírně náročné, a proto musí v intrapsychickém prostoru existovat nějaký výchozí bod, aktivní princip v člověku, vyznačující se silnou integritou a mající současně integrativní funkci. Přesně tuto podmínku splňuje **já**. **Já** je aktivní a stabilní za různých emočních stavů, kognitivních nezdarů, poruch osobnosti atd. Když se radujeme, **já** si uvědomuje proces radosti, radostnou náladu. To znamená, že **já** se „nevyčerpává“ pouze prožitkem sebe, svojí radostností. Za každou lidskou emoci je „někdo, kdo si tuto emoci nese“, a tím je právě **já**.

A ještě více fascinující je, že v případě, že se rozhodneme jít například meditativní cestou (což vyžaduje určitý stupeň zralosti) k sobě samým, k **já**, přes všechny vývojové odlišnosti a jedinečnosti každého člověka na této cestě postupně přestávají mít důležitost nejen individuální touhy, přání, postoje, různé zkušenosti, ale v konečném důsledku i slova. A všichni, kteří touto náročnou cestou prošli, nakonec vypovídají velmi podobně o tom, co v této fázi meditace vlastně prožívali, jako kdybychom v tomto bodu byli stejní. Jedná se o silný prožitek lidství (viz další kapitoly). Z toho také jednoznačně vyplývá, že člověk se nerodí a priori zlý, „špatný“ nebo zavrženíhodný. To, co v chování některých lidí odsuzujeme, je důsledek vlivu dalších činitelů vývoje, kteří u těchto lidí představují „spouštěče“ různých forem disharmonií ve struktuře osobnosti a které pak mohou gradovat až do různých poruch osobnosti a do abnormit či patologie lidské psychiky. U jiných lidí to zase může být důsledkem vážných somatických onemocnění, traumat, konfliktů, duševních zranění, které v konečném důsledku mohou vést k různým psychickým poruchám a tím i k poruchám chování a prožívání s asociálním aspektem.

Schopnost vymezit se oproti jiným lidem, schopnost disociace **já** od **já** a uvědomování si hranice **já**, hranice osobnosti, za současného uvědomění si rozhraní **já** a **ty**, umožňuje člověku empirická zkušenost s vlastní subjektivitou. Vnímaná a prožívaná subjektivita je imanentní součástí **já**. Jestliže člověk v roli terapeuta může sám sebe prožívat jako subjekt odlišný od jiných subjektů a také se vnímat jako objekt, stejně tak může vnímat, prožívat a chápat odlišnou subjektivitu druhých lidí, kteří se stanou objektem jeho terapeutického zájmu. Navíc z historického úhlu pohledu vyplývá, že prožívaná a vnímaná subjektivita člověka mohla vzniknout pouze v interakcích s jinými lidmi. Uvědomění si této skutečnosti dává terapeutovi mohutný léčebný potenciál. Na cestě k hlubšímu poznání člověka v roli klienta má terapeut permanentně k dispozici empirickou zkušenost se svojí subjektivitou a k tomu objektivní teoretické poznatky získané studiem. Sebereflexe umožňuje být v kontaktu se svojí subjektivitou a odtud zase vede cesta k uvědomění si, reflektování a porozumění subjektivitě klienta. V terapeutickém prostoru je současně nutné dát prostor klientovi, aby si uvědomoval a reflektoval svou zkušenost s terapeutovou subjektivitou. Terapeut a klient se vždy ovlivňují, i když mají jinou roli a jinou zodpovědnost. Ovšem terapeut by v terapeutickém vztahu nikdy neměl klientovi vnucovat svoji subjektivitu. Jen tak je možné konkrétně naplnit poněkud abstraktně formulovanou zásadu, že terapeut má být pro klienta autoritou lidskou a autoritou odbornou tak, aby klient mohl reflektovat vliv právě jeho přístupu a jeho osobnosti v terapeutickém procesu.

#### **I.4.1. Elementární struktura sebekoncepce a její základní komponenty**

##### **SEBEKONCEPCE**

sebepojetí, sebeobraz – kognitivní, emoční a konativní aspekt – „*Kdo jsem?*“, reálné „*já*“, ideální „*já*“, aktuálně prezentované „*já*“; sebepojetí nemusí být vždy v souladu s realitou, například člověk objektivně úspěšný se subjektivně může vnímat a prožívat jako selhávající; v jádru sebekoncepce je:

##### **SEBEHODNOCENÍ**

sebeoceňování s vědomím vlastní kompetence, účinnosti v sociálním kontextu; vědomí si vlastní hodnoty *já*, která obstála v předivě mezilidských vztahů:

##### **SEBEÚCTA**

jako jádro sebehodnocení a výsledek konfrontace reálného a ideálního „*já*“, egoismu a přirozeného egocentrismu, „*zbytnělého já*“ a neurotického *já*, aspirační úrovně a vlastního potenciálu a zážitek lidství jako přirozeného plynutí:

##### **SEBEAKCEPTACE**

sebereflexe a sebepřijetí v celistvosti bez neurotických projevů (přijetí svých dobrých i horších stránek) – akceptace sebe takového, jaký člověk ve skutečnosti je, vyrovnání se s vlastní minulostí, uvědomění si vlastní lidské hodnoty, spontánnost, přirozenost a kongruentnost v jednání s druhými lidmi, včetně přijetí a respektu k jejich „*jinakosti*“; výše uvedené se pak zhodnocuje v míře přirozeného sebevědomí:

## **PŘIROZENÉ SEBEVĚDOMÍ (sebedůvěra)**

oproti zbytněnému sebevědomí s pýchou, ješitností a s agresivním sebeprosazováním se na úkor druhých lidí a získáváním neoprávněných výhod a preferencí v societě a oproti neurotickému sebevědomí, kdy touha po uznání a sounáležitosti je konfrontována s nejistotou, pocity méněcennosti, plachosti, stydlivosti, bázlivosti a úzkosti; přirozené sebevědomí je předpokladem:

## **SEBEREALIZACE**

s pojmem sebeaktualizace (zavedl ho K. Goldstein), seberealizace (což je synonymum) a psychickými fenomény s ním souvisejícími pracovali zejména představitelé humanistického proudu v psychologii, a to A. H. Maslow, A. J. Sutich, a C. R. Rogers. Humanistické postoje zaujímali také někteří analytici, například C. G. Jung, A. Adler, E. Erikson a další. Nejčastěji uváděnými znaky seberealizace jsou následující: jedinci jsou schopni účinné percepce reality bez zkreslení a realistické orientace v dění kolem nich; akceptace sebe, druhých lidí a světa; jsou tvořiví a prostředí spíše mění, než by se s ním vyrovnávali; v projevu jsou spontánní a přirození; orientují se spíše na problém než na sebe a mají dobrou koncentraci pozornosti; v případě potřeby soukromí zaujmou odstup bez pocitu osamělosti; jsou bez neurotické závislosti na kultuře, autoritě, okolí; „neškatulkují“, nenudí se a jsou schopni kooperace; mají vlastní životní styl a jsou odolní vůči frustraci; připustí si vrcholné zážitky lásky, orgasmu, vynálezu atd. bez neurotického studu a neurotické viny; mají hluboký mezilidský vztah a přirozenou něhu vůči dětem; projevují demokratickou strukturu charakteru bez předsudků a s porozuměním a přijetím rovnocennosti lidí; nezaměňují humor za ironii nebo výsměch; neútočí na slabosti druhých lidí a se svými slabostmi pracují; jsou schopni souladu s kulturou a současně mají schopnost i odstupu bez asociálních projevů; rozumí sebepřesahu a rozvíjejí spirituální dimenzi; se znalostí své hodnoty naplňují potřebu užitečnosti ve prospěch druhých lidí; s úctou k druhým lidem přijímají uznání od society.

To, co terapeutovi umožňuje lépe porozumět člověku a jeho problému, je fluidní forma jeho duševní i tělesné sebekoncepce (sebepojetí s puvoárem jedinečnosti), manifestující se v klientově chování a prožívání v průběhu jeho života. Sebekoncepce je teoretický psychologický konstrukt i reálně existující psychický fenomén, se kterým má každý člověk svoji osobitou zkušenost. Jeho konstituování začíná již v raném dětství. Již od šestého měsíce existence dítě začíná rozlišovat svoje vlastní aktivity, svoje složitější pohyby od pohybů ostatních, jemu blízkých lidí a pocity s tím spojené. To znamená, že dítě během dalšího vývoje postupně fixuje a kategorizuje zkušenost s vlastním tělem (jeho pohybem) jako zdrojem pocitů a prožitků spolu s jejich významem pro ostatní lidi, diferencuje vizuální a kinetickou zkušenost s vlastním tělem od zkušenosti s aktivitami objektů, které nejsou jeho. Tak jsou položeny základy k utváření sebepojetí duševního i tělesného a důležité vykročení k vlastní identitě. Dítě začíná vnímat svoje pocity a prožitky jako součást sebe sama a začíná chápat příčinnou souvislost mezi určitými objekty a jevy okolního světa a příjemnými a nepříjemnými pocity a prožitky. Je to také počátek subjektivního emočního hodnocení světa (zejména vztahu s matkou atd.) podle pocitů a prožitků, které v dítěti svět vyvolává, přičemž sebe sama zpočátku z tohoto světa nevyděljuje.

Odlišení sebe od okolí probíhá postupně za současného formování hranic kolem **já**. Nejprve dítě začíná chápat trvalost a kontinuitu vlastní existence, a to skrze pochopení matky jako prvního trvalého objektu, a záleží na matce, zda bude objektem dobrým nebo zlým a poznamená tak svoje dítě na celý jeho další život. Přináší to i zážitek a zkušenost dítěte, že jeho vlastní aktivita je také příčinou mnoha různých změn v něm a kolem něho a cestou



k dosažení pro dítě žádoucích bezprostředních cílů. Během dalšího vývoje si dítě postupně uvědomuje, že je jedním z objektů vnější reality a přechází od egocentrického, silně emotivního postoje ke světu a všezahrnujícího přivlastňování si věcí jako součásti sebe sama, k pochopení **já** a **ne-já**, čili k pochopení vlastního a cizího. Kolem třetího roku existence je dítě již schopno poprvé vstupovat do různých rolí a „neztratit“ se v nich. V této fázi vývoje lidské psychiky dítě získává další „nástroj“ pro rozvoj svých kompetencí, a to vůli jako základ pro sebekázeň, sebeovládání.

V krátké odbočce směrem k problematice volního procesu se v krátkosti vyjádříme k často kladené otázce, zda je vůbec možné hovořit o svobodné vůli či nikoliv. Co je to vlastně svobodná vůle? V obsahu vědomí je uvědomění si záměru, cíle nějaké činnosti jako výsledku volby z několika alternativ a jeho možné dosažení i v případě nutnosti překonat na této cestě nějakou překážku. Čili jedná se o svobodné rozhodnutí **já**, že s vynaložením volního úsilí je nejen možné, ale z nějakého důvodu i žádoucí tohoto cíle dosáhnout. Na druhé straně B. Libet et al. (1979) prokázal, že elektrická aktivita mozku v prefrontální oblasti se projevuje o sekundu dříve, než přijde toto uvědomění si vlastního rozhodnutí a vynaložení vůle k dosažení cíle. Autoři z tohoto faktu vyvozují, že subjektivní pocit svobodného rozhodnutí se oproti elektrické aktivitě mozku opoždí. A kladou si, zcela nesmyslně, otázku, zda je tedy vědomí pouhým mluvčím mozku? Odpověď jsme již dali v předešlých odstavcích věnovaných vztahu psychických a neurofyziologických jevů. Ovšem člověk ztrácí pocit svobodného rozhodování ve specifických případech. Například když podléhá vlivům, které se vymykají jeho vědomé kontrole (viz bažení po nikotinu, drogách atd.). Pocit vnitřní svobody ztrácí i ten člověk, který se nechává unášet silným vztekem, intenzivní sexuální touhou atd. Ovšem za určitých okolností je příjemné této sebekontroly se na určitou dobu vzdát. Lidé rozlišují svobodné jednání (toto způsobuji sám) a nesvobodné jednání (toto se mi děje). Psychoanalytici rozlišují mezi ego-syntonními projevy a ego-dystonními projevy. V prvním případě chování a prožívání je slučitelné s ideály subjektu a s jeho sebepojetím, ve druhém případě nikoliv. Ego-dystonní jsou například lidé, kteří považují neurotické, psychosomatické symptomy či jiné symptomy onemocnění za něco, co se děje proti jejich vůli. To narušuje jejich pocit vnitřní svobody, po kterém tak touží.

Vraťme se k té fázi vývoje sebepojetí (po třetím roce existence člověka), kdy dítě samo sebe chápe jako aktivní subjekt vybavený různými kompetencemi. Přesto je jeho sebehodnocení, které je v jádru sebepojetí, natolik závislé na hodnocení dospělých a především rodičů, že snadno přejímá jejich názor na sebe. V této fázi vývoje sebepojetí je v něm ještě hodně egocentrismu, méně sebekritičnosti (dítě si tak potvrzuje svoji vlastní významnost). Projevuje se zde obohacování a posilování vlastní identity ztotožňováním se s některými, žádoucími a ze strany ostatních dospělých oceňovanými stránkami rodičů a také rys „vlastnictví“ (moje maminka, moje zahrada atd.), čili „moje“ jako součást **já**. Fantazie dítěte umožňuje v jemu nepříznivých situacích uchovat si přijatelný obraz sebe nebo získat cokoli, co je jinak nedosažitelné. V této fázi vývoje identity je významná i postupná identifikace s mužskou nebo ženskou rolí. Po období určité latence se další, mnohdy dramatický vývoj sebepojetí odehrává v pubertě, kdy do děje vstupuje zvýšená sebekritičnost, konfrontace mezi duševním a tělesným sebepojetím v důsledku akcelerace pohlavního vývoje a s tím spojenou výraznou tělesnou proměnou.

Rovněž přibývá emoční lability a nejistoty, což ovlivňuje vnímání obrazu sama sebe v konfrontaci s vrstevníky při hledání hodnoty této nové stránky vlastní identity. Jedná se o práci se sebeúctou, která je v bázi sebepřijetí. V pubertě se lidé více pozorují a intuitivně introspektivní cestou hledají cesty k lepšímu sebepoznání a přijetí nového tělesného schématu do celkového obrazu tělesného sebepojetí. V adolescenci ovlivňují další vývoj sebepojetí

především faktory sociální, morální a etické a napomáhají tak dalšímu vývoji duševního sebepojetí do té míry, aby „dohrnalo“ akcelерованý tělesný vývoj v pubertě a člověk pak mohl „fungovat“ bez neurotických reakcí v celistvosti tělesného a duševního sebepojetí. Člověk v adolescenci o sobě uvažuje v kategoriích psychosociálních a sociálních, dále v kategoriích morálních, etických a filozofických. Tak jako puberta je v podstatě o „filozofii těla“, adolescence je o hledání vlastní filozofie života za současné konfrontace se světem dospělých lidí. Vývoj osobnosti je ukončen mezi devatenáctým rokem až dvacátým prvním rokem. Dále se osobnost nevyvíjí, ale zraje, což mimo jiné znamená i rozvíjení spirituální dimenze apod. Důležité je uvědomit si, že každá introspektivní cesta k lepšímu porozumění sobě samému, každé sebeprojevení a vyjadřování citů v kterémkoliv věku je užitečné pouze tehdy, jestliže je současně doprovázeno uvažováním, které vede ke kognitivnímu náhledu.

Je rozdíl mezi navenek deklarovanou sebedůvěrou, sebevědomím (v testu deklarovaným vyjádřením „myslím si, že mám mnoho pozitivních vlastností“) a reálnou, vnitřně prožívanou hodnotou sebe. Vysokou míru sebevědomí například vyjadřují osobnosti s narcistickými rysy, či lidé se skrže tradici naučenou sebedůvěrou. Uvnitř se však může skrývat nejistota, úzkostná osobnost, nebo člověk silně o sobě pochybující. Proto navenek vykazuje tak silné obranné tendence, aby si podržel vnitřní integritu (což vyžaduje vysoký výdej energie a hrozbu selhání) a navenek pouhé zdání stability. Dotazníkové metody však do jedné skupiny zahrnou jak lidi s vysokou mírou sebevědomí, podloženou potenciálem, tak i lidi maskující nejistotu a lidi, kteří si o sobě pouze „myslí“, že jsou supermani, lidi bez reflexe a sebereflexe, lidi s určitou mírou disharmonie ve struktuře osobnosti. Nebo to může být tak, že lidé mají vysokou míru sebeúcty, sebedůvěry, ale jiné stránky osobnosti jim velí být skromný. Přirozené je mít určitou míru sebedůvěry, aby se člověk v dobrém smyslu slova uměl prosadit a přitom neublížit druhému člověku. Přes určitou míru genetické dispozice, na míře sebevědomí člověka se již v jeho raném dětství „podepisují“ především matky. Problematikou seberealizačního procesu, jak jsme již uvedli v předešlých kapitolách, sebeuplatněním se mimo jiné zabýval A. H. Maslow (1954, 1970). Na základě své klinické zkušenosti vytvořil hierarchii lidských potřeb, a to od těch tzv. nejnižších, biologických, přes potřeby bezpečí, jistoty, potřeby související s naplňováním takových lidských stránek, jako je potřeba sounáležitosti, lásky, potřeba být přijímán blízkými lidmi a „někam“ patřit, dále potřeby uznání, ocenění, úspěchu, potřeby kognitivní (vědět, zkoumat, rozumět), potřeby estetické (potřeby symetrie, řádu atd.) až po nejvyšší stupeň, kam zařadil potřebu seberealizace.

#### **I.4.2. Vývojový aspekt v klinicko-psychologickém pojetí osobnosti**

Na cestě k podstatě osobnosti je nutno vzít do úvahy i vývojový aspekt. Skutečností je, že s osobností se člověk nerodí. Osobnost se vyvíjí v procesu separace ze symbiotického vztahu s matkou a v procesu socializace. Musíme vzít do úvahy i další činitele vývoje, jako je genotyp, výchova, výuka i prostředí a od určitého věku také sebevýchova.

Sanoterapie přijímá koncepci stadiálního vývoje, oproti koncepcím, které kladou důraz na plynulost (kontinuitu) vývoje člověka. Samozřejmě určitá míra kontinuity vývoje je zakomponována i do koncepcí stadiálního vývoje, ale v tomto případě je pojmána poněkud odlišným způsobem, který je však bližší reálnému psychickému fenoménu.

Vycházíme z koncepcí S. Freuda, M. Mahlerové (1965, 1975), M. Kleinové (1932, 1948), D. Sterna (1977), E. Eriksona (1968, 1999), J. Bowlbyho (1969) a S. Johnsona (2006, 2007). Například M. Mahlerová věnovala pozornost zejména orálnímu a análnímu vývojovému

stadiu a pracuje s obsahy pojmů, jako je přirozený autismus, symbiotická fáze, separačně individualizační etapa. E. Erikson zase rozvinul poznatky o jednotlivých vývojových stádiích člověka v celém jeho životním běhu o hlubší sondu do krizových období, která se ve všech těchto stádiích vyskytují.

### **1. stadium (etapa) orální:**

od narození do 12./18. měsíce; k ústům vztažené zkušenosti (slast); orální fixace = tendence k výrazné závislosti, pasivní způsob uspokojování základních potřeb a při jejich neuspokojování „depresivní skromnost“, přehnaná (neurotická) ochota k sebeobětování se, impulzy k možnému vzniku obranného typu introjekce a projekce; impulzy ke vzniku elementů schizoidní a orální obranné charakterové struktury;

Přirozený autismus: období od narození do 2 měsíců. Základním cílem dítěte je snížit tenzi, a to přijetím potravy, odstraněním nepohody (například promočených plen atd.), v uvedeném období si dítě postupně osvojí zkušenost, že pozitivní změna souvisí s matkou, která reaguje na hlas nebo manipuluje s dítětem (zvedá je, hladí atd.); není-li v tomto období zahájeno rozvíjení dispozice k tomu, aby dítě rozlišilo mezi tím, co dělá samo (pláč, křik atd.), a tím, co dělá matka (nebo naopak, co matka nedělá), pak jsou v tomto období položeny základy pro neschopnost člověka kontaktovat se s lidmi v jeho dalším vývojovém období;

Symbiotická fáze: od 3. měsíce do 6./12. měsíce. Matka a dítě tvoří onnipotentní systém a ve vzájemném vztahu přispívají ke snižování napětí a k posilování příjemného stavu – matka citlivostí, něhou a dítě aktivitou v nejširším smyslu slova, jedná se o blízký, vzájemně podpůrný vztah a z matčiny strany současně pečovatelský vztah v nejširším smyslu slova (symbióza); eventuální neuspokojování základních potřeb dítěte v tomto vztahu výrazně poznamenává další proces zjemňování, diferencování emocionality, což je nezbytnou podmínkou pozdějšího rozvoje sociálních vztahů;

**1. krize:** základní důvěra versus základní nedůvěra. Její příznivé vyřešení přináší dítěti během prvního roku jeho existence důvěru a optimismus, patřící mezi základní elementy v průběhu prvních tří let konstituované základní formy sebeovládání; dítě v symbiotickém vztahu „hledá“ rovnováhu mezi důvěrou (která umožňuje důvěrný vztah, „spolehnutí se“) a nedůvěrou (která je základem pro budování sebeobrany); symbiotický vztah je prožívaný jako „všemoc“ = matka a „bezmoc“ = dítě; důvěra umožňuje dítěti, aby se v případě „dobré“ matky smířilo se skutečností, že matku nemusí vždy vidět a přesto láskyplný vztah, bezpečí i jistota „s ním zůstávají“ a nic ohrožujícího se neděje; skrze matku získává zkušenost i s vnějším světem (matka jako primární objekt). Jednoduše řečeno, základní ctností je naděje a jádrovou patologií je stáhnutí se.

### **2. stadium (etapa) anální:**

od 12./18. měsíce do 36. měsíce existence jedince; rozvoj motoriky a řečové činnosti a jejich vědomé ovládání jako cesta dalšího rozvoje sebeovládání a sebekontroly a současně jako určitá míra „ovládání vztahu“ s klíčovými osobami, nacházejícími se v bezprostředním okolí dítěte (přivolávání této osoby nebo její odmítání, vyjádření vzdoru, odporu atd.), „manipulování“ ze strany dítěte s okolím zadržováním nebo vyprazdňováním, uvolňováním stolice; první projevy iniciativy dítěte jako autonomní bytosti a první střetávání a omezování této iniciativy ze strany matky či otce, popřípadě zahanbující odmítání defekace a exkrementu dítěte, přes jeho přirozený a uvolňující průběh ze strany dítěte;

Anální fixace – základy pro vznik obranného typu: vzdor, únik, izolace, reaktivní výtvar; dále v tomto období mohou být položeny základy pro vznik elementů psychopatické obranné

charakterové struktury nebo vznik tzv. análního charakteru = pedanterie, extrémní čistotnost, šetrnost, neurotický stud „z toho, co za sebou nechávám“ apod.;

Separáčně individualizační etapa: od 6-12 měsíců do 36 měsíců; probíhá v několika fázích:

**diferenční fáze** – dítě začíná rozlišovat svoje tělo od těla matky, což je důležitým impulzem pro separační proces, ovšem současně to uvolňuje v dítěti úzkost z faktu, že vedle vlastního a matčina těla existují i cizí lidé a dítě tak může být odděleno od laskavého „mateřského světa“ právě v důsledku existence i světa cizího;

**praktikovací fáze** – vzdalování se prvotnímu „fyzickému světu“ (matce) je zdrojem fyzické zkušenosti, od které se sekundárně odvíjí psychická zkušenost; akceleruje separační proces a vzniká různá kvalita vztahu a vytvoření zvláštního psychického pouta k matce („mentální pupeční šňůra“); když se dítě fyzicky vzdaluje od matky, je současně k matce znovu přitahováno tímto novým poutem (je v něm impuls generující jak z nitra dítěte, tak i ze strany matky); vzniká krize „znovusjednocení“, která současně nastartuje pulsaci vzdalování se versus přibližování se dítěte k matce; důležitá je vzdálenost a co se v tomto prostoru uplatňuje více, zda pozitivní emoce a prostor se pak jeví jako přitažlivý, stejně jako matka, znamená pro dítě jistotou a láskyplnou oporou, nebo je to prostor vyplňovaný negativními emocemi, a to buď tak, že matka vlastně nedává dítěti šanci vyjít do „prostoru“ ze symbiotického vztahu a prostor je vlastně jen „přesahující matka, pseudoprostor“, nebo je naopak symbiotický vztah tak volný, že již jen „krok“ mimo něj znamená pro dítě svět bezbřehý, bez hranic a jistoty z možného návratu k matce; jestliže se dítě vzdaluje od matky, potom ve vzniklém prostoru generuje řada konfliktů = „potěšení z úniku“ versus úzkost z možného „chycení“, slast z oddělení se a pocit bezmocnosti, pocit nezávislosti a ztráta jistoty, pocitu bezpečí a vřelosti, pramenící z toho, že dítě je objektem něčí péče; dále vzniká i rozštěp představy, obrazu „dobré“ a „zlé“ matky, která dítě „opouští“;

**fáze znovublížení** – probíhá zhruba do 24. měsíce existence dítěte; klíčovým bodem je ambivalence, stav, kdy si dítě stále více uvědomuje svoji oddělenost od matky a tím více se také cítí ohroženo a usiluje o zrušení separace (to je základem kolísání mezi závislostí a nezávislostí, které se znovu opakuje zejména v adolescenci a v případě nepříznivých okolností i v průběhu další existence člověka); probíhá-li separace bez výrazné bolesti a emoční újmy, dítě pak nalezne optimální vzdálenost od matky, která je současně „měřítkem“ pro určení vzdálenosti (blízkosti) k dalším lidem v rodině; dítě již nepropadá úzkosti ze samoty a pocitu opuštěnosti; významný je rozvoj řeči, operace se znaky, se slovem a dítě se jeho prostřednictvím postupně identifikuje s „dobrou“ matkou a s dobrem obecně; internalizuje si pravidla, požadavky mikrosociety (základy pro superego), rozvíjí se schopnost vyjádřit přání a fantazie symbolicky; je to nejdůležitější období pro vývoj nezávislosti osobnosti člověka; M. Mahlerová souhlasí s E. Eriksonem, že hlavním cílem období batolete je dosažení autonomie; ovšem E. Erikson klade důraz na práci se studem a pochybnostmi, které považuje za faktory nejvíce ohrožující vývoj autonomie, kdežto M. Mahlerová klade důraz na kooperující matku v procesu separace dítěte, kdy matka má pomáhat dítěti v získávání zkušeností, které se týkají odlišností jich obou od ostatních a napomáhat tak současně procesu individualizace, na jehož konci je vlastní identita dítěte, ale i zvýrazněná identita matky;

**fáze nastartování druhé diferenciaci** = diferenciaci podle pohlaví (pochopení role matky a otce);

**2. krize:** autonomie versus stud, pochybnosti. Příznivé vyřešení této krize druhého roku existence dítěte se projevuje v pocitu dostatečnosti a dobrou sebekontrolou; pokud dítě nebylo v tomto období příliš zahanbováno, pak se u něho nevyvine (s největší pravděpodobností) ani neurotický stud a pochybnosti jako protiklad víry v příznivé okolnosti; pokud jsou položeny základy neurotickému studu již v tomto období, pak bývá v případě nepříznivých okolností v

dalším vývoji člověka eventuálně transformován až v tzv. vzdorovitou nestoudnost; stud souvisí s pocitem „*vystavení se očím druhých lidí*“ za současného pocitu „*nedostatečného oblečení*“; člověk má pocit, že lidé na něho „*zírají*“, a pak má tendenci „*propadnout se hanbou*“, „*zmizet z očí*“, „*schovat se*“, „*zakrýt si tvář*“ atd.; pocit zahanbení vyvolává pochybnosti, pocit malosti, nedostatečnosti; pochybnosti také souvisejí, do určité míry, s faktem, že máme „*přední*“ a „*zadní*“ stranu, „*něco v zadu*“, co sami nevidíme, ale co dobře vidí druzí; pro dítě je to „*neznámá část*“ jeho samotného, skrze kterou může být napadena jeho autonomie; souvisí to s průběhem análního vývoje, doby, kdy si člověk uvědomuje možnost skrze motoriku ovlivňovat vztahy k matce, k vnějšímu světu; je-li dítě v tomto pro něho důležitém období zahanbováno, produkty jeho střev považovány za něco nechutného a za činnost svěřačů, kterou má ve své „*režii*“, trestáno (čili trestáno za přirozené děje), pak se vytváří prostor mj. i pro pochybnosti o tom, co jsme za sebou zanechali, nebo co můžeme za sebou zanechat v dospělosti (= symbolická rovina a jeden ze zdrojů destrukce pocitu smysluplnosti vlastní existence, strach z toho, co je za zády); celé období věku batolete je důležité pro formování základů sebekontroly, sebeúcty, schopnosti kooperace, svobodného sebevyjádření a hrdosti na „*vlastní výtvor*“ (využití vlastního potenciálu), oproti pocitu zesílené „*cizí*“ kontroly a nutnosti být „*neustále ve střehu, kontrolovat se a být v souladu s přáním kontrolora*“, dále pocitu potlačené svobody a nemožnosti sebeprojevení; to vše je zdrojem neurotického studu a pochybností, čímž je patologický okruh uzavřen, neboť neurotický stud a pochybnosti zase zpětně vše výše uvedené zesilují; ovšem i lidé relativně emočně stabilní, vnitřně integrovaní jsou čas od času zvýšeně citliví na možnost zahanbující „*ztráty tváře*“ a mají i „*návaly*“ iracionálního strachu z „*útoku zezadu*“. Obecně lze uvést, že základní ctností je vůle a jádrovou patologií kompulze.

### **3. stádium (etapa) falicko-oidipální:**

od 3 do 6 let existence člověka; je to období, ve kterém genitálie jsou prostředkem pro odlišení pohlaví a rolí děvčete a chlapce, nikoliv jako nástroj sexu; je to významný faktor v dalším rozvoji sebehodnocení při různých hrách, při experimentování s vlastními genitáliemi apod.; celý tento proces je součástí hledání kvalitativně nového vztahu k rodiči opačného pohlaví, při kladení nároků na něho a dále při strachu z rivality druhého rodiče; pro získání vlastní identity a sociální role vlastního pohlaví je důležité potlačení a zpracování pudových přání a identifikace s „*konkurujícím*“ rodičem; zjednodušeně lze tento proces identifikace se sociální rolí vlastního pohlaví popsat následujícím způsobem:

a/ v případě chlapce – v procesu separace se vzdaluje od matky a současně věnuje pozornost roli druhého rodiče nejen ve vztahu k sobě, ale i ve vztahu k matce (matka je pro dítě člověk milující, je něžná a chápatelá, znamená bezpečí a jistotu, kdežto otec mu připadá přísný, náročný, „*tvrdý*“, vyžadující různé výkony atd.); chlapec se „*vrací*“ k matce, chce ji chránit, být na ni něžný, hodný (tím si vlastně podvědomě „*chrání*“ láskyplný prostor) a přeje si, aby takový stav trval „*věčně*“ a tím se mj. „*zabezpečuje*“ proti „*drsnějšímu prostoru otcovskému*“; za to slibuje „*že si matku vezme za manželku*“; prožije katarzi z nemožnosti tuto cestu realizovat a vrací se zpět k otci, identifikuje se s ním a „*vkročí do života*“ jako chlapec;

b/ v případě děvčete – v procesu separace se vzdaluje od matky, směřuje k otci, nemožnost identifikace s otcem ji „*vrací*“ zpět k matce; věnuje pozornost sociální roli matky (primární identifikace), věnuje pozornost sociální roli otce ve vztahu k ní a ve vztahu ke své matce, poté postupuje zpět k otci, usiluje se o změnu v tom smyslu, aby vztah otce k jeho manželce byl přenesen na ni (na dceru), prožije katarzi z neuskutečnitelnosti tohoto záměru, vrátí se zpět k matce, identifikuje se s ní (sekundární identifikace) a „*vkročí do života*“ jako děvče;

Celý výše uvedený proces je náročný jak pro děti, tak také pro rodiče a vyžaduje od nich určitý stupeň zralosti; mohou zde být položeny základy pro obrany typu: potlačení a sublimace; v tomto stadiu se internalizují normy a zásady society (další rozvoj superega); na rozmezí

análního a falicko-oidipálního stadia jsou položeny základy masochistické obranné charakterové struktury; dobrý průběh falického stadia je důležitou základnou i pro schopnost prosadit se, soutěživost, pro subjektivní pocit síly a určitou míru nezdolnosti v zátěži a pro potenci k činům i v následujících vývojových obdobích člověka;

**3. krize:** iniciativa versus pocity viny. Od 3. do 5. roku existence dítěte; příznivé vyřešení znamená účelné jednání a zaměřenost, schopnost iniciovat vlastní aktivity; iniciativa „přidává“ k autonomii kvalitu podnikání, úsilí o zdoání překážek, i když zamýšlené a někdy i vykonávané činy přesahují výkonovou kapacitu dětského organismu; iniciativa ovšem také potřebuje přirozenou sebereflexi a právě uvědomovanou energetickou zábranu zamýšleného jednání; dítě je samo v sobě „rozpolceno“ na část dětskou, přirozenou, spontánní, eruptivní, růstovou a na část „rodičovskou“, která se projevuje v sebezpozorování, vzrůstem sebekázně, ale i sebetrestáním.; tato „část dítěte“ vstupuje do vyvíjejícího se superega a stává se tak součástí „vnitřního kontrolora“; v dětském věku je nediferencovaný, nekompromisní, s nedostatečnou schopností vývoje; nedostane-li dítě podporu pro proces zrání v tvrdém nekompromisním a netolerantním rodičovském zázemí, pak se může stát, že toto dítě se bude nadměrně kontrolovat, bude „nadměrně poslušné“, nesamostatné a bez vlastní iniciativy a s implantovanými pocity viny; jeho infantilní superego mu pak bude v dospělosti bránit ve spontánním projevu, přirozeném projevu a je tak permanentní hrozbou egu; pro dítě vyvíjející se ve výše uvedeném kontextu je ještě horší (pro jeho další zdravý vývoj) zjištění, že rodičovský model v reálném životě samotných rodičů „nefunguje“, že rodiče se prohřešují proti imperativům toho superega, k jehož formě dali sami impulz, že jednají pokrytecky atd.; jsou to všechno přestupky, které dítě nemůže v sobě strpět (jeho superego se konstitovalo podle rodičovského modelu a obsahuje „část rodičovskou“ = morální tradice atd.), a tak vzniká obrovský vnitřní konflikt, který mnohdy vyústí až v nenávisť k rodičům nebo do těžkých neurotických stavů, protože dítě je v tomto věku nekompromisní; to „podvazuje“ iniciativu a v pozdějším věku reziduální konflikt, týkající se iniciativy, bývá vyjádřen v hysterickém popření, inhibici, impotenci apod.; jinou podobou výše uvedeného konfliktu je jeho překompensování v podobě vychloubání se (strachující se jedinec paradoxně místo toho, aby podle nejvnitřnějšího impulzu „ukryl hlavu do písku“, zjišťuje, že ji naopak neuroticky „vystrkuje přespráliš ven“) a pod tlakem superega člověku dochází, že jedinou cestou, jak z toho „ven“, je útek do nemoci; potlačování iniciativy, nemožnost tak projevit svůj potenciál, sebeomezování, potlačování potřeb a přání, kumulování vzteku, agrese atd., to vše se „podepisuje“ na zdraví člověka; vnitřní pnutí si mnohdy také najde ventil například v tvrdém netolerantním moralistickém dohlížení na druhé lidi (jen být tak co nejdále od sebe sama), nebo se protrhne hranice sebeomezování a dotyčný pak činí lidem to, co by sám nikdy nestrpěl. V obecné rovině platí, že základní ctností je cíl a jádrovou patologií je inhibice.

#### **4. stádium (etapa) latentní:**

od 6. roku do 11. roku existence člověka; je to období relativního zklidnění ve vývoji osobnosti a emocionality a je zde prostor pro výraznější kognitivní vývoj (zejména vývoj konkrétních myšlenkových operací jako předpoklad vývoje abstraktních operací a operačních struktur), dále je zde „větší prostor“ pro zjemnění motoriky a prohloubení senzomotorické koordinace; v tomto období mohou být položeny i základy obran typu racionalizace atd.;

**4. krize:** pílě versus pocity méněcennosti. Příznivé vyřešení má podobu prožitku zdatnosti v intelektuálních, tělesných i společenských dovednostech mezi vrstevníky v různých rolích (v roli žáka, člena sportovního oddílu atd.); je to období identifikace s vrstevníky, a proto je tak důležité „dělat věci“ s nimi; dítě se učí dělbě práce a kooperaci, vytváří to pocit přináležitosti; ovšem vlivem negativních zkušeností z předešlého vlastního vývoje, vlivem

určitého nevhodného typu rodičovské výchovy atd., se může dítě cítit stresované při činnostech s ostatními dětmi, může trpět pocitem méněcennosti z domnělého nedostatku vlastních dovedností, z postavení mezi vrstevníky apod.; dítě pak může agresí a hněv obrátit i proti vlastním rodičům, kterým například vyčítá, že ho nevybavili dostatečně na život mezi vrstevníky, nebo může obrátit agresí a hněv vůči škole, když tato škola nedokáže uspokojit „sliby“ dřívějších stadií, a konečně dítě může obrátit agresí a hněv i vůči sobě samotnému a „trestat se“. Dítě prožívá toto krizové období černobíle: úspěch, to je radost, neúspěch, to znamená bolavý pocit méněcennosti, bez ohledu na jeho potenciál a možnosti obtížný úkol zvládnout. Obecně platí, že podle průběhu této etapy je základní ctností schopnost, dovednost a jádrovou patologií je netýkavost, formálnost;

#### **5. stadium (etapa) genitální – období puberty:**

v tomto stadiu se především řeší vztah citového a pudového a připravuje se propojení eroticko-sexuální; mohou zde být položeny základy pro obrany typu: agrese, substituce a také základy rigidní obranné charakterové struktury;

**5. krize:** identita versus konfúze rolí. Toto krizové období přesahuje až do období adolescence. Příznivé vyřešení má podobu představy o sobě jako o celistvé lidské bytosti s jedinečnou osobnostní strukturou a uvědoměním si smyslu života; problémem v tomto období může být ztráta vlastní totožnosti při identifikaci se silnými jedinci, s hrdiny apod.; je to období sebeověřování a sebepotvrzování v societě, období úsilování o úspěch, vzrušení, přijetí, období potvrzování a pochopení smyslu vlastního bytí skrze societu, což umožňuje, aby se morálka dítěte přetavila do zralejší podoby. V tomto období vědomí identity také posiluje důvěru člověka v sebe sama, jestliže sebepojetí odpovídá náhledu ostatních lidí na něho samotného. Podle průběhu této etapy je základní ctností věrnost a jádrovou patologií zavržení;

#### **6. stadium (etapa) období mladé dospělosti:**

intimita versus izolace. V procesu intimity si člověk může dovolit spojit svoji identitu s identitou druhého člověka bez hrozby „rozpuštění“ já v my. Jedná-li se o lásku, může být toto spojení rovněž vyjádřeno sexuálně. Právě v tomto vývojovém období (mladá dospělost) jsou partnerské a intimní vztahy velmi důležité. Jestliže se člověku nedaří takový vztah navázat, může to vést k izolaci a s tím souvisejícím psychickým obtížím. Podle průběhu této etapy je dle E. Eriksona základní ctností láska a jádrovou patologií výlučnost a elitářství jako obrana vůči izolaci;

#### **7. stadium (etapa) generativita versus stagnace:**

ve stadiu dospělosti je důležitá péče o děti a předávání zkušeností nové generaci. E. Erikson pojímá generativitu jako určitý typ tvořivosti. Pokud je člověk příliš egocentrický až egoistický, není ochotný věnovat péči, věnovat pozornost nové generaci, dochází ke stagnaci jeho vývoje. Ctností je pečování;

#### **8. stadium (etapa) ego integrita versus zoufalství:**

skrze integrování všech kapitol svého dosavadního životního příběhu člověk ve stáří dospívá ke ctnosti, kterou je v tomto případě moudrost. Vede k pocitu smysluplnosti svého žití a k životní spokojenosti. Nemůže-li se však člověk ve stáří takto ohlédnout za svým dosavadním „životem“, vede to k prožitku zoufalství.

### **I.4.3. Poruchy osobnosti**

V somatické psychoterapii – sanoterapii, tak jako ve všech psychoterapeutických směrech, musíme také počítat i s eventuální disharmonií ve struktuře osobnosti klienta. Na těchto poruchách se v různé míře a v různé intenzitě spolupodílejí genetické a vrozené faktory spolu s určitým výchovným stylem, dále faktory prostředí v nejširším smyslu slova a také narušený vývoj vůle a potíže se sebevýchovou a sebeovládáním, které nejsou dostatečně saturovány v důsledku dysfunkčního volního procesu. Je samozřejmé, že se mezi uvedenými faktory může jednat nejen o příčinné souvislosti, ale i o náhodné souvislosti nebo o „příčinu příčin“. Nelze předpokládat, že by jednalo pouze o mechanickou kauzalitu.

Disharmonie ve struktuře osobnosti může mít podobu některých akcentovaných osobnostních charakteristik na úkor jiných, což ještě neznamená patologii. Závažnější formou disharmonie osobnosti je porucha osobnosti tak, jak je definována v MKN-10 nebo v DSM-IV. Člověk sám od sebe nikdy do terapie nepřijde s tím, že „trpí“ poruchou osobnosti. V terapii se s ním setkáme tehdy, jestliže má nějaké jiné psychické problémy, a v této souvislosti pak diagnostikujeme, že na jeho aktuálním problému se současně podepsala i jeho forma disharmonie ve struktuře osobnosti. Poruchu osobnosti nelze léčit, ale terapeutickou cestou je možné inspirovat člověka k lepšímu náhledu a porozumění sobě samému a současně ho inspirovat k takovým postupům, které mu usnadní mít některé stránky své osobnosti pod vlastní kontrolou a kompenzovat je stránkami protektivními. Člověk s lepším porozuměním sobě samému má také šanci porozumět i vlastnímu, sebesabotujícímu chování (self-defeating behavior) jako produktu disharmonie ve struktuře osobnosti. Bez hlubšího porozumění sobě si člověk mnohdy neuvědomuje, že právě svým chováním dosahuje opaku toho, co si ve skutečnosti přeje dosáhnout ve vztazích k lidem.

#### **Schizoidní porucha osobnosti**

Jestliže se v chování člověka projevuje určitá rezervovanost v kontaktu s druhými lidmi, plachost ve styku s nimi, střízlivá věcnost, může to být z mnoha jiných důvodů než v důsledku disharmonie ve struktuře osobnosti. Člověk s výše uvedenými charakteristikami také bývá málomluvný, ale přemýšlivý a mnohdy i originální, proto ho lze spíše nalézt jako „sólistu“ ve vědě nebo technice než v nějakém pracovním týmu. Jestliže se k předešlým charakteristikám přidá stabilní tendence vyhýbat se lidem, být odtazitý ve vztazích, tendence k aktivnímu vyhledávání práce o samotě, navenek projevovaná lhostejnost ke kladným emocím a navenek i nízká intenzita prožívání negativních emocí s omezenou výrazovou stránkou emocí, je nutné uvažovat o schizoidních projevech člověka. Přidají-li se takové charakteristiky, jako například lhostejnost ke kritice i ke chvále, necitlivost k normám a zásadám society (ne že by je člověk překračoval, ale ignoruje tyto normy a zásady), malý zájem o sex, „odosobněné“ prožívání emocí (tam, kde by měl prožívat radost, hněv nebo smutek, reaguje slovem a intelektualizuje), neschopnost mít důvěrné přátele, musíme již uvažovat o schizoidní poruše osobnosti. Ve společnosti se takový člověk raději stahuje do sebe, aby byl co nejnenápadnější, neupozorňoval moc na sebe, a tak „přežil“. Vnitřně prožívanou citlivost maskuje navenek vyjádřenou lhostejností. Svoji emocionalitu nerozvíjel a nenaučil se rozeznávat jemné emoce ani u sebe, ani u druhých lidí. Přesto je v něm přítomná určitá míra psychického napětí z pnutí mezi „emočně horkým“ nitrem (střídavě je lhostejný a střídavě trpí nedostatkem blízkých vztahů) a navenek vyjadřovaným chladem a lhostejností. Aby toto pnutí nepřerostlo ještě únosnou mírou, vyhýbá se osobním kontaktům, aby se tak vyvaroval možných vztahových konfliktů, které neumí tolerovat. Rezervovanost mu pomáhá k pocitu vyrovnanosti. Z obranných mechanismů bývá v popředí únik ve formě schizoidních fantazií, intelektualizace a projekce.



Na disharmonii tohoto typu jsou položeny základy již v raném dětství, kdy matka například nenáviděla svoji graviditu a tuto zlobu až nenávist přenesla i na kojence, když na jeho potřeby bezpečí, jistoty a lásky reagovala zlostí až agresí. Proto mottem života člověka s výše uvedenou poruchou osobnosti je „mít právo na existenci“. Pokud tento člověk přijde do terapie, vždy je to až s velmi závažným problémem. V terapii je nutné oddělit osobní stránku od „technické“ stránky terapie. Současně je nezbytné respektovat jeho potřebu určitého soukromí.

### **Závislá porucha osobnosti**

Řada lidí ve vztazích projevuje takovou ochotu, že to hraničí až se sebeobětováním, a takovou oddanost, že se ve skutečnosti jedná o závislost. Samozřejmě to ještě neznamená patologii. Důvody mohou být různé. Například matka se „obětuje“, aby si děti zavázala a ve stáří ji neopustily, protože se bojí samoty. Jsou lidé, kteří potřebují druhé lidi proto, aby se o ně starali. Jiní jsou zase pasivní, submisivní, s pocity bezradnosti a bezmoci. Tyto stránky osobnosti člověka mohou mít i akcentovanou podobu, kdy se člověk snaží zalíbit lidem kolem sebe, podlézá, lichotí jim a nedělá samostatná rozhodnutí, nesnaží se jednat nezávisle. Je ochotný vzdát se svých přání, naplňování svých potřeb, jestliže kolidují s potřebami a přáními pro tohoto člověka důležitých lidí. Projevuje se u něho touha vyhovět, protože má intenzivní strach z odmítnutí. A když dotyčný člověk jedná tak, že není téměř schopen existovat bez nějaké autority, na kterou absolutně spoléhá a od níž si nechává vše schvalovat, jedná se již o závislou poruchu osobnosti. Jestliže člověk s výše uvedenou poruchou osobnosti nemá sycenu potřebu závislosti, rozvíjí se u něho úzkost, a ta zase iniciuje vznik deprese. Netroufá si říct svůj názor nebo vyjádřit nesouhlas, protože by se mu mohlo stát, že by ho lidé přestali podporovat. Nesnáší samotu, protože ta vede k intenzivnímu prožitku opuštěnosti. Má obavy, že nebude schopen postarat se sám o sebe. Z obranných mechanismů jsou v popředí somatizace, idealizace, reaktivní výtvar, projekivní identifikace a regrese. Základy pro tuto poruchu osobnosti byly položeny již v orálním stadiu, kdy matka mohla být i „technicky“ dokonalá, ale nenaplňovala základní vývojovou potřebu dítěte, a to potřebu lásky pro pocit bezpečí a jistoty. V terapii je nutné (vedle aktuálního problému, kterým může být problém s drogami, s alkoholem, s příjmem potravy apod.) pracovat s úzkostnými stavy (skrže emočně korektivní zkušenost) při snaze o nezávislé rozhodování se klienta, při jeho sebe prezentaci i autonomním vystupování. Současně je nutné zpracovávat jeho kognitivní závislé strategie a posilovat odvalu k jeho vlastní iniciativě ve vztazích.

### **Schizotypní porucha osobnosti**

Jedná se o člověka, který se rád chová ceremoniálně, obřadně a myslí neobvykle „košatě“. Má i neobvyklé úhly pohledu na různé věci. O sobě uvádí, že je jasnozřivý, věří na přenos myšlenek nebo má „šestý smysl“. Jedná především intuitivně a je potenciálně tvořivý. Je také velmi čínorodý až neklidný a vzbuzuje zájem, který si ovšem neumí udržet (často ani neusiluje o to, aby si zájem podržel). V akcentované podobě se k tomu, co bylo doposud uvedeno, přidávají takové charakteristiky, jako například podivínskost, excentričnost a teatrálnost. Stává se mu, že překročí hranice platné určité společnosti a následně prožívá intenzivní úzkost. Jestliže výše uvedené charakteristiky jsou doplněny o magické myšlení, podezíravost, pověřivost, iluze a jestliže pod vlivem silného stresu následuje dekompenzace a pseudopsychotické ataky, jedná se již o schizotypní poruchu osobnosti. Z obranných mechanismů je v popředí popření, projekce a idealizace. V terapii (vedle jádrového problému, se kterým do terapie přišel) je nutné respektovat autentičnost někdy i bizarních výpovědí člověka s výše uvedenou poruchou osobnosti, pracovat s intenzivní úzkostí, kterou prožívá,

má-li vstoupit do užšího kontaktu v rámci nějaké skupiny, nebo když usiluje o blízký vztah, a spolu s ním nalézt konkrétní cestu k zakotvení se ve světě reálných věcí.

### **Paranoidní porucha osobnosti**

V jemných náznacích tohoto směřování působí člověk ostražitě, nedůvěřivě, podezřívavě a mnohdy podléhá žárlivosti a závisti. Má tendenci mylně chápat chování druhých lidí jako nepřátelské. Rychle odsuzuje druhé lidi, aniž by si svoje závěry ověřoval. „Rád bych věřil, ale nejde to!“ I když sám je hyperkritický, kritiku od druhých lidí nesnáší. Kritika v něm vyvolává pocit ohrožení a agrese. V akcentované míře se jedná o člověka svárlivého, morózního a vznětlivého. Podle svého mínění musí být neustále ve střehu, protože ostatní lidé to s ním nemyslí dobře. Odmítá odpovědnost za vlastní chování a přenáší tuto odpovědnost za svoje chování na druhé lidi. Je hrdý na svoji domnělou racionalitu a objektivitu a na svoji pravdu. V řadě profesí může být úspěšný, ale v lidech mnohdy vyvolává strach a konflikty, což posiluje jeho paranoidní ladění. Vynakládá enormní úsilí na hledání důkazů, že jeho podezření má objektivní základ. Obdivuje moc a má strach ze závislosti, znevažování a zranitelnosti. V případě paranoidní poruchy osobnosti má tento člověk tendenci ke konspirativnímu jednání, je kverulantem, žárlí, nedokáže odpustit, nenávidí a je hostilní. V zátěži může tento člověk reagovat i pseudopsychotickou atakou. Z obranných mechanismů je v popředí projekce, popření, agrese a reaktivní výtvar. Jednou z příčin této disharmonie ve struktuře osobnosti je takový výchovný styl, jehož součástí bylo pokořování dítěte ze strany jemu blízkých lidí, zejména ze strany lidí stejného pohlaví, a dále nadměrně trestající výchova, zejména emočně zraňujícími tresty. Terapie v tomto kontextu musí být otevřená, přehledná a bez humoru. Musí být věnováno více pozornosti a trpělivosti zpracovávání ve vlnách se vracející nedůvěry a obav za současného posilování klientovy sebedůvěry a skrze ni i jeho důvěry v okolí.

### **Emočně nestabilní porucha osobnosti**

Jak již název napovídá, jedná se o člověka s emoční labilitou, který má tendenci jednat nezdrženlivě a impulzivně, bez uvážení důsledků svých činů. V jeho jednání se mohou projevat výbuchy vzteku, což také může vést k násilnému jednání. Tato disharmonie ve struktuře osobnosti má dva subtypy:

- a) Impulzivní typ
- b) Hraniční typ

#### **ad a) Impulzivní typ**

Vedle výše uvedené obecné charakteristiky je pro člověka s touto disharmonií také problém vytrvat u činnosti, která nepřináší okamžitý zisk. Tento člověk je citlivý na kritiku svého impulzivního jednání a tato kritika „spolehlivě“ takové impulzivní jednání opakovaně vyvolává. Partnerské vztahy bývají dramatické, intenzivní a nestálé. Ovšem na rozdíl od hraničního typu se u člověka tohoto typu nevyskytují sebedestruktivní tendence a ani tak trýznivé pocity prázdnoty a osamělosti jako u hraniční poruchy osobnosti. Převažuje emoční labilita a nekompenzovaná impulzivita.

#### **ad b) Hraniční porucha osobnosti**

Tento člověk působí náladově, je nesnadné s ním vyjít, je často nadšený pro nějakou věc, ale jeho nadšení velmi rychle zase pomíjí. Jestliže se jedná o akcentovanou osobnost, potom se to

projevuje nestálostí ve vztazích, reaguje přehnaně i na běžné situace, v zátěži reaguje nepředvídatelně a přehnaně. I běžné problémy charakterizuje jako krize. Častá je psychická tenze. Je emočně labilní, často jedná impulzivně, bez uvážení následků svých činů, nemá jasnou představu o sobě, o svých cílech v životě, o svých vnitřních preferencích. Nemá ani dostatečně vytvořenou hranici kolem **já**, a tak vlastně tento člověk „neví, kým je“. V patologii se přidává častý pocit zoufalství, prázdnoty, což může gradovat v sebevražedné tendence apod. Prožívá intenzivní úzkost a často prožívá depresivní epizody, objevují se somatoformní poruchy. V tom případě se již jedná o hraniční poruchu. Z obranných mechanismů je v popředí štěpení, acting out a projektivní identifikace.

Příčiny je nutné hledat již v raném dětství, kde člověk s touto disharmonií ve struktuře osobnosti získává svoje první negativní zkušenosti s citově chladným a odmítavým rodinným prostředím. V dospělosti jsou jeho vztahy závislé až symbiotické, jako by toužil po láskyplném „symbiotickém splnutí s matkou“, které mu bylo v dětství odepřeno. Závislost na partnerovi/ce zaměňuje za lásku. Ovšem zpočátku je partnerský vztah hluboký a silný, partnera/ku si idealizuje, ale protože žárlí a vyžaduje stále „důkazy lásky“, tento vztah degraduje. Lidi kolem sebe se snaží buď si podrobit, nebo s výbuchy agrese ovládnout. V situacích, kdy se mu nedaří, má zlost „na celý svět“. Zažívá zklamání, silnou úzkost, pocit vnitřní prázdnoty, osamělosti. Projevuje se u něho i sebedestruktivní chování. Nedokáže žít ani s partnerem/kou ani bez něho/ní. Svět vnímá černobíle a lidi dělí na dobré a zlé. Ale kdo byl podle něho jeden den úžasný, druhý den jím může být totálně zatracován. A zase další den, v témže vztahu, je člověk s hraniční poruchou osobnosti schopen oba póly opět změnit. Skrze adrenalinové situace „hledá“ člověk s hraniční poruchou osobnosti sebe sama.

Touží po uznání ze strany society, po oprávnění své existence. Nadchne se pro nový úkol, ale nevydrží, nenachází v sobě oporu pro vytrvání a selhává. Osamělost v lidech s hraniční poruchou osobnosti vyvolává tak silnou úzkost, že se může přesmyknout až do paniky. Emoce, které doprovázejí neúplnou hranici kolem **já**, tento člověk mnohdy zvládá sebedestruktivním chováním. Sebedestruktivní chování mu skrze bolest také pomáhá alespoň na chvíli být se sebou v kontaktu. Pocit osamělosti, prázdnoty a pocit nechtěnosti zase řeší opakovaným navazováním partnerských vztahů, které se jeho vinou záhy znovu rozpadají, nebo s pomocí alkoholu a drog či sebevražedným jednáním. V terapii, vedle aktuálního problému, je nutné navodit natolik bezpečný terapeutický prostor, aby bylo možné terapeutickou cestou zrekapitulovat separační proces ze symbiotického vztahu a současně pracovat na rekonstrukci sebeobrazu.

## **Úzkostná porucha osobnosti**

(podle DSM-IV **Vyhýbavá porucha osobnosti**)

Jedná se o člověka velmi opatrného v nových situacích, které v něm vyvolávají úzkost. Obává se odmítnutí, a proto se raději vyhýbá kontaktům, i když si je přeje. Jeho vnitřní prožitkový svět je bohatý, ale navenek to mnohdy maskuje hranou lhostejnosti. Má-li kvalitní hluboký partnerský vztah (a nejedná se o závislý vztah), je schopný dát ze svého potenciálu maximum a být přitom úspěšný. Často prožívá pocity méněcennosti. Má rád prostředí málo proměnlivé a takové, ve kterém může využít stereotypní chování. V akcentované podobě je pomalý v rozhodování, neprůbojný, nesmělý, nemá odvahu riskovat, bojí se selhání a kritiky za selhání. Aby předešel kritice, raději sám sebe před lidmi dehonestuje. Jestliže se jedná již o úzkostnou poruchu osobnosti, potom se přidává deprese, pronikavá úzkost, nepříjemné vegetativní projevy. Tento člověk také posouvá význam toho, co jiní lidé v jeho blízkosti říkají, ve svůj neprospěch, má pocit, že ho zesměšňují. Není v tom paranoidní tendence, spíše

rezignace a očekávání neúspěchu i ve vztazích, protože podle svého mínění je nepřitažlivý a neschopný. Z obranných mechanismů dominují inhibice, izolace a přesun.

Na tuto disharmonii ve struktuře osobnosti byl opět položen základ již v dětství, kdy rodiče byli až neuroticky starostliví a chránili a bránili svoje děti i před imaginárními „nástrahami zlého, vnějšího světa“. Nebo děti byly odmítány jak ze strany rodičů, tak i dalších dospělých (například ve školce) a mnohdy i ponižovány a nadměrně kritizovány. Tak byly položeny i základy pro generalizování odmítnutí. V terapii člověk s výše uvedenou disharmonií ve struktuře osobnosti především potřebuje „přítakání“ svým problémům. „Neví“, co se s ním děje, „neví“, co se děje se světem, a vnímá to jako všudypřítomnou neurčitou hrozbu. Potřebuje zážitek bezpečí, jistoty, aby si mohl „vydechnout“. Potřebuje pro tuto chvíli „ochranu“, kterou terapeut může kongruentně vyjádřit slovy: „jsem zde pro vás“! Terapeut musí být vlídný, ale pevný, aby nenastal přesmyk k možnému histriónskému projevu nebo k agresi. Teprve poté je možné přistoupit k hlubší terapeutické práci s aktuálním problémem. Současně se v klientovi posiluje zážitek: „Mám na to!“

## **Disociální porucha osobnosti**

(podle DSM-IV **Antisociální porucha osobnosti**)

Člověk s jemně vyjádřenými disociálními charakteristikami se může vyznačovat i charismatickým chováním, kterým ovšem maskuje svoje manipulativní tendence. Rád riskuje, zkouší limity, kam až si může dovolit ve vztazích zajít. Není „týmovým hráčem“. Neřídí se pravidly soužití ve vztazích a snadno vyvolává hádku, když něco nejde podle jeho mínění. Je nevypočitatelný v cílech svého jednání a nespolehlivý v týmu. Lehce, bez schopnosti zpětné korekce svého chování skrze získanou zkušenost a bez svědomí, využívá druhých lidí. Jednoduše řečeno, nevyvíjí se, nezmění se a pravidla soužití dodržuje pouze po tu dobu, pokud je pod tlakem bezprostřední hrozby sankcí. V akcentované podobě ignoruje závazky, podstupuje nepřiměřená rizika svého jednání, není zvyklý předvídat důsledky svého jednání. Je schopný i dobrého „hereckého výkonu“, kterým může načas oklamat i odborníka, protože dokáže zahrát roli klidného, vyrovnaného a důvěryhodného člověka, který má šarm i smysl pro humor a který se pouze vlivem nepříznivé okolnosti nechtěně dopustil „drobného přestupku“. Teprve když je vystaven zátěži, je možné diagnostikovat jeho disharmonii ve struktuře osobnosti. Jeho nízká frustrační tolerance ho v zátěži vede k výbuchům vzteku a k násilí. Chybí mu empatie a soucit. Tato necitlivost ve vztahu k druhým lidem, vznětlivost, arogance v jednání, agrese, sadistické prvky v chování, neschopnost pociťovat vinu za důsledky svého chování signalizují, že se jedná o disociální poruchu osobnosti. Z obranných mechanismů se jedná zejména o účelové zapomenutí, agrese, disociaci, agování a projektivní identifikaci, vzdor, únik, izolaci, reaktivní výtvar.

Pro tuto poruchu jsou položeny základy již v dětství, kdy je možné zjistit týrání dítěte, kruté tresty ze strany rodičů apod. Setká-li se terapeut v terapii s člověkem s výše uvedenou poruchou osobnosti, vždy musí počítat s tím, že to bude zkouška terapeutovy tolerance, trpělivosti i tvořivosti. Po počátečním kontaktu klient nebude chtít spolupracovat, ale přesto neodejde. Manipuluje, má vztek na osud, na societu i na sebe. Důležitá je i ta skutečnost, že v řadě případů tento člověk se cítí bezmocný, frustrovaný a agrese s křikem může být „překřičený“ strach a úzkost. Ovšem ne každý, kdo křičí, je současně agresivní. Terapeut by nikdy neměl reagovat na agresi klienta agresivně. Je nutné dát klientovi prostor pro „vykřičení“ a oddělit jeho agresivní chování od člověka v jeho celistvosti.

## **Narcistická porucha osobnosti**

Člověk s disharmonií ve struktuře osobnosti, s trendem k narcistické poruše osobnosti, má problémy se sebehodnocením, které není postavené na jeho reálném potenciálu. Proto sebekoncepci věnuje nadměrnou pozornost a oproti druhým lidem se vyvyšuje, aby neklesl pod jejich úroveň, protože jemu blízkým člověkem může být pouze někdo významný a v societě vysoce postavený a oceňovaný. Ale také s takovým člověkem má pak tendenci soutěžit, nebo mu závidí a žárlí na něho. Miluje jen tehdy, když současně toho druhého člověka ovládá. Je mimořádně citlivý a ostražitý vůči kontaktům, v nichž by podle jeho mínění mohly být zdroje konfliktů ohrožujících jeho sebevědomí. Sám je ovšem často zdrojem těchto konfliktů. Vzhledem ke skryté nejistotě a úzkostným stavům ho takové konflikty pak vedou ke střídání sebezpřeceňování a sebedopceňování. Ve fázi sebezpřeceňování se jedná o člověka nepřiměřeně sebejistého, arogantního, o člověka egocentrického s představou, že je „něco lepšího“, než kdokoliv kolem něho. Toto nadhodnocování sebe je kompenzačním mechanismem ke zraňující nejistotě. Nepřipouští si chyby, chyby dělají ostatní lidé. Není schopen reflexe a sebereflexe. V akcentované podobě osobnosti se v tomto kontextu ještě přidávají takové charakteristiky, jako například svalování viny na druhé lidi, přeceňování svých schopností a výkonů. Ve své fantazii, ve virtuálním světě, se zabývá svými bezmeznými úspěchy. Je přehnanou měrou přesvědčen o vlastní důležitosti a významnosti pro celý svět, který ho často zatím není schopen pochopit a ocenit. Tento člověk má vysoké nároky na druhé lidi, ale není sebekritický, nezajímají ho názory druhých lidí. Ve fázi sebedopceňování trpí úzkostí a depresí. Často se uchyluje například k drogám. Z obranných mechanismů se častěji projevují idealizace, projekce, omnipotence a identifikace.

Na kritiku reaguje vztekem, ale i studem nebo silně prožívaným pocitem pokoření. Přidávají-li se k výše uvedenému takové charakteristiky, jako je zpupnost, velikášství, závist, lež, malá tolerance k chování druhých lidí, jedná se o narcistickou poruchu osobnosti. Chybí empatie! Pro člověka s narcistickou poruchou osobnosti existence druhých lidí narušuje jeho „narcistickou rovnováhu“, ale současně lidi potřebuje pro naplňování svých narcistických potřeb. Neumí požádat o pomoc a přijmout pomoc, protože to považuje za slabost a narušuje to jeho sebevědomí a zraňuje sebecit. Nemoc je pro něho narcistickým příkořím a ten, kdo mu nabízí pomoc, ho vlastně uráží tím, že ho považuje za slabšího.

V terapii je nutné dbát na to, aby si terapeut byl vědom skutečnosti, že člověk s narcistickou poruchou osobnosti se bude snažit v roli klienta „zahrát“ na možnou narcistickou charakteristiku v osobnosti terapeuta stylem „všichni terapeuti, u kterých jsem byl před vámi, byli idioti, ale vy jste vynikající, moc mně pomáháte“. Smysl tohoto výroku spočívá v jednoduchém schématu: „Vy jste vynikající, ale já jsem vlastně také výjimečný klient!“ Navíc, klient současně nemůže připustit, že by někdo (terapeut) při práci s ním měl úspěch, a tak byl vlastně lepší než on. A začne s terapeutem soutěžit. V průběhu terapie se ze strany klienta objevuje tendence terapeuta si nejen idealizovat, ale také ho devalvovat.

## **Pasivně agresivní porucha osobnosti**

Pro tohoto člověka je charakteristická tvrdohlavost a letargie. Jeví se jako zdánlivě nezávislý. Navenek spolupracuje, ale „uvnitř své mysli“ ignoruje oprávněné požadavky druhých lidí – například neplní dohodnutý časový harmonogram pro vykonání pracovních povinností, klade různé překážky atd. Na naléhání druhých lidí reaguje pasivní rezistencí a ve svém nitru je zlostný, agresivní, což navenek nedává najevo. V případě akcentované osobnosti se ke zmíněným charakteristikám přidává neschopnost „týmové spolupráce“. Pracuje podle „vlastního časového plánu“, odkládá pro něho nezajímavé úkoly. Bojuje o svoji autonomii,

ale skrytě. Nedokáže si vytvořit a udržet kvalitní vztah, protože záhy začíná bojovat o svoji svobodu, kterou mu ovšem objektivně nikdo „nebere“. V případě poruchy osobnosti se ještě přidává hádavost, výmluvy, odkládání plnění úkolů. Prožívá intenzivní agresivní tendence. Má problém s autoritou a strach z vlastní agrese. Někde „v zákulisí“ považuje úkoly stanovené nadřazeným za přehnané, neodůvodněné a hloupé. Z obranných mechanismů se jedná zejména o pasivní agresi, odpor, potlačení, sublimaci a přesunutí.

Tato disharmonie ve struktuře osobnosti je nastartována obvykle kolem třetího roku existence člověka. Uvedeme jednoduchý příklad. Matka může být nejen technicky dokonalá, ale i laskavá a dítě má zkušenost, jaké to je, když je naplněna jeho vývojová potřeba objetí a lásky. Ovšem matka tuto lásku poskytuje až „za něco“! Dítě má například aktualizovanou svoji naprosto přirozenou potřebu aktivity, ale matka si to nepřeje, protože dítěti třeba právě dala nové šaty, které by si přece dítě mohlo záhy umazat. Proto dítěti hrozí, že ho už nepohladí, neobejme, jestliže bude pořád běhat, nevezme do náruče, „nepofouká“ bolístku. V dítěti je rozpor mezi přirozenou potřebou aktivity a vývojovou potřebou lásky, která je nutná proto, aby se mohlo cítit bezpečně a jistě. Raději potlačí hněvání se na maminku, přestane běhat a dává najevo, jak moc touží po objetí. Toho se mu dostane pod podmínkou, že už příště nebude „zlobit“. Samozřejmě nestačí jedna epizoda k tomu, aby se začal projevovat hlubší rozpor mezi tím, jak jedná navenek, a co se odehrává v jeho mysli, aby se začala projevovat disharmonie ve struktuře osobnosti. V terapii klient potřebuje mít prostor pro uvolnění agrese a potřebuje dostat šanci, aby mohl rozpustit svoje pasivně agresivní strategie (včetně „negativistických“ strategií), které zpočátku evidentně uplatňuje i vůči terapeutovi. To je možné tehdy, jestliže se vytvoří bezpečný a jistý terapeutický prostor pro hlubší sebepoznání, náhled na sebe, pro emočně korektivní zkušenost a pro inspiraci k otevřenému a jednoznačnému vyjádření svých oprávněných potřeb a postojů.

### **Histriónská porucha osobnosti**

Jedná-li se „pouze“ o akcentované projevy emotivity a hřejivé projevy chování vůči lidem, spojené s nadměrnou touhou být středem pozornosti, je to signál toho, že se jde o lehkou disharmonii ve struktuře osobnosti s trendem k histriónskému chování, ale nikoliv již o histriónskou poruchu osobnosti. Prohlubuje-li se tento trend, pak tento člověk působí nápadně až výstředně. Jedná teatrálně až dramaticky a ke svému běžnému životu potřebuje diváky. Necítí se dobře, když se mu nevěnuje pozornost. Potřebuje chválu a uznání. Projevuje bouřlivé, zdánlivě hluboké emoce. „Rád se poslouchá“ a vždy propaguje sám sebe. V akcentované podobě často prožívá „životní krize“, z nichž poměrně snadno přechází v grandiozitu, a poté do depresivního ladění, aby znovu mohl nastat přesmyk v grandiozitu. Je to svým způsobem „nekonečná smyčka“. Žije chaotickým životním stylem, má problém s organizováním svého času a s „dotahováním věcí do žádoucího konce“. Rozhoduje se intuitivně. S lidmi opačného pohlaví manipuluje, aby se s nimi dostal do tělesné blízkosti. Ovšem jedná-li se o ženy, pak v řadě případů promiskuitou zakrývají problémy v sexuální oblasti (anorgasmii apod.). Muži s touto disharmonií ve struktuře osobnosti se zase projevují hypermaskulinně. Přidá-li se citové vydírání v partnerských vztazích (vyžadování péče a zájmu třeba i sebevražednými pokusy), sugestibilita, sebedramatizace, permanentní emoční krize (často intenzivní úzkost), prvky infantilismu, jedná se o histriónskou poruchu osobnosti.

Existují dvě skupiny lidí s histriónskou poruchou osobnosti:

- a) relativně lépe se životem vyrovnávající lidé (s možným oidipálním problémem, kdy se dcera nechce identifikovat s matkou);

b) hůře se životem vyrovnávající lidé, lidé snadněji kolabující (s možným preoidipálním problémem; problém se závislou orální vazbou). V obecné rovině lze dodat, že existence jiných lidí vychyluje člověka s histriónskou poruchou osobnosti z jeho „histriónské rovnováhy“, i když tyto lidi pro sebezprezentaci vlastně potřebuje.

Z obranných mechanismů jsou časté tzv. sexualizace, dále idealizace, vytěsnění, popření, regrese a disociace.

V terapii lidí s výše uvedenou poruchou osobnosti je nutné, aby terapeut byl natolik zkušený, aby sice poskytl emoční podporu, ale současně se vyhnul důsledkům možného svádění. Protože člověk v roli klienta/ky, je-li opačného pohlaví než je terapeut, má pseudopotřebu splynout s terapeutem, „milovat se s ním“. Ženy zvýrazňují svoji ženskou stránku oblečením, pohyby, svádívou i mazlivou modulací hlasu, pokoušejí se tak navázat osobní vztah s terapeutem. Muži se zase pokoušejí hypermaskulinním chováním získat na svoji stranu terapeutku, avšak často tím spíše maskují svoji nejistotu.

### **Obsedantně kompulzivní porucha osobnosti**

(Podle MKN-10 **Anankastická porucha osobnosti**)

Pro tento typ poruchy osobnosti je charakteristické, že se člověku vtírají neodbytné myšlenky, o kterých ví, že jsou nesmyslné, ale uznává je za své a neumí se jich zbavit. Vytvářejí předpoklad pro emoční labilitu, psychické napětí, tíseň. Aby člověk snížil intenzitu psychického napětí, volí různé formy kompulzí, rituálů. Uveďme si příklad: Spouštěčem nutkavých myšlenek, v situaci, kdy člověk třeba zažívá nějaké emoční zranění, konflikty, je psychicky vyčerpaný, může být například shlédnutí nějakého dramaticky podaného pořadu o přenosných infekčních onemocněních, opakující se preventivní pořady zaměřené vůči pohlavním chorobám atd. V člověku se začne prosazovat myšlenka, zda on sám dostatečně dodržuje hygienické postupy, zda se dostatečně umývá, zda se vyhýbá podezřelým místům, zda je dosti opatrný v parku, když si sedá na lavičku, nebo když si sedá v tramvaji atd. Zdá se mu, že to, co objektivně traumatického prožil, vlastně neunesl proto, že byl oslabený infekcí. Začne být výrazně čistotný, bojí se jezdit městskou hromadnou dopravou, hodiny se sprchuje a poté, aby nenakazil spolubydlící, dlouho dezinfikuje koupelnu, kliky, podlahu. Nakonec nutí i spolubydlící k extrémní hygieně. Když odmítnou, vzrůstá v něm úzkost a rozvíjí se deprese.

Člověk s uvedenou disharmonií ve struktuře osobnosti se také jeví jako pedant, puntičkář, ale i jako nadměrně svědomitý, disciplinovaný a pečlivý člověk. Jsou-li výše uvedené charakteristiky ještě více zvýrazněné v jednání člověka a doplněné dalšími charakteristikami, jako například neschopnost uskutečnit svoje záměry pro nadměrně přísné vlastní normy, pravidla, nadměrnou svědomitost a úsilí o dokonalost, jedná se již o poruchu osobnosti obsedantně kompulzivního charakteru. Součástí klinického obrazu této poruchy osobnosti také bývá perfekcionismus, kritika výkonu druhých lidí a vlastní rigidita. Člověk s touto disharmonií ve struktuře osobnosti se zabývá detaily, pravidly, pořádkem a čistotou. Je-li pod tlakem, reaguje tvrdohlavostí a nedokáže odlišit věci důležité od méně důležitých. Přidává se také pocit neurčitého osobního ohrožení a pocity viny. V rodině takový člověk vyžaduje, samozřejmě „z výchovného důvodu“, disciplínu, pořádek a dokonalé chování, což odnášejí především děti. Z obranných mechanismů jsou v popředí intelektualizace, odčínění, racionalizace a přesunutí.

Základní impulsy pro rozvoj této formy disharmonie ve struktuře osobnosti byly položeny v dětství. V rodinné výchově převažoval autoritativní, rigidní výchovný styl, postavený na

nadměrné rodičovské kontrole, kritičnosti a na znevažování dětského jednání. Tato skutečnost u dítěte postupně vedla k zážitkům ohrožení, k intenzivně prožívané nejistotě a s tím spojenému psychickému napětí, jehož intenzitu se pak dítě snažilo odstranit svědomitostí a perfektním výkonem. Současně to vedlo k rozvoji problematického vztahu k autoritám. V dospělosti pak člověk tento vztah zvládá tak, že usiluje o dokonalost, aby měl situaci a toho, kdo se k němu vztahuje jako autorita, pod kontrolou. Proto je v terapii nutné nejprve dát klientovi šanci, aby lépe porozuměl svým emocím, které jsou mnohdy tím „bičem“, který ho popohání k výrazným projevům jeho onemocnění. Současně je nutné pracovat s jeho problematickým vztahem k autoritám, jinak by terapie nebyla úspěšná. Klient má tendenci s terapeutem soupeřit, protože se cítí zranitelný a prožívá i stud za to, že je oslabena jeho výkonnost. Někdy je přítomen i hněv na sebe za to, že nemůže vykonávat denní rutinní činnost. Terapeut musí být přesný, pečlivý a nikoliv bohémský. Pomáhá i sem tam uvedená citace z odborné literatury na uvedené téma.

### **Rapsodická porucha osobnosti**

Člověk s disharmonií ve struktuře osobnosti, která by eventuálně směřovala až do podoby rapsodické poruchy osobnosti, se vyznačuje akcentovaným kladným životním postojem a jeho expresivním vyjádřením navenek, bez jeho zakotvení v reálném světě. I na negativních zážitcích takový člověk nalézá pouze pozitiva. Ale není schopný nalézt a zabývat se zdroji problémů, „nevidí a neuvědomuje si“ negativní stránky svého prožívání, ani negativní stránky prožívání druhých lidí. Jedná se o bezbřehý optimismus. Vnějškově (na behaviorální rovině) se tato porucha osobnosti v něčem podobá histriónské poruše osobnosti, ovšem bez hypertrofované sebe prezentace. Z obranných mechanismů jsou v popředí eluze (únik), popření reality pomocí fantazie, obrácení v opak, idealizace a přesunutí.

#### **I.4.4. Psychické obrany já**

Psychické obrany vystupují i jako relativně samostatné projevy ochrany hranic, limitů **já**. Psychické obrany jsou neuvědomovanými procesy zvládání především emočně zraňujících situací. Nemění stresovou situaci, ale to, jak člověk tuto situaci vnímá, jak ji zpracovává. Obrany také obsahují prvky sebeklamu.

Psychické obrany a složitější komplexní obranné struktury mohou mít adaptivní podobu nebo podobu maladaptivní, maladjustivní, neurotickou, stanou-li se převažujícím způsobem „řešení-neřešení“ problému.

Psychické obrany jsou významným fenoménem v lidské psychice. Jejich úkolem je chránit člověka před bezprostředními důsledky přímého dopadu silných stresorů, vůči kterým momentálně nemá dost energie a psychické odolnosti, nemá ani nápad, jakou adaptivní strategii zvolit pro zvládání stresové situace, a vlastně nemá ani odvahu momentálně problém řešit. Psychické obrany člověku také poskytují šanci pro odstup od problému, nabízejí prostor pro uvolnění minulé zkušenosti se stejným nebo podobným stresorem do obsahu vědomí. A tím také poskytují šanci a čas pro nalezení adekvátního způsobu řešení problému. Psychické obrany umožňují člověku mobilizovat svůj potenciál, uvolnit rezervy pro následné zvládání důsledků zátěže. V tomto smyslu je psychický obranný mechanismus analogický obrannému mechanismu imunitního systému na úrovni těla. Je to tedy něco jako „příměří a čas na nadechnutí se“. Je to však dočasný stav, na kterém člověk nemůže stavět svoji existenci. Problém nastává tehdy, jestliže se určitý druh psychické obrany v procesu



sociálního učení úzce naváže na specifický trs povahových rysů a osobnostních charakteristik konkrétního člověka a stane se tak „naučenou“ psychickou obranou. Tato psychická obrana se pak stává rigidní a automaticky vstupuje do „hry“ v situacích, ve kterých se člověk cítí být ohrožený a má pocit, že mu hrozí emoční zranění, v situacích, kdy by mohl být odmítnut, v situacích, kde mu hrozí zesměšnění atd.

Psychická obrana jako součást převládajícího způsobu reagování člověka na výše uvedené situace vede k „zamrznutí v jednom bodě“, místo toho, aby člověk problém řešil. Člověk tak ztrácí šanci na odstup od problému a ztrácí i schopnost odstupu od sebe k získání nadhledu na celou situaci a na svoji reálnou úlohu v ní. Pod prizmatem rigidních obran člověk není schopen realisticky zhodnotit svůj potenciál, přání vydává za skutečnost a v průběhu ontogenetického vývoje je zde i prostor pro vznik falešného **já**. Intenzita hrozby (iracionálně zesílená) se tak nesnižuje, protože naopak zesiluje percepční obrana a objevují se i chybné percepce reality. Rigidní obrana jako maladaptivní mechanismus, pokud působí, konzervuje důsledky působení těch stresorů, které příslušnou obranu vyvolaly. Například introjekce jako forma obrany vystupující do popředí tehdy, když člověk nekriticky (v rozporu se svým hodnotovým systémem) přijme názor druhého člověka jen proto, že ho vyslovila autorita, vyvolá řadu reakcí s dlouhodobě přetrvávajícími důsledky. Nekriticky přijatý názor totiž působí jako „nestavitelné sousto“, a proto vyvolává silnou vegetativní reakci a vede k mikrospezmům svalů v oblasti faryngozofageální. Projevuje se to komplikacemi při polykání, obtížemi při expresivním řečovém projevu a zvýšenými nároky na zde se nacházející část lymfatického systému, což člověku zase neustále připomíná, co se za touto obranou skrývá, i když se to pokouší vytěsnit z obsahu vědomí. Zvyšuje se intenzita psychického napětí a výsledkem jsou duševní i psychosomatická onemocnění a další formy zdravotních potíží. Analogicky k tomuto příkladu bychom mohli popsat fungování všech ostatních rigidních psychických obran, ale jsme omezeni možným rozsahem této publikace.

Ještě jednou je nutné zdůraznit, že v případě, že během ontogenetického vývoje člověka, vlivem nepříznivých podmínek, nastartoval proces směřování vývoje k disharmonii ve struktuře osobnosti až k poruchám osobnosti, potom se již od dětství s určitou formou nastupující a prohlubující disharmonie postupně váží také konkrétní reakce, konkrétní forma psychických obran na opakovaná traumata a konflikty. Tedy tak, jak je možné v průběhu ontogeneze člověka dospět k naučené bezmocnosti v důsledku nepříznivých okolností a selhávání jeho přirozených adaptačních mechanismů, je také možné během vývoje rozvinout a fixovat určité psychické obrany. Ty se pak u konkrétního člověka opakují jako rigidní obranné reakce v případě, kdy člověk opakovaně nedokáže konstruktivně řešit traumatizující a konfliktní situace. Jindy se zase může stát, že u dospělého člověka, který před traumatem, před rozvinutím se chronického emočního stresu reagoval na zátěž adaptivními formami psychických obran, se po takto závažném zásahu do psychiky náhle jako regres objeví psychické obrany, které používal v dětském věku.

Za psychickými obranami se vedle blokovaného emočního procesu (viz příslušná podkapitola) mohou projevit například i důsledky konfliktů protikladných tendencí v nás samotných. Z tohoto pnutí pak generuje řada psychických obran, které mohou nabývat i rigidní podoby. Uděláme malou odbočku v textu a na příkladu střetávání maskulinity a feminity v člověku budeme konkretizovat výše uvedené tvrzení. Významným zdrojem problémů je tedy neřešení konfliktů vznikajících například v procesu identifikace s vlastním pohlavím. Zjednodušeně řečeno, konflikty z doby, kdy se dívky učí roli ženy a chlapci roli muže. Problém spočívá v tom, že k tomu potřebují identifikační vzor. Ovšem zaměstnaní otcové se se svými syny „*potkávají*“ spíše „*náhodou*“ a matky jsou v řadě případů „*ženy s mobilem a diplomatkou*“. Navíc nepříznivě působí i ta skutečnost, že mnohdy se liší to, co

rodiče říkají, a to, co skutečně dělají. Syn nebude odvážný a „gentleman“, když jím není otec, a děvče nebude něžné a jemné, když matka žije podle hesla „*co si nevybojuji, to nemám*“.

Selže-li například otec jako identifikační vzor, hledá se i v širší rodině (strýc, děda).

Norma embrya je ženská. XX je základním typem lidského druhu. Muž je XY, ale Y sám o sobě neobsahuje faktory, které určují pohlaví.

V podstatě všechny pohlavní cesty a sekundární pohlavní znaky začínají jako ženské struktury, bez ohledu na genetickou předurčenost. Teprve vznik a rozvoj gonád a sekrece testosteronu zablokuje vývoj ženského pohlaví u geneticky daných mužů (kdybychom vyoperovali mužské gonády, pak by se člověk vyvinul v plnohodnotnou ženu, i když bez vaječnicků). Řečeno slovy beletrie, žena „je“, ale muže, jeho „mužství“, musí prosadit testosteron (androgeny). Ovšem v každém z nás je po celý život v psychice uchován ženský i mužský princip. Navíc nelze vychovávat člověka bezpohlavně.

Muž, je-li duševně zralý, dává ve svém nitru šanci i ženskému principu. To mj. přináší schopnost vcítit se, umění prožívat (bez pocitu ostýchavosti, viny, slabosti atd.), dále schopnost využívat intuici, fantazii, pečovat, ochraňovat, být vnímavý i vůči neracionálním informacím. Přitom se nejedná ani o zženštilost, ani o element homosexuality. Naopak, přijetí ženského principu v sobě vede k zřetelnější kontuře mužského principu, posiluje paradoxně „mužskost“ a zvyšuje tak přitažlivost muže ve vztazích s ženami. Přijetí sebe sama v celistvosti umožňuje bez vztahovačnosti, neurotických reakcí a schizofrenních projevů uplatnit celý svůj potenciál.

Žena, je-li duševně zralá, dává ve svém nitru šanci i rozvinutí mužského principu (což nemá nic společného s typem mužatky). Znamená to, že žena umí být i rozhodná, aktivní a stabilní i ve světě „*rozporném a plném protikladů*“. Přitom vnitřní integrita a navenek se projevující stabilita jí dávají prostor pro rozvinutí něžnosti, laskavosti a jemnosti, aniž by měla pocit zranitelnosti a potřebu „hysterického přeskokování“ od deprese ke grandiozitě a zpět. Je to existence „*ženy jako ženy*“ bez neurotického stažení se do sebe a odtud směřování ke koketérii a neurotického předvádění se a zase zpět.

Míra zralosti člověka a kvalita jeho vnitřního vztahu k opačnému principu v něm samotném se manifestuje v kvalitě vztahu k lidem opačného pohlaví.

Je-li například muž tvrdě racionální, vůdčí a patriarchální typ, obvykle inklinuje k ženám více smyslým, méně konvenčním až vulgárním, ale žení se s ženami „nevýraznými“, „šedými“.

Žena „princezna“ má zase „smůlu“ na muže „násilníky“. Zrání se v těchto případech projeví tehdy, až se muž bude věnovat ženám s vyrovnanějším vnitřním vztahem mezi ženským a mužským principem a žena se bude orientovat na muže jemnější, více citové a duševně zralé. Mimo jiné to znamená, že ani muž, ani žena ve své zralejší podobě nebudou „*věšet na své partnery svůj kabát*“, čili v koncepci C. G. Junga jeden z možných elementů vlastního stínu.

Nelze také pominout, že matka je pro muže předobrazem žen. Pokud matka nezdravým rozmazlováním „učí“ syna spojovat lásku ženy s mateřskou obětavostí a laskavou úslužností atd., pokládá základy pro jeho konfliktní vztah s budoucí partnerkou.

Na závěr tohoto pojednání uvedeme pro zajímavost pojetí tzv. ženské a mužské kultury.

V ženské kultuře stojí v popředí morální hodnoty, péče o druhé, kvalita života. Stát má v těchto kulturách větší roli, větší pravomoci. Jsou oceňovány a vyžadovány pořádek a jistota. Rizika a chaos jsou vnímány až neuroticky a nerovnost je považována za sociální zlo.

V tzv. mužské kultuře je nejdůležitější individualita a její prosazení. Je zde značná ochota k riziku a ke změně a obojí je agresivněji prosazováno i zvládáno. Ve všeobecnosti je zde agresivita společensky více akceptována s tím, že je cílena k úspěchům, k penězům a k moci. Sociální rozdíly jsou považovány za normální jev a záleží na jedinci, jaký sociální status si zvolí. Dominantami jsou zde peníze, prestiž, vliv. Proto tak záleží na vyváženosti obou principů a výsledkem je pak mj. *vyspělá societa*.

Nalezne-li člověk na cestě k hlubšímu sebepoznání klíč ke svým rigidním psychickým obranám, k blokováným emocím a jejich příčinám, k blokováným důsledkům konfliktů mezi protikladnými tendencemi v něm samotném, může se stát, že není připravený na takovou konfrontaci a z šoku se ještě více uzavře. Nebo psychoterapeutickou cestou se člověk může připravit na otevření obran a na konfrontaci s příčinami svých duševních potíží, které jsou brzdou v jeho seberealizačním procesu. Musí však mít odvahu postavit se sám sobě, aby s porozuměním mohl vykročit na cestu k uzdravení se. A právě nalezená odvaha otevřít obrany já a schopnost konfrontovat se s potenciálem zdraví ohrožujících faktorů vede ke snížení intenzity jejich hrozby, ke snížení jejich energetického potenciálu a vede k žádoucímu řešení problému, včetně „zakomponování“ všech kapitol vlastního životního příběhu do smysluplného celku.

Existuje řada psychických obran a v této publikaci některé z nich uvedeme ve stručném přehledu:

**A g r e s e** jako druh obrany útokem. Je výsledkem raných negativních zkušeností člověka s mezilidskými vztahy, od kterých očekával podporu, jistotu a bezpečí. Může být obrácena navenek nebo i proti člověku – „*dovnitř sebe sama*“. Je-li tato obrana spojena s pocitem viny, je současně spojena i s dynamismem odčinění (je směřována proti tomu, komu jsme ublížili, nebo proti sobě za pocit provinění). Variantami agresivního dynamismu jsou: verbální, fyzická individuální a fyzická skupinová.

**H o s t i l i t a** jako obranný mechanismus (nikoliv jako rys osobnosti) má velký energetický potenciál a má také destruktivní vliv na somatiku, psychiku i sociabilitu svého nositele. Člověk je v tomto případě přesvědčený o tom, že okolí je vůči němu a priori nepřátelsky naladěné, a proto musí svým nepřátelstvím vůči okolí předejít možnému ohrožení z jejich strany. Jedná se o dominující odmítání, nevraživost (přijetí by totiž podle tohoto člověka znamenalo jeho ohrožení, zranění apod.). Toto základní naladění vztahového chování člověka opět může být obráceno navenek nebo paradoxně i proti svému nositeli, čili „*dovnitř sebe sama*“. V jádru je neodreagovaná agrese.

**Ú n i k** je neadaptivní cestou ze zátěže, z těžkostí všedního dne do fantazie, neurotických reakcí, pláče, různých forem duševních i psychosomatických nemocí atd. Únik také vede ke snížení aspirační úrovně a tím i ke snížení intenzity strachu z neúspěchu. Jiným typem úniku je **regrese**. To znamená, že člověk reaguje na zátěž infantilním, méně organizovaným chováním typu neutišitelného vztekání se, chaotickou zuřivostí, stěžováním si apod. Dalším typem úniku je **izolace**. Izolace znamená zůstat stranou, zamezit tak možnosti vzniku pocitu hanby, viny, studu, blamáže. To ale vede k silným percepčním obranám, nižšímu sebepoznání a nemožnosti situaci řešit ani něco se sebou a pro sebe udělat. A tak je i ztracena šance na realistické řešení situace. Jiným typem úniku je únik do závislosti. Jedná-li se o „*workoholika*“

nebo o „*stresholika*“, pak je to forma obrany před pocitem prázdnoty, méněcennosti, před strachem ze slabosti atd. Jinou formou je psychofyziologické „zncitlivění“ skrze drogu. Jedná se o zncitlivění vůči frustraci, deprivaci, zncitlivění vůči panice, úzkosti, osamělosti, pocitům nedostatečnosti atd.

**P o t l a č e n í** je psychická obrana probíhající jako proces částečně úmyslného a částečně neúmyslného sebeovládání, nepřipustění si nežádoucích impulzů, pocitů, myšlenek a přání. Člověk si uvědomuje potlačované myšlenky, ale „neuvědomuje“ si impulzy, pocity a prožitky s nimi spojené, protože je vytěsnil. Jádro problému spočívá v tom, že nepříjemná zkušenost (trapnost, slabost, zbabělost, vina, stud) spojená s určitou situací člověka příliš degraduje, než aby ji přijal. Proto „oddělí“ kognitivní složku od emoční složky a izoluje pocit a prožitek. Nakonec tento postup negativně ovlivňuje další jednání člověka, ale v tomto případě není šance ke změně.

**V y t ě s n ě n í** podle S. Freuda je základním obranným mechanismem. To, co vede k pocitu studu, to, co je ponižující, destruuující ve vzpomínkách, máme tendenci vyloučit, vytěsnit z obsahu vědomí. Vytěsnění vzpomínek, impulzů má za cíl vyhnout se bolestným důsledkům, ambivalentním prožitkům (například nenávisti k milovanému člověku), vyhnout se nežádoucím pocitům, vyhnout se intenzivní úzkosti. Ovšem vytěsněné pocity a prožitky i vzpomínky se třeba i v pozmeněné podobě stejně nakonec do obsahu vědomí prosazují, ale nevyvolávají již tak intenzivní pocit psychického napětí a úzkost.

**R a c i o n a l i z a c e** znamená omlouvání se, sebeospravedlňování jako úhybný manévr. Racionalizace pomáhá emočnímu zncitlivění. V tomto procesu se člověk ospravedlňuje sám před sebou za nevhodné chování, nebo se snaží být pochopitelnější pro druhé v chování, které je odsouzeníhodné. Racionalizace má také zmírnit zklamání člověka, když se mu nepodaří dosáhnout cíle. Je to snaha logicky zdůvodnit „nezdůvodnitelné“ chování. Racionalizací se chceme jevit sobě i okolí v lepším světě a odsunout pozornost od vlastních chyb.

Racionalizace verbalizací je součástí sebeprezentační strategie. Co nám například chybí ve schopnostech, v povahových rysech nebo v oblasti citů, zvýrazníme slovy (například člověk, který není schopný lásky k vlastnímu dítěti, nejednou intenzivně popisuje, jak se o to dítě bojí, když je s ním například na výletě apod.). V obecné a poněkud zjednodušené rovině lze uvést, že racionalizace je snaha o zvládnutí stresové situace jejím zdánlivě logickým přehodnocením.

**I n t r o j e k c e** souvisí s nekritickým přijímáním názorů jen proto, že je vyslovila autorita, nebo že se jedná o módní záležitost, či je to norma nějaké society, ve které bychom si přáli být přijímání a dobře obstát. Obsahy těchto názorů jsou pak v nás jako „*nestrávené sousto – introjekt*“ a bez nutného odstupu od nich jako cizorodé zůstávají. V tom případě nejsme schopni je použít ani ke svému prospěchu, ani k prospěchu druhých. Introjekce se stává příčinnou dezintegrace osobnosti, protože se s obsahy cizích názorů neztotožňuje **já**, vzhledem k vlastnímu hierarchickému hodnotovému systému. V procesu introjekce se také mohou posouvat hranice **já**, které je tak „stlačováno“ do menšího prostoru, než mu přirozeně náleží, a člověk má pocit, že nemá dostatečný prostor pro sebevyjádření. A proto se může stát, že vezme na sebe, na svoji zodpovědnost spolu s cizími normami, postojí, vzorci prožívání i cizí vinu. Aby snížil intenzitu s tím spojeného psychického napětí, pojmá výše uvedené jako normu, postoje a vzorec prožívání autority, tedy jako něco, co je vlastně „mimo něho“ a „nevidí“ tak chybu či zlo v sobě. Introjektem v psychoterapii může být důsledek nucení klienta do pseudospontaneity.

**Projekce** je opakem introjekce. Máme-li takové osobnostní charakteristiky nebo vlastnosti, které ani před sebou samými si nechceme přiznat, pak v případě projekce je v přehnané míře promítáme do druhých lidí. Tento obranný mechanismus nám poskytuje šanci, abychom se chránili před přiznáním si vlastních nežádoucích osobnostních charakteristik a vlastností a zabránili tak vzrůstu psychického napětí a intenzity negativních emocí. Je to posun hranice **já** do okolí tak, že ty vlastní charakteristiky osobnosti, které se jeví vlastnímu svědomí, vlastní sebeúctě jako nepřijatelné, u sebe popíráme a jako cizí potíráme. Soudíme tak druhé, aniž bychom si uvědomili, že tak vlastně soudíme sebe sama.

**Intelektualizace** usnadňuje emoční odstup od zátěžové situace i od bezprostředního kontaktu se sebou tím, že se například s konflikty vyrovnáváme pomocí abstraktních pojmů. Jestliže se intelektualizace stane životním stylem, naruší kongruenci a stává se zdravotním problémem pro svého nositele. Vědecky zajímavé je, že s intelektualizací se váží i další obrany. Například člověk s vytěsněnými pedofilními sklony se může stát vědcem, který se teoreticky tomuto tématu intenzivně věnuje.

**Splývání** je formou psychické obrany, která člověku nedovoluje, aby respektoval hranice svého **já** v mezilidských vztazích. Člověk se tak ztrácí v „my“. Větší jistotu pocítuje, když se ztotožní s druhými lidmi. Avšak nemá šanci uplatnit svůj potenciál a nemůže tak přispět do společného vkladu něčím, co je jeho „*bytošně vlastní*“. Nepocítuje satisfakci za to, že má hodnotu sám o sobě jako člověk. Mívá značné problémy se seberealizačním procesem a často se utíká do neurózy. V literatuře se někdy používá i termínu **konfluence** ve smyslu splývání s druhým člověkem bez patřičného odstupu.

**Retroflexe** – člověk činí sobě to, co by chtěl udělat druhým. „*Musím se potrestat*“ je častá věta lidí s touto formou obrany. Staví sebe na místo druhého jako objekt vlastní činnosti. Dalším možným a častým projevem je tvrzení: „*Musím se kontrolovat*.“ Člověk tak štěpí svoji osobnost na část, která něco dělá, a část, které se „*něco děje*“.

**Kompenzace** umožňuje vyrovnávání se s konflikty, se životními neúspěchy třeba změnou životního cíle apod. Kompenzace v případě handicapů znamená, že člověk je schopen nahradit například sníženou výkonnost v důsledku úbytku jedné schopnosti využitím schopnosti jiné. Problémy nastávají v případě překompenzování například pocitů méněcennosti.

**Substituce** znamená volbu náhradního objektu pro uspokojování nějaké potřeby, jestliže původní objekt, původní cíl, je nedosažitelný. Substituce se projeví jako reakce na nepřekonatelnou a frustrující překážku při dosahování původního cíle. Je-li toto náhradní řešení akceptovatelné pro osobnost i pro okolí člověka, jedná se o dobrý adjustační obranný mechanismus. Ovšem prožívá-li člověk tuto volbu jako náhražku a není-li vnitřně uspokojen, frustrace přetrvává. Obranná funkce substituce působí jen dočasně. Stejně tak je problém, když člověk prožívá v případě substituce uspokojení, ale lidé kolem něho mu dávají najevo, že jeho volba není dobrá. Tato skutečnost opět oživuje a prohlubuje frustraci. Klasickým příkladem substituce je konflikt adolescenta s rodiči, se studijní třídou, kde ani jedna strana adolescenta neakceptuje, popřípadě ho šikanují doma i ve škole, a tak si například hledá náhradní sociální skupinu v pouliční partě. I když nesouhlasí se všemi jejich normami (například s krádežemi, ale v něčem jiném jim musí zase ustoupit), je partou i tak akceptován takový, jaký doopravdy je. Dotyčný má konečně pocit, že přece jen někam patří.

**Sublimace** je obrana, kterou lze nalézt v chování člověka tehdy, když nenaplněnou touhu, neúspěch, zklamání spojené s nerealizovatelnou pudovou stránkou odreagovává tak, že

tyto touhy a s nimi spojené zážitky transformuje do jiných činností, které jsou zase naopak sociálně uznávanými činnostmi. Například člověk se zvýšenou agresivitou se může stát úspěšným boxerem. Jako jiný příklad se uvádějí některé produkty umělecké činnosti a transformace sexuálních tendencí v nesexuální a s tím související přeměna nadbytečné sexuální energie v energii saturující tvůrčí proces.

**O d č i n ě n í** je obranný mechanismus, který vede ke zbavení se pocitu viny, trestu za čin, který si trest zaslouží, tím, že člověk usiluje o nápravu dopadů svého chování sebeomezováním se (askezi) nebo dobrým skutkem. Existují i ničivé formy odčinění. Opakem odčinění je bagatelizace. Paradoxní je, že obranný mechanismus odčinění může nastartovat nezávisle na významnosti situace, která vedla k pocitu viny, studu. Proto z psychohygienického důvodu se v terapii považuje za lepší posilovat prožití studu, uvědomění si autenticity situace provinění a konstruktivní řešení této situace. Čili náprava „věcí“ je adekvátní reakce na provinění.

**R e a k t i v n í v ý t v o r** je snaha člověka utajit před sebou samým nějaký nežádoucí impulz, pohnutku tím, že silně vyjádří opačný motiv. Fanatický boj některých lidí proti úpadku morálky může být také projevem jejich reaktivního výtvaru. Nebo například matka, která má v obsahu nevědomí uchováno to, že dítě nechtěla, že je nenávidí, na vědomé úrovni je může rozmazlovat jen proto, aby se vždy znovu a znovu ujistovala, že je dobrou matkou před sebou i před ostatními lidmi. Může, například i „v zájmu dítěte“, nutit dítě hrát na nějaký hudební nástroj, i když toto dítě má ke hře odpor a mnohdy nemá ani hudební nadání. Matka si samu sebe představuje jako starostlivou matku, která má zájem na rozvoji svého dítěte („*chci pro něj jen to nejlepší*“), ale ve skutečnosti je vůči němu hostilní. Když je se svým chováním konfrontována, připustí, že jako dítě byla také nucena hrát na hudební nástroj, který nenáviděla. Ale pod maskou laskavosti a starostlivosti je nepřátelství k vlastnímu dítěti. Nebo člověk výrazně nespokojený se svým sexuálním životem se stává agresivním bojovníkem proti pornografii.

**I d e n t i f i k a c e** je obranou před pocitu nejistoty, méněcennosti a před ztrátou sebevědomí cestou ztotožněním se s někým, koho lze obdivovat. Člověk si tak připisuje žádoucí vlastnosti a charisma obdivovaného člověka, nebo si přisvojuje žádoucí vlastnosti a pozornost nějaké agresivní skupiny, která je například v centru pozornosti veřejných sdělovacích médií. Frustrovaný člověk se v tomto případě může dopouštět i asociálního chování.

**R e g r e s e** je forma úniku na nižší vývojový stupeň a přináší přechodnou úlevu v chronických zátěžových situacích nebo u některých lidí i v případě závažných somatických onemocnění nebo v případě emočního zranění apod. Rigidní formou této obrany pak člověk vyjadřuje výraznou potřebu ochrany a podpory od druhých lidí a stává se na nich závislým. Jen tak se mu podle jeho mínění dostává pozornosti, ochrany i shovívavosti k jeho nedokonalosti. Nedokáže požádat o pomoc jako dospělý člověk.

**T r a n s g r e s e** je opakem regrese. Jedná se o obranné „přeskočení“ určitého vývojového stupně. Například ukázkově „dospělé“, zdvořilé dítě.

**R e z i g n a c i** lze považovat za psychickou obranu tehdy, jestliže se člověk po vyhodnocení situace vědomě vzdá cíle, aby se vyhnul hlubším konfliktům, popřípadě ztrátám a načerpal energii pro pozdější vstup do dění, v případě, že se změní alespoň některé podmínky. Rezignaci za patologickou lze považovat tehdy, jestliže se jedná o dlouhodobou ztrátu iniciativy, aktivity a jestliže jde o rezignaci na rozhodování o sobě, na své životní plány.

**N e g a c e (popřeni)** je reakcí člověka na objektivní informace, které jsou pro něho nepřijatelné z hlediska emočního, z hlediska jeho hierarchického hodnotového systému, nebo jsou-li zasahující do hranic jeho já. Například matka si nedokáže připustit, že její syn je bezohledný agresor, nebo člověk odmítá závažnou jemu stanovenou diagnózu.

**B a g a t e l i z a c e** je znehodnocování pro člověka nedosažitelného cíle, který je jinak pro něho žádoucí.

**P ř e s u n** je vybití zlosti na méně ohrožujícím objektu, než je objekt, který napětí a zlost v člověku vyvolal. Například místo facky pouličnímu zloději kopnutí do popelnice, místo nadávky partnerovi prásknutí dveřmi nebo místo asertivního jednání s nespravedlivým nadřízeným facka vlastnímu dítěti za naprosto drobný prohřešek.

**K o n v e r z e (somatizace)** je transformace zdroje psychického napětí, kdy se dlouhodobě neřeší jeho příčiny, do tělesného schématu člověka. Například tik.

#### **I.4.5. Komplexní obranné charakterové struktury**

Vedle výše uvedených dílčích psychických obran existují komplexní obranné charakterové struktury. Komplexní obranné charakterové struktury vlastně představují obranné postoje člověka, materializované v podobě určitých svalových bloků, spazmů a dysbalancí. Současně se projevují specifickou formou vnímání jak reality, tak i sebe sama v této realitě. S tím souvisí i určitý specifický rigidní způsob prožívání a jednání konkrétního člověka s konkrétní obrannou strukturou.

Podle S. Johnsona (1991) je vznik každé obranné charakterové struktury důsledkem naléhavého základního existenciálního problému, který si během života konkrétního člověka vyžaduje jeho neustálé řešení. Zvláště v tzv. senzitivních obdobích individuálního vývoje nabývají problémy a překážky v uspokojování základních potřeb zásadního významu. Jedná-li se o závažný problém, jenž s sebou přináší značně traumatickou individuální zkušenost, pak rané formy a způsoby jeho řešení mají tendenci se fixovat a stávají se rigidními a rezistentními vůči změně.

Převažující obranná charakterová struktura každého člověka se skrze svoji dispoziční základnu formuje do konkrétní podoby pod vlivem emočního zranění, psychotraumat, neuspokojených základních vývojových potřeb v raném věku a také v důsledku nepříznivých okolností, které mají za následek nesplnění tzv. vývojového úkolu, příslušného vždy k určitému vývojovému období. A konkrétní podoba komplexní obranné struktury se rovněž utvrzuje během eventuálních dlouhodobých zátěžích, při konfliktech či psychotraumatech v průběhu dalšího vývoje člověka. Výsledkem je určitý typ i fyzického výrazu této obrany. S tím také souvisí příslušná forma stereotypního chování a prožívání v zátěži, představující v souhrnu obranný mechanismus, který brání eventuálnímu hlubšímu emočnímu zranění a dalšímu snížení psychické odolnosti člověka vůči zátěži. V konečném důsledku má obranná charakterová struktura „chránit“ osobnost před dezintegrací.

Koncepce charakterových obranných struktur je výsledkem klinických zkušeností a teoretických poznatků řady vynikajících psychiatrů, klinických psychologů a psychoterapeutů, kteří navázali na průkopnickou práci zejména W. Reicha, který publikoval výsledky svého bádání v dané oblasti hlavně v řadě studií ve čtyřicátých a padesátých letech

dvacátého století. K lepšímu porozumění příčinám a podmínkám vzniku charakterových obranných struktur mnohem později výrazně přispěl i americký lékař a psychoterapeut S. Johnson (1991) se svou integrativní charakterologicko-vývojovou teorií.

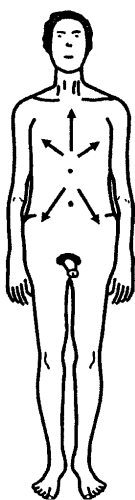
Pro označení jednotlivých typů obranných charakterových struktur se sice používají v psychiatrii a v klinické psychologii známé a uznávané pojmy definující poruchy osobnosti, ovšem tato typologie v případě obran není psychopatologickou typologií. Patologické projevy se eventuálně mohou rozvinout právě na bázi těchto obranných charakterových struktur a odpovídaly by pak nozologickému označení podle MKN-10 a DSM-IV.

V následující části této podkapitoly podáváme stručný přehled jednotlivých obranných charakterových struktur a pokusíme se přiblížit okolnosti jejich vzniku a trvání a také naznačit směr a možnosti terapie. Období, v nichž existují předpoklady pro vývoj jednotlivých obranných charakterových struktur, v podstatě odpovídají psychoanalytickým vývojovým stadiím. Do orální fáze sahají kořeny schizoidní a orální charakterové struktury, do anální fáze základy psychopatické struktury. Na rozhraní anální a falické fáze lze spatřovat počátky masochistické a narcistické charakterové struktury. S tzv. oidipálním obdobím bývá spojována obsedantně-kompulzivní charakterová struktura. Ke vzniku rigidní charakterové struktury ponejvíce přispívá problematický průběh genitální fáze a příčiny utváření symbiotického charakteru, jež si vyžaduje delší proces, mohou být nalezeny v některé z prvních tří raných fází individuálního vývoje jedince.

Jak již bylo uvedeno, vývojově jako první přichází do úvahy schizoidní a orální problematika, protože zahrnují frustraci bazálních vývojových potřeb, které jsou přítomny od narození a mohou být rozeznány velmi záhy po narození.

## SCHIZOIDNÍ OBRANNÁ CHARAKTEROVÁ STRUKTURA

**Typické je rozštěpení mysli a prožitku i pocitu.**



Schizoidní charakterová struktura (schizoidní charakterově obranný postoj) se formuje v raných stádiích vývoje. Základní problém, který člověk celoživotně řeší, je právo na existenci. Souvisí s tvrdým odmítáním matkou v dětství. Matka dítě vlastně nenávidí již před porodem. Prožívá porod jako „nepřátelský“ akt vůči svému tělu, vůči sobě. Nepřátelský vztah k dítěti se pak promítá i do komplikací během průběhu porodu. Porod je traumatizující pro obě strany o to více, že ho neprovází mateřská láska. V dalším velmi senzitivním období vývoje dítě provází chlad až nenávisť, chybí i citlivé a láskyplné haptické kontakty. Matka tvrdě a odmítavě reaguje na potřeby dítěte. Dítě je výrazně emočně vnímavé a citlivé, okolí je však tvrdé. S dítětem se nezachází jemně a láskyplně. Odmítnutí a nepřátelství ze strany matky vyvolávají v dítěti strach, že by byla ohrožena jeho existence, kdyby se pokusilo dosáhnout uspokojení svých potřeb, jestliže by si přálo o něco požádat nebo se prosadit. Odmítnutí nemusí být vždy tak zřejmé, může se projevovat i skrytě. V tom případě děti

bývají často ponechávány samy sobě, nebo bývají různými formami i zneužívány. Postupně se u nich vyvíjí schizoidní charakterový obranný postoj, kterým potlačují svoji energii, která by vedla k jejich aktivitě navenek, a stahují ji do svého nitra.



Energie je u těchto lidí „odčerpávána“ z periferních částí těla (tváře, paže, ruce, genitálie, nohy a chodidla, které jinak umožňují kontakt člověka s vnějším světem) do nitra. Takové „blokování“ přirozeného toku energie a informací mezi tělem a já dítěte postupně vede i k závažným zdravotním obtížím. Energie se především kumuluje v tělesném středu tělesného schématu (do okolí jizvy pupeční) a vlivem napětí pak dochází ke snížení integrity horní a dolní poloviny těla.

Člověk se schizoidní charakterovou strukturou není dostatečně identifikován se svým tělem. Zóny se zvýšeným napětím jsou zjevné ve spodině lebeční, v brániční zóně, dále v oblasti kloubů, a to zejména kyčelních. Tím, že energie „zamrzla v jádru“, dospěl vývoj tělesného schématu do následujícího tvaru: úzké, jakoby stažené tělo, působící ztuhlým dojmem, ohnutá páteř, výraznější hrudní kyfóza, delší úzký krk, stažená pánev a tuhé boky. Silné napětí vykazuje také povrch břicha. Ruce visí dolů jako u loutky, plošky nohou jsou ztuhlé a chladné.

Obličej působí dojmem masky. Člověk s touto obranou neudrží oční kontakt s druhým člověkem. Jeho oči jsou lesklé, pohled směřuje jakoby mimo vnější dění. Velké napětí se projevuje také v artikulačních svalech, někdy lze diagnostikovat i faryngalizaci. Hlas je mechanický, nezúčastněný.

Blok, který se projevuje v nedostatečném energetickém spojení mezi hlavou a zbytkem těla, má mnohdy za následek, že v mysli člověka dochází k ostrým střetům protichůdných tendencí při rozhodování se o výsledném jednání. Lze se např. setkat s arogantním postojem, který je doprovázen pocitem méněcennosti a ponížení.

V důsledku přílišné kumulace energie ve středu těla je nitro tohoto člověka jako „časovaná bomba“, hrozící výbuchem agrese. Taková situace pak vede k ještě výraznějšímu posilování obrany vůči světu.

S. Johnson (1991) doplňuje, že u schizoidního typu jsou časté symptomy chronické úzkosti, objevují se i známky sebedestruktivního chování, nenávisť k sobě, zamítání sebe sama. Charakteristická je neschopnost vyznat se ve svých vlastních pocitech a emocích, což má za následek řadu potíží při navazování trvalejších mezilidských vztahů, zejména jejich intimní stránky. Podle Johnsona schizoidní jedinci vykazují tendenci k disociaci, tj. nejsou si vědomi významu svých pocitů a prožitků, protože ty nereflektují právě probíhající obsahy usuzování. Tito lidé tedy nejsou zcela v kontaktu sami se sebou a s významnými aspekty svého prožívání. Typické je chování jakoby „bez emocí“, člověk se může druhým lidem jevit chladným, jako kdyby byl „mimo sebe“.

Vztah k sobě je částečně narušený. Člověk se sebou zachází „mechanicky“. Může mít i autistické tendence. Člověk s touto charakterovou strukturou není dostatečně identifikován se svým tělem (problematické je tělesné sebepojetí) a nedostatečné je i propojení mysli a těla. Myšlení a cítění nejsou v souladu, v dialogu chybí kongruence.

Lidé se schizoidní problematikou jsou obzvláště ostražití vůči chladu a tvrdosti sociálního prostředí. Takoví lidé pak mají sklon vidět krutost i tam, kde není, a přetrvávat v nepřátelství vůči druhým lidem i vůči sobě samému. Někteří nevědomě (poněkud paradoxně) tíhnou k takovému hostilnímu prostředí, v jakém byly, byť i velmi nedostatečně, uspokojovány jejich rané vztahové potřeby.

Kognitivní styl lidí se schizoidní obrannou charakterovou strukturou je izolován od emocí. Mnohdy je dobře vyvinuté abstraktní myšlení. Na straně druhé tyto lidé mají nižší úroveň sociální inteligence, ale v řadě případů však mají vysokou úroveň obecné intelektové schopnosti.

Pro schizoidní obrannou charakterovou strukturu jsou podle Johnsona příznačné obranné mechanismy projekce, únik, popření, intelektualizace, „spiritualizace“, stažení se, izolace afektu a disociace (projevuje se rozštěp v podobě dvou protichůdných tendencí, a to arogance a pocit méněcennosti a ponížení). Tento člověk se také může odvolávat na „horší“ paměť, zejména jedná-li se o zážitky z traumatizujících interpersonálních vztahů a z konfliktů v dětství.

Člověk se schizoidní obrannou strukturou se prožívá jako špatný, „vadný“. Časté jsou otázky po právu na vlastní existenci a zabývání se intelektuálními a spirituálními aktivitami. Druhé lidi vnímá člověk se schizoidním obranným charakterem jako neakceptující, ohrožující, silnější. Svou vlastní hostilitu tak projikuje do druhých a skrze tuto projektivní identifikaci ji v ostatních také vyvolává. Nedokáže jednat pod tlakem.

V terapii člověk s tímto typem obrany nejvíce potřebuje potvrzení „práva na svoji existenci“, potvrzení toho, že vše v něm je lidské a přirozené, že je na světě vítaný a že z ničeho, co se v něm děje, nemusí mít strach. Při práci s těmito lidmi, spíše než s kýmkoli jiným, by měl psychoterapeut poskytnout alespoň potenciálně podpůrné prostředí a současně dávat pozor na to, aby klienta neutlačoval přílišnou blízkostí a důvěrností, než jakou je vůbec schopen unést. Společně s klientem by měl hledat cestu k novému vnímání vlastních pocitů, místo toho, aby bylo vše zaměřeno na obrany. Využívají se postupy biosyntézy, sanoterapie, dechová cvičení a terapeutické postupy zaměřené na řešení jádrových problémů klienta. Terapeuticky se také pracuje s tělem, neboť tento člověk je příliš „v hlavě“. Příznivý účinek mohou mít také masáže, jež napomáhají rozvedení energie do končetin a periferních částí těla.

Patologický vývoj směřuje podle MKN-10 ke schizoidní poruše osobnosti a ke schizofrenii.

### **Pracovní tabulka:**

#### **Schizoidní obranná charakterová struktura**

**Vznik:** Před, v průběhu nebo již po porodu. Ovšem plně se rozvíjí v raném dětství. (Dítě ještě nerozlišuje mezi sebou a matkou.)

**Etiologie:** Dítě se cítí odmítnuté. (Není vítané, nemá právo na existenci.) Odmítání nemusí být vždy tak zřejmé, může se projevovat i skrytě. Dítě může být ponecháno samo sobě, nebo může být i zneužíváno. Postupně se u těchto lidí vyvíjí schizoidní obranný charakterový postoj, kterým potlačují svoji energii umožňující reagovat navenek a „stahují ji“ do svého nitra. Drží se vlastně uvnitř sebe, aby nebyli zničeni a „nerozpadli“ se.

**Matka:** Plná nenávisť, odmítavá, tvrdá, nepřátelská, chladná, necitlivá na potřeby dítěte. Trestá životní energii dítěte.

**Základní přesvědčení člověka s touto obrannou:** „U mě je něco zvrácené, jsem špatný, vadný. Nemám právo existovat. Když ukážu svoji životní sílu, zničí mě. Žiji na nesprávné planetě. Nemohu důvěřovat svému tělu. Nepatřím sem. Nejsem tady na světě vítaný.“

**Charakteristika:** Energie nedosahuje povrchu těla, nebo je odčerpávána z periferních částí těla (ruce, tváře, genitálie, nohy atd.), které jinak umožňují kontakt s vnějším světem. V obličejí je rovněž málo energie, což se projevuje „chladným“ výrazem, který je doplněn úzkými rty a „mechanickým“ hlasem. Kvůli blokům pak neproudí energie a informace mezi tělem, osobností a jádrovým já. Vnitřní náboj se hromadí v tělesném středu a vlivem napětí dochází ke snížení integrity horní a dolní poloviny těla. V důsledku přílišného městnání energie je nitro takového člověka jako „bomba“ a mnohdy hrozí výbuchem agrese. Taková situace pak vede k ještě výraznějšímu stahování energie k jádru osobnosti, k posílení jeho obrany. Dítě potlačuje životní energii a stahuje se do svého nitra. „Trestá“ tak vlastní životní energii, aby se vyhnulo zničení zvenku. Pod hrozbou rozpadnutí se drží uvnitř sebe.

**Náhled na existenci:** „Nemám právo na vlastní existenci. Mohu existovat, když neprojevím žádné potřeby. Zůstávám izolovaný. Nenávídím tě, protože tě přesto potřebuji. Okolní svět je nebezpečný. Jsem nějaký divný. Když tomu nechám volnost, mohl bych i někoho zabít. Musím si všechno dopředu vypočítat. Skutečné odpovědi na otázky života jsou spirituální povahy a ‚z jiného světa‘.“

**Pocity, prožitky:** V pozadí je šedost. Člověk nerozvine svůj citový život. Neumí navázat kontakt s pocity. Návist matky způsobuje panický strach z pocitů a prožitků, kdyby si je připustil, mohly by vést ke zničení. Přetrvává strach, že potlačovaná životní energie (umožňující navenek se projevující akcí, jednáním) nakonec exploduje a prozradí ho. Pocit ohrožení. Zmatenost. Člověk se cítí izolovaný, cizí sobě samému i mezi druhými lidmi.

**Silná obrana proti:** hrozbě zničení, konfliktním pocitům, kontaktu.

**Obranné mechanismy:** Projekce, popření, intelektualizace, spiritualizace, stažení se, izolace afektu, únik a disociace. Klient může mít subjektivně pocíťovanou horší paměť, obtížně si vybavuje především traumata a zážitky konfliktů z dětství.

**Kortikální kontrola:** Nadměrně se kontroluje.

**Reakce na stres:** Únik. Vytvoření bloků. Filtrování informací.

**Vnitřní síly:** Tlak nasměrovaný ven.

**Reakce:** Stahuje se dovnitř.

**Tok energie:** Energie je „zamrznutá“ v core. Stahuje se z periferií do hypotetického středu těla. Uvnitř je pak explozivní energetický náboj pro afekt.

**Působící síla:** Subjektivně prožívaný tah směrem nahoru.

**Smysl struktury těla:** Všeobecné napětí zabraňuje projevení vnitřních impulzů a přijímání vnějších podnětů.

**Tělo:** Napjaté tělo, obvykle úzké, stažené, působící dojmem ztuhlosti. Nekoordinované, neintegrovane pohyby. Studená pokožka. Mírně ohnutá páteř není fyziologicky pohyblivá. Pravá a levá polovina těla se k sobě „nehodí“. Paže visí dolů jako u loutky.

**Napětí:** Hlavní oblasti napětí jsou ve spodině lebeční, v bránici, v kloubu ramenním, kyčelním i v ostatních kloubech dolních končetin. Velké napětí se projevuje také ve svalových skupinách zabezpečujících artikulaci.

- Hlava: Pokouší se „odvrátit“, zdá se být nespojená s tělem. Není v jednom úhlu s tělem (není v ose těla). Silné napětí na spodině lebeční. Maskovitá, někdy přetrvávající hněvivý výraz v obličejí. Rty a ústní koutky mohou být v obličejí „umístěny“ asymetricky.
- Oči: Lesklé, prázdné. Nejsou ve skutečném kontaktu. Silné svalové napětí v okolí očí. „Uzavřený“ pohled. Vyhýbá se očnímu kontaktu.
- Krk: Dlouhý, úzký krk, často štíhlý. Jako kdyby byl blokový „drátky“.
- Plece: Malé, „přibité“ na stěnu hrudníku.
- Ramena: Dlouhá, nemají švih a často jsou neobvykle zkroucena. Paže visí dolů jako u loutky.
- Záda: Ohnutá páteř.
- Hrudník: Stažený „obručí“ a nenapomáhá dechové vlně.
- Povrch břicha: Silné napětí.
- Pánev: Stažená. Boky jsou tuhé, „přibité“.
- Nohy: Dlouhé. Chodidla jsou ztuhlá a studená, často vytočená ven. Prsty jsou někdy ve tvaru kladívek. Obtíže při rotaci v nártu. Tělesná váha ve stojí je obvykle na vnějších stranách chodidel.

**Pohyby:** Mechanické, trhavé, neharmonické.

**Hlas:** Napětí ve svalech řečových orgánů. Hlas je mechanický, „nezúčastněný“, matoucí. Někdy „šroubované“ vyjadřování. Jestliže se člověk se schizoidní obrannou strukturou zasměje, smích zní zvláštním, poněkud hrozivým způsobem.

**Dýchání:** Povrchní. Paradoxní vzorec dýchání. Při nádechu může být břicho vtahované.

**Látková výměna:** Vysoce sympatikotonní.

**Vývojová fáze:** Založeno již od novorozeneckého období.

**Fantazijní obrazy:** Čarodějnice, hrozba, smrt.

## SCHIZOIDNÍ TYP

**Sebeurčení:** „Mám právo existovat.“

**Negativní reakce okolí:** Nepřátelství, chlad.

**Reakce organismu:** Napětí v důsledku zlosti až vzteku, avšak chronická frustrace z okolí nutí k potlačení těchto emocí.

**Popření sebe:** Retroflexní postoj: „Nemám právo existovat.“

**Svalový vzorec:** Stažení v kloubech, šíji a bránici. Ohnutí páteře. Oči plné úzkosti.

### **Přízpůsobovací proces**

**Ego – kompromis:** „Budu žít ve svém těle bez pocitů a světa se budu dotýkat jen svými myšlenkami.“

**Charakteristické chování:** Intelektualizace, spiritualizace, stažení se, ústup.

**Ideál sebe:** „Budu někým jedinečným.“

**Iluze domluvy:** „Můj život je můj duch, moje myšlenky, moje jedinečnost. Jejich prostřednictvím mohu žít.“

**Iluze osvobození, úlevy:** „Budu zničený.“

**Terapeutický přístup:** Nejdříve je nutný jemný zdrženlivý postoj a dostatek prostoru pro orientaci klienta pro něho v nové situaci. Vstřícný dialog o jeho představách a zejména naslouchání a potvrzení vážnosti tomu, co klient sděluje.

**Strategie kontaktu:** Naslouchání, trpělivost, tolerance s cílem porozumět světu klienta.

**Opatření:** Cvičení s uzemňováním. Improvizace kontaktu. Sanoterapeutická práce s klouby na nohou s cílem dodat energii do končetin a poté do dalších periferních částí těla. Postupy biosyntézy, dechová cvičení. Technika „plavání“. Práce „nosiče“. Sanoterapeutické postupy k posílení integrovaného fungování těla jako celku.

**Strategie terapie pro terapeuta:** Potvrď právo na existenci. Podepři odhodlanost klienta jít do terapie, „něco“ se sebou udělat, posunout se, změnit. Podpoř jeho reaktivující se životní impulz. Soustřeď se na kontakt. „Podrž“ jeho osobnost hic et nunc. Pracuj v jejím tempu. Postupuj pomalu a citlivě dopředu, protože klient má silný sklon ustupovat, vracet se zpět. Pracuj s bezpodmínečným přijetím klienta sebe sama, s jeho postupným akceptováním své osobnosti takové, jaká je a se sebou v celistvosti. Pomoz mu definovat sebe, poskytni šanci klientovi kontaktovat se s jeho vlastními hranicemi, ale zatím neodkrývej hluboké problémy, pokud klient nemá všechno, co potřebuje k zacházení s nimi a k jejich zpracování. Příliš rychlá práce může způsobit jeho fragmentaci. Klient považuje změnu za nebezpečnou a má tendenci „jít do komatu“. Integruj kontakt a ústup. Minimalizuj stres a rozrušení. Zvolna posiluj identifikaci s pocity a prožitky. Pomoz klientovi naučit se dávat najevo to, co se děje v mysli a v těle a posiluj jeho kongruenci. Nedávej příliš mnoho otázek. Řekni: „Rád bych věděl zda...“ Terapeuticky se ho dotýkej, jen když to potřebuje, ne přespříliš. Posiluj celistvost člověka tím, že zlepšíš „komunikaci“ všech jeho částí. Bud' vždy kongruentní a autentický. Poskytuj alespoň potenciálně podpůrné prostředí, ale pouze tak, aby mu to nebránilo v jeho vykročení jako dospělého člověka a současně dávej pozor na to, aby jsi ho nebrzdil přílišnou blízkostí a důvěrností víc, než je schopen unést. Společně s ním hledej cestu k novému vnímání jeho vlastních pocitů a prožitků, včetně míst v těle „kde se to děje“, místo toho, aby bylo vše zaměřeno na budování obrany nebo na tzv. správné vnímání sebe „dle příručky“. Průběžně terapeuticky pracuj s tělem klienta, protože klient byl příliš dlouho „v hlavě“.

**Sondy směrem ke klientovi:** „Všechno v tobě je lidské. Jsi tu velmi vítaný. Všechno, co cítíš, je přirozené. Z ničeho, co je v tobě, nemusíš mít strach. Patříš sem. Není v tobě nic, co

by mě znechutilo. Přál bych si, abys přijal sebe takového, jaký jsi ve skutečnosti, s přednostmi i s nedostatky, a abys byl k sobě vstřícný. Není na tobě nic opovrženého. Je úplně přirozené, když chceš...“

**Přijetí, přebírání:** Přijmi také svoje negativní emoce, otevři se pozitivním emocím, neboj se na chvíli se odevzdat a nemuset „nic řešit“. Nechej na chvíli převzít režii druhého (sociální oporu). Přijmi možnost ústupu.

## ORÁLNÍ OBRANNÁ CHARAKTEROVÁ STRUKTURA

Orální obranná charakterová struktura je vyjádřena zejména závislostí s pocitem vnitřní prázdnoty a osamělosti. Na vývoji orální charakterové struktury se podepisuje mnoho nepříznivých okolností, zejména v období kojeneckém. Dítě strádá. Jeho základní zkušeností je deprivace. Matka buď odmítá uspokojovat potřeby dítěte nebo naopak, matka plní své funkce technicky dobře, ale chybí jí citový kontakt. Jindy zase dítě verbálně neodmítá, ale prakticky se nechce o dítě starat, protože je příliš zaměstnána.



Dítě nemá dostatek tělesného kontaktu, pozornosti, potravy, podpory. Dítě pláče a matku to může i zlobit. V některých rodinách matka z nějakého důvodu není k dispozici v rámci péče o dítě. U dítěte se nevyvine důvěra. Když matka neuspokojí potřeby dítěte, dítě se vzdá. Na rozdíl od schizoida, kdy se jedná o odmítnutí, u orálního charakteru jde o deprivaci a odtažení, předčasné odpoutání.

Předčasné odpoutání může souviset i s tím, že dotyčný buď ztratil matku (matka například záhy po porodu zemřela), nebo se jí musel na dlouhou dobu vzdát. Takové dítě pak v průběhu svého vývoje vykazuje předčasnou zralost, jako by rychlou samostatností chtělo překonat pocit, že „něco“ ztratilo. Člověk s tímto typem charakterové struktury často jako dítě zažíval zklamání nebo frustraci z touhy po lásce a ve snaze zajistit si blízkost, kontakt a oporu svých nejbližších. Takové dítě je nuceno upustit od závislé pozice na matce dříve, než dojde ke splnění příslušného vývojového úkolu, a tak se v něm udržuje chronická potřebnost lásky, bezpečí a jistoty a rozvíjí se závislost na každém, kdo k němu projeví cit. Je to však pro toto dítě pouze náhražka za matku. V pozdějším dětství nebo na začátku dospívání jsou pro tyto lidi typické depresivní fáze z pocitů prázdnoty.

Z energetického hlediska je orální struktura stavem nedostatečného nabití. Energie není zadržována v jádru jako u schizoidního typu. Sice směřuje i do periferií, ale jen velmi slabě.

Tělo orálního typu je obvykle velmi hubené a dlouhé, avšak na rozdíl od schizoidního typu nepůsobí staženě a ztuhle. Svalstvo je málo vyvinuté, měkké a hypotonické. Ruce jsou hubené a dlouhé, nohy tenké a „kostnaté“, budící dojem, že ani nemohou tělo unést. Patrné také bývají znaky tělesné nezralosti: u žen i u mužů je to především nezvykle malá pánev, skromné tělesné ochlupení, časté jsou problémy s dosahováním orgasmu. U žen je někdy opožděný celý proces růstu, což dodává jejich tělu dětský vzhled.

Na obličeji jsou výrazná velká ústa, plné rty. V očích převažuje tázavý, prosebný, nevěřící pohled, častá je tendence ke krátkozrakosti. Hlas bývá slabý, smutný, „dětský“.

Člověk s orálním obranným charakterem správně nedýchá, což částečně vysvětluje jeho nízkou hladinu energie. Dech je mělký, prozrazující neschopnost hlubokého nádechu.

Takovému člověku připadá těžké „*stát na vlastních nohou*“, a to doslovně i obrazně. Má sklon „věšet se“ na druhé, opírat se o někoho. Tato tendence bývá často paradoxně maskována přehnaným zvýrazňováním samostatnosti. Orální osobnost neumí být sama, má zvýšenou potřebu kontaktu s druhými lidmi, jejich blízkosti a pomoci.

Podle Johnsona (1991) člověk s orálním obranným charakterem není neschopen identifikovat a konkrétně vyjádřit své potřeby. Příznačné je zamítání, popírání vlastních potřeb a možnost skutečně požádat o konkrétní pomoc. Pramení to z pocitu, že jeho potřeby stejně nemohou být nikdy uspokojeny, že nic nemůže a že nic nedokáže.

Pro kognitivní styl jsou charakteristická určitá kolísání mezi kreativním způsobem myšlení v období vysoké aktivity spojené s euforií a mezi chabým úsudkem a nesprávným vnímáním reality v depresivním období během nečinnosti.

V zátěži vystupují do popředí především obranné mechanismy popření, projekce, identifikace, přemístění a obrácení se proti sobě. U kompenzovaného člověka s orálním charakterem je patrná určitá grandiozita zasahující celou lidskou bytost a projevující se mj. v přehnané odpovědnosti za druhé ve snaze uspokojit jejich potřeby a maskovat tak potřeby svoje.

Takový člověk je přesvědčen, že selhání ve snaze uspokojit potřeby ostatních povede k jeho opětovnému opuštění. Stává se, že na sebe nabírá více starostí a odpovědnosti za druhé, než sám může reálně unést. To pak vede k jeho zhroucení a kolapsu. Častý únik do nemoci je všeobecně kulturně přijímaným způsobem, jak si opatřit péči ostatních. To pramení z dětské zkušenosti, že nemoc je jednou z mála možností, jak si zajistit péči svých nejbližších.

Ve vnímání sebe sama dochází u člověka s orálním charakterem k paradoxu. V kompenzovaném stavu se vidí „silný“ v dávání, v lásce, ve výchově atd., ve stavu kolapsu se člověk prožívá jako slabý, vyčerpaný, nedostatečný. Rozštěp je také patrný ve způsobu ostře odlišném vnímání takového člověka druhými lidmi. Buď je považován za člověka, který může poskytnout potřebnou podporu, nebo za člověka, který je slabý a neschopen postarat se sám o sebe, natož o druhého člověka.

Závislost orálního jedince bývá zjevná, avšak lidé v jeho okolí cítí, že pro něj nikdy nemohou udělat dost. Cítí, že je jako „bezedná studna“, která nikdy nemůže být naplněna.

Po emoční stránce jsou lidé s uvedenou obrannou strukturou náchylní k cyklotyminím vzorcům prožívání, střídají se u nich období až lehce euforické a povznesené nálady s obdobími fyzického zhroucení a deprese. Chybí jim kontakt s vlastními impulzy agresivity a hostility, patrný je sklon ke vznětlivosti a žárlivosti. Často vykazují strach z osamělosti a z opuštění.

Patologický vývoj podle MKN-10 směřuje do klinického obrazu závislé poruchy osobnosti.

### **Pracovní tabulka:**

#### **Orální obranná charakterová struktura**

**Základní přesvědčení:** „Pro mě tu nikdo není. Všichni mě opustí. Jsem úplně sám. Nemohu mít žádnou oporu. Cítím, že mám příliš malou váhu v dialogu. Nikdy toho nemohu dostat

dost. Jestliže vyjádřím své potřeby, budu stejně nakonec zklamaný, opuštěný, odmítnutý.“ Člověk s touto obrannou strukturou předpokládá, že uvolnění bloků a prožití uspokojení z naplnění svých potřeb povede nakonec k opakování bolestných zklamání a k deprivaci. Jeho selhání ve snaze uspokojit potřeby ostatních vede k opakovanému pocitu osamělosti.

**Kompenzovaný orální obranný charakter:** „Nikoho nepotřebuji. Zvládnou to sám. Nepotřebuji žádnou oporu. Nepotřebuji nic, mohu si vše udělat sám. Našel jsem sám sebe v dávání a v lásce k druhým. Mé vlastní potřeby jsou příliš velké, ostatní by zahltily.“

**Charakteristika:** Pripadá mu těžké stát na vlastních nohou, a to jak doslova, tak i obrazně. Má sklon „věšet se“ na druhé, držet se druhých. Také svým postojevým vzorcem se zdá být jako „zavěšený“, „uchycený“, jen aby nebyl sám. Cítí se bezmocný a má strach z opuštění. Potřebuje se o někoho opírat, aby nezůstal „v zadu“. Tato tendence však bývá často maskována přehnaným zvýrazňováním samostatnosti. Člověk s orální obrannou charakterovou strukturou neumí být sám, má zvýšenou potřebu kontaktu s druhými lidmi, jejich blízkosti a pomoci od nich. Neustále je „hledá a nenalézá“! Hledá posílení, ale nedokáže ho přijmout. Trpí pocitem vnitřní prázdnoty. Neustále očekává od druhých, že ji vyplní, i když to někdy dělá tak, jako by to byl on, kdo poskytuje oporu. Vnitřní prázdnota je důsledkem potlačených tužeb, které by jinak vedly k osvobozujícímu pláči a hlubokému prodýchávání se, kdyby je dokázal vyjádřit. Dalším znakem tohoto typu lidí je, že zaujímají postoj, jako by jim stále někdo něco „dlužil“. Celým svým zjevem vyvolávají dojem, že nikdy nebyli zcela „naplnění“, a to jak nutričně, tak i emocionálně. Jsou zde patrné důsledky mechanismu sebepopření v procesu přizpůsobování se omezujícímu prostředí. Člověk s touto obranou má sklon být závislý. V jeho představách existují temné vyhlídky do budoucnosti. Touží, aby se o něho ostatní starali. Ale neposiluje ho to! Má problémy zvládnout svět dospělých. Je rychle znechucený. „Složí se“, když se dostane do úzkých. Často je unavený. Má sklony k depresi. Vyžaduje hodně pozornosti, ale nemá zážitek podpory, když se mu pozornosti dostane. Je u něj výrazná neschopnost identifikovat a vyjádřit své potřeby. Příznačné je zamítání, popírání vlastních potřeb, neschopnost přiblížit se druhým a požádat o pomoc. Závislost orálního jedince bývá zjevná, avšak lidé v jeho okolí cítí, že pro něj nikdy nemohou udělat dost. Typické je, že řekne „nemohu“ tam, kde vzhledem k situaci je nutno říci „nechci“.

**Kompenzovaný orální obranný charakter:** Je u něho patrná určitá grandiozita, projevující se mj. v přehnané odpovědnosti za druhé, ve snaze uspokojit jejich potřeby. Má strach přenechat péči o sebe druhým. Pokouší se být tělesně silným, aby se mohl postarat sám o sebe. Přehnaná nezávislost, přebírání odpovědnosti a starosti za druhé, které nemůže unést, vedou ke zhroucení a ke kolapsu. Poté se prožívá jako extrémně slabý, vyčerpaný a nedostatečný.

**Náhled na existenci:** „Mohu mít potřeby, když nejsem nezávislý. Zůstávám závislý.“

**Pocity, city:** Strádání vede k pocitu slabosti. Strach, že bude opuštěný a ponechaný sám sobě. Bezmocný. Cítí se být nenaplněný, prázdný, nejistý. Ve vnímání sebe sama dochází u orálního charakteru k rozštěpu. V kompenzovaném stavu klade důraz na dávání, lásku, ale ve stavu kolapsu se člověk prožívá jako slabý, vyčerpaný, nedostatečný. Po emoční stránce jsou orální typy náchylní k cyklotymním vzorcům prožívání, střídají se u nich období euforické a povznesené nálady s obdobím fyzického zhroucení a deprese. Chybí jim kontakt s vlastními impulzy agresivity a hostility, patrný je sklon ke zvýšené iritabilitě a žárlivosti. Často vykazují strach z osamělosti a z opuštěnosti.



**Obrana proti:** prožívání bolesti z izolace, z prázdnoty, z hrozby, že bude opuštěný.

**Kompenzovaný orální obranný charakter:** Současně bolest, když odmítá oporu a pomoc.

**Obranné mechanismy:** Popření, projekce, identifikace s autoritou, přemístění.

**Kortikální kontrola:** Nižší úroveň kontroly projevující se problémy se sebeovládáním, seberegulací, sebekázní.

**Reakce na stres při přetížení informacemi:** Volání o pomoc. Závislost. Pocit nedostatečnosti.

**Vnitřní síla:** „Bud' dospělý, stůj na vlastních nohou.“

**Reakce:** „Zlomí se“.

**Tok energie:** Nízká energetická hladina a navíc rychle ubývající energie. Energie není zadržována v core jako u schizoidního typu obrany, plyne do periférií, ale velmi slabě. Permanentní nedostatek energie.

**Působící síla:** Subjektivně vnímaný tah „nahoru“.

**Smysl struktury těla:** Tělo se zdá být dětské, vyjadřuje nedostatečnosti, aby člověka ostatní neopustili, aby se o něho pečovalo. Vyjadřuje závislost.

**Tělo:** Je obvykle hubené a dlouhé, ale na rozdíl od schizoidního typu nepůsobí tak staženě a ztuhle. Svalstvo je slabé, málo vyvinuté, měkké, hypotonické. Tělo klesá směrem dolů. V těle pociťuje protitah, ale nereaguje. Tenké, bledé, bez energie. Ruce i chodidla jsou malá a studená. Nohy budí dojem, že nemohou tělo unést. Často lze nalézt tělesné znaky nezralosti – nezvykle malá pánev, skromné tělesné ochlupení. U žen je někdy opožděný celý proces růstu, což dodává tělu dětský vzhled, nebo jindy bývají měkká, nadměrně vyvinutá prsa a měkké vystouplé břicho. Kůže je tenká, snadno se utvoří modřiny. Časté jsou problémy s dosahováním orgasmu. U žen je rychlý a nejde do hloubky, stále jako kdyby chyběla baterie pro „dobití“ energií. U mužů je pomalu nastupující a nedostatečná erekce a často ejakulatio praecox. Přitom muž působí dojmem člověka stále myslícího jen na sebe. Pánev u obou pohlaví je poněkud předsazená a zadnice je „visící“.

**Kompenzovaný orální obranný charakter:** Tělo „revolverového hrdiny“. Není vpadnuté. Může vypadat spíše falicky. Vytrénovaný.

**Napětí:** Blok v oblasti brady a ztuhlý krk.

- Hlava: Předsunutá. Výrazná velká ústa, plné rty. Dětský vzhled.
- Oči: Převažuje tázavý, prosebný, slabý, „nevěřící“ pohled, častá tendence ke krátkozrakosti.
- Krk: Vysunutý. Hrdlo je střídavě zúžené a naopak „ochablé“. Tito lidé mají problémy s kousáním a sáním.
- Plece: Zaoblené dopředu.

- Ramena: Slabá, bezmocná. Paže visí ochable podél těla.
- Záda: Všechna zakřivení jsou přehnaná.
- Hrudník: Úzký. Celkově vpadlý, s prohlubní.
- Povrch břicha: Zaoblený dopředu.
- Pánev: Malá. Odkloněná od páteře, nahnutá dopředu. Tlak zejména na sakrální zónu.
- Nohy: Dlouhé. Propnutá kolena. Plochá chodidla.

**Pohyby:** Paralyzované, bez energie, „unavené“.

**Hlas:** Slabý, smutný, dětský, mnohdy obtíže s artikulací.

**Dýchání:** Ploché, mělké. Neprodýchává se správně (člověk nemůže provést hluboký nádech), což vysvětluje jeho nízkou hladinu energie. A kruh se uzavírá, protože mělké dýchání nepřináší dostatek vzduchu do plic, chybí kyslík nutný pro biochemickou přeměnu látek a k získávání energie (zejména oxidativní fosforylaci). Dech a pohyb nejsou sladěné, což ho lehce neurotizuje. Neurotická reakce mu činí potíže, například když má přejít přes volné prostranství, kde by se na něho mohlo dívat více lidí.

**Látková výměna:** Parasympatikotonní. Neefektivní.

**Vývojová fáze:** Orální.

**Obrazy:** Pochmurná budoucnost. Pustá, prázdná místa. U kompenzovaného orálního typu „Muž sám v divočině, konfrontovaný s nejasnou perspektivou“.

**Terapeutický přístup:** Důležité je být podporující, pozorný a vstoupit do kontaktu se starostmi klienta a bez ohledu na míru jejich závažnost obsahu sdělovaného, připustit jeho závažnost pro klienta. Na straně druhé musí být toto přijetí kompenzováno projevem důvěry ve schopnosti klienta řešit vlastní problém.

**Strategie kontaktu:** Taková blízkost, která současně neblokuje, ale stimuluje aktivitu klienta. Poskytnout dostatek času.

**Opatření:** Podporuj ho v posilování těla. Vhodný je běh. Vzpírání, zdvihání zátěže. Karate. Tanec. Podporuj hluboké dýchání. Nadechování. Energetizující dýchání. Rolfing. Biosyntéza. Uvědomování si držení těla. Dilatace hrudníku. Sanoterapeutická práce s klouby (chodidla, nohy, ruce a paže, které jsou ochable visící podél těla). Sanoterapeutická práce s pažemi, které zatím nejsou schopné vytvořit náruč.

**Strategie terapie pro terapeuta:** Práce s bariérami, které brání procesu posílení. Podpora klienta v postupném přijímání posílení. Blízkost a poskytnutí podpory v krizových místech procesu posílení. Podpora snahy při přebírání odpovědnosti za sebe, odpovědnosti za své činy ze strany klienta. V procesu terapie je nezbytně nutné s klientem nalézt cestu k nastartování pocitu důvěryhodnosti v něm samotném, spolehlivosti ve vlastní síly tak, aby nakonec byl sám sobě oporou. Pracuj s tématy: pocit jistoty a pocit ztráty. Pomoz mu naučit se napřáhnout ruce a dosáhnou jistoty i citového uspokojení. Pomoz mu dostat se do kontaktu s jeho hněvem, projevit ho i unést a také smysluplně zpracovat. Pomoz mu objevit posílení. Pracuj s

jeho osamělosti. Aplikuj postupy bioenergetiky a biosyntézy. Je třeba pracovat s dechem. Citlivě pracuj se skutečností, že klienti s touto obrannou charakterovou strukturou bývají silně upnuti na terapeuta, mají „věrné oči“ a jako kdyby ho lačně „vysávali“.

### **Sondy:**

Typ obrany – závislý, získávající: „Jsem tu pro tebe. Budu tě podporovat. Můžeš mít, co potřebuješ. Podržím tě. Pomohu ti najít nějakou cestu. Budu při tobě, než se postavíš na své dospělé nohy.“

Typ obrany – nezávislý, soběstačný, (kompenzovaný orální typ): „Mít potřeby je dobré. Nepotřebuješ udělat všechno sám. Pomohu ti být silný. Přijmout oporu je dobré. Budu při tobě, než se postavíš na svoje dospělé nohy.“

**Převzetí:** Přeber váhu těla. Přeber váhu narovnaných ramen. Drž kolena protlačená. Vtlačuj hrudník. Drž hlavu vzpřímeně a s předsunutou bradou. Fixuj klienta na podlaze – když se pokusí uniknout, nauč ho vnímat rozdíl v pocitech a prožitcích, když za sebe zabouje a když unikne do slabosti a „přenechá sebe“ autoritě terapeuta. Posiluj dospělost klienta, vnitřní potřebu jeho samostatnosti (v pocitech a prožitcích) skrze rozvíjení jeho schopnosti postarat se o sebe, zaboujet v zátěži.

## **ORÁLNÍ TYP**

**Sebeurčení:** „Mám právo potřebovat.“

**Negativní odpověď okolí:** Deprivace.

**Reakce organismu:** Náhlá zlost. Chronická frustrace nutí k potlačení reakce organismu.

**Popření sebe:** Retrofektivní postoj: „Nepotřebuji!“

**Svalový vzorec (holding pattern):** Držení v oblasti čelisti, hrdla a ramen s projevenou touhou v očích.

**Přízpůsobovací proces:** Ego – kompromis: „Budu žít mimo dosah a se světem se budu kontaktovat oddaností a čekáním.“

**Charakteristické chování:** Smysl pro romantiku. Toužení, přítulnost, kolaps.

**Ideál sebe:** „Budu milující a oddaný.“

**Iluze domluvy:** „Nejsem v nouzi. Dávám a jsem potřebný.“

**Iluze osvobození, úlevy:** „Budu opuštěný a bezmocný.“

## **SYMBIOTICKÁ OBRANNÁ CHARAKTEROVÁ STRUKTURA**

**Lidé s touto obrannou charakterovou strukturou nevykazují specifické držení těla.**

S. Johnson (1991) pokládá období okolo třetího roku života dítěte za klíčové pro vývoj vlastní identity, jež se formuje v procesu separace ze symbiotického vztahu s matkou. V tomto kontextu hovoří Johnson o možném nastartování i symbiotického obranného charakteru.

Jeho kořeny spatřuje zejména v problémech dítěte během tohoto kritického období, kdy rodiče svým nepatřičným obviňováním a trestáním nebo úzkostnými reakcemi blokují takové chování dítěte, které by jinak vedlo k jeho přirozenému uvolnění ze symbiotického vztahu s matkou, k projevení vlastní rozdílnosti a k sebeurčující identitě. Rodiče, kteří nepodporují separační proces a přeceňují význam symbiózy, význam závislosti dítěte na nich samotných, vytvářejí v mysli dítě základy pro jeho budoucí komplikované mezilidské vztahy.

Člověk symbiotického charakteru nemá příliš prostoru pro utváření vlastních hranic kolem **já**, nerozvíjí se v něm pocit a zážitek vlastní identity, nevyvíjí se zdravá sebekoncepce a sebeurčující chování. Vlastní „identitu“ nachází ve vztazích k blízkým, s nimiž splývá. Nedostatečné vymezení jasných a pevných hranic vede mimo jiné k nejistotě v oblasti odpovědnosti za sebe sama, za svoje chování a vede ke zvýšené citlivosti na emociogenní podněty ze strany jemu blízkých lidí a také k úzkostným reakcím.

Nejasné hranice mají také za následek deformovaný způsob vnímání reality, což může vést buď k přehnané externalizaci zodpovědnosti a k neurotické vině, nebo naopak k pocitu zvýšené vlastní zodpovědnosti za druhé lidi. Lidé s uvedeným typem obrany pak mívají potíže s rozlišením toho, co je jim skutečně příjemné a co je jim skutečně nepříjemné. Rovněž mívají potíže s vyjasněním si vlastních postojů, názorů a přesvědčení.

Lidé se symbiotickým obranným charakterem častěji než jiní lidé používají obrany já typu splynutí, popření, projekce a také často manipulují, aby se dostali do těsné blízkosti člověka, kterého chápou jako svoji sociální oporu. Jestliže se jim to nedaří, cítí samotu a prázdnotu, které v nich následně vyvolávají úzkostné stavy. Ostatní lidi vnímají jako je pohlcující nebo je opouštějící. Sami jsou okolím vnímáni jako manipulující.

Obvyklá je emocionální nestabilita, charakterizovaná vztekem a hněvem na to, že byl opuštěn nebo pohlčen. Vlastní agresivita je však typicky popírána a projikována.

V terapii pomáháme hledat hranice v těle a hranice já klienta v pocitech, v myšlení, v jednání a v kontaktu s druhými. Patologický vývoj symbiotického obranného charakteru směřuje podle MKN-10 k hraniční poruše osobnosti.



## MASOCHISTICKÁ OBRANNÁ CHARAKTEROVÁ STRUKTURA

### Vývojově patří na rozhraní fáze anální a fáze falicko-oidipální.

Člověk s masochistickou obrannou charakterovou strukturou řeší problém „být nezávislý“. Tato charakterová struktura se vyvíjí u dětí, jejichž matky byly dominující a takzvaně se obětovaly v péči o dítě. Zatímco matka byla nadměrně starostlivá a malicherně kritická, otec byl spíše pasivní a podřizoval se. Výrazně je v rodině zdůrazňované jídlo a vyměšování. Důraz je kladen na materiální potřeby. Matka bývá perfekcionista, s nadměrným, až neurotickým důrazem na čistotnost. Často také bývá ctižádostivá a chce, aby její dítě bylo úspěšné. Její láska závisí na poslušnosti dítěte, poskytne náruč „za něco“. Dítě se v takové atmosféře cítí být pod tlakem, nemůže být přirozené, hravé a spontánní. Na každý pokus prokázat svou přirozenou

spontánnost a vyvíjející se samostatnost matka reaguje tak, že v něm navozuje za toto chování pocity viny. Dalo-li dítě průchod svým pocitům formou vzdoru nebo znečištění se, muselo potom bojovat se silnými pocity ponížení, studu a odmítání ze strany matky: „Podívej se, jakou mi působíš bolest! Buď hodný chlapec/děvče a dělej mamince radost!“ atd. S tím se také váže vznik úzkosti, vyvolané obavou, aby nebylo rodiči zavrženo nebo zbaveno jejich lásky, kterou mu poskytují pouze „za něco“. Láska je podmiňována poslušností. Cítí se nucen a obviňován. Ve snaze o udržení kontaktu s nejbližšími a o získání pro sebe potřebné podpory se dítě typicky vyvíjí navenek v poddajnou a servilní osobnost, která se však může vyznačovat i tvrdohlavostí (pasivní agresí). Je zde založeno na rozštěpení kongruence.

Tato obranná charakterová struktura se tedy vytvořila proti pocitům ponížení, studu a viny za potřeby přirozené věku, které však nebyly matkou přijímány. Lidé s touto obrannou strukturou netouží trpět, ale přesto trpí, protože potřebují být přijímáni pro ně klíčovou osobou. Proto si nemohou dovolit navenek dát najevo některé svoje přirozené potřeby. Trpí, protože se domnívají, že situaci, která vede k jejich strádání, nelze změnit. Navenek tento stav trpně snášejí, ale hluboko v sobě mohou mít pocity zcela opačné, jako je nepřátelství, negativismus, zlost, nenávist nebo paradoxně i nadřazenost. Trpí, ale zůstávají submisivní a jsou tak alespoň negativističtí. Mají pocit neustálého tlaku a mnohdy upadají do sklíčenosti.

Masochistická obranná struktura je energeticky silně nabitá, avšak toto napětí je všemi „prostředky“ zadržováno a tlumeno. Právě pro toto zadržování emočního procesu je nutné, aby vnější části těla svým silným svalovým pancířem bránily projevení hněvu, nenávisti, zlosti a agrese.

Člověk s touto obrannou charakterovou strukturou má obvykle kratší svalnaté až zavalité tělo, silný „sražený“ krk (tzv. býčí šíje) a nedůvěřivé oči. Také pas je silný a pánev je předsunuta. Hýždě jsou tím poněkud zmenšeny a jsou ploché. Tento postoj připomíná postoj „psa se staženým ohonem“. Často je patrné nezvykle silné tělesné ochlupení. U většiny lidí s masochistickou charakterovou strukturou má kůže sklon k hnědému zabarvení, což je důsledkem stagnujícího napětí. Jejich pohyby jsou pomalé, rozvážené a působí těžce. Hlas bývá poněkud utrápený, někdy žalostný a iritující. Oči jsou smutné, převládá měkký, útrpný pohled. Časté je povzdechnutí si.

Rovněž bývá blokována dolní čelist a ústa jsou pevně sevřená, čímž je podporován blok v oblasti hrdla. Hlasité povzdechnutí je pak jediným hlasovým projevem, který lehce projde přes zablokované hrdlo. Místo sebeprosazování se pak objevují „stížnosti na osud“. Ale vše je projevováno velmi opatrně, aby na sebe člověk příliš neupozornil svojí nespokojeností se životem. Lidé takového člověka často vnímají jako „bručouna“, ale konstatují, že jinak je to „dobrák“.

Člověk s masochistickou obrannou strukturou má strach vystoupit „ze sebe“, protože se bojí, že bude zraněn, když dá najevo, jaký je ve skutečnosti. Na vědomé úrovni se sice snaží zalíbit lidem, na nevědomé úrovni se však projevuje zastírací manévr v podobě odporu, negativismu a z nich pramenící agrese.

Většinou usiluje vstoupit do kontaktu s jinými lidmi skrze službu nebo skrze obecně lidmi přijímaného „stěžování si na stav ve společnosti“. Ve střední dospělosti je již jeho ochota pomoci, až úslužnost současně poznamenána jeho soužením, neradostností, stěžováním si a vyvoláváním pocitů viny. Skrze různé „manévry“ člověk s masochistickou obrannou strukturou provokuje své okolí, což mu může přinést uvolnění z potlačované zloby. Také

může být vnímán jako člověk, který frustruje sám sebe pro své potěšení, s cílem potrestat druhé lidi.

Kognitivní styl člověka s uvedenou obrannou charakterovou strukturou může vyvolávat dojem těžkopádnosti a namáhavosti. Kognitivní funkce mohou být oslabovány chronickými depresemi. V přístupu k životu a ke světu převládá očekávání jen toho horšího a převládá nedůvěra v pozitivní stránky života. Častá je právě depresivní nálada. Člověk není v kontaktu se svými agresivními nebo hostilními pocity, avšak ostatní si jich mohou být po určité době velmi dobře vědomi.

Somaticky orientované terapie sice člověku s masochistickou obrannou strukturou přinášejí určitou úlevu, ale po několika sezeních si stěžuje, že se mu nedaří dobře a že za to může psychoterapeut. Nezbytně nutné je poskytnout tomuto člověku v bezpečném a jistém prostředí prostor pro expresivní projevení jeho doposud skrývané agrese a vzteku. Teprve poté lze v něm iniciovat změnu postoje k sobě samému a k terapeutickému procesu a vést ho k odpovědnosti za vlastní problémy a obtíže. Vhodná je každá práce s pohybem, která napomůže zvýšení flexibility. Důležité je umožnit tomuto člověku nalézt kontakt nejen s vlastním hněvem, zlostí, vztekem či zuřivostí bez pocitu viny, ale také s pozitivními emocemi tak, aby jim mohl začít důvěřovat.

Patologický vývoj masochistického obranného charakteru směřuje podle MKN-10 k pasivně agresivní poruše osobnosti.

### **Pracovní tabulka:**

#### **Masochistická obranná charakterová struktura**

**Základní přesvědčení:** „Jsem špatný člověk, všechno dělám špatně. Je to beznadějné. Jen se podívej, jak se mi nedaří – prosím tě, měj mě rád. Musím poslouchat druhé, aby mě měli rádi. Mít z něčeho radost není dobré. Vzdávám to. Nikdy neustoupím. Já vám ještě ukážu. Budu v pořádku. Mohu tě vytrést. Strádání tě zraní víc, než zraňuje mě.“

**Charakteristika:** Řeší problém být nezávislý. Navenek nápadně podřízený. Potlačené opovržení, zlost. Energie ho nedostává do pohybu, protože je blokována. Je pro něj obtížné vyjádřit emoce. Má problémy s vybitím a uvolněním se. Strach z rizika. Nepřímé vyjádření hněvu. Trestá sebe i druhé častým mlčením. Neustálé navenek „ano“, ale uvnitř sebe dominuje „ne“. Nevidí, že se může zbavit zátěže a může si dovolit mít radost. Obrací impulzy především dovnitř. Neustále manévruje a nepřímě si stěžuje. Pokouší se být agresivní, ale bez úspěchu. Narušená je sebeúcta. Tvrdohlavý. Svým úsilím se pokouší získat souhlas, uznání. Přebírá roli nevinné oběti. Neprojevuje otevřeně radost. Tento člověk má strach vystoupit ze sebe, protože se bojí, že bude zraněn. Na vědomé úrovni se sice snaží zalíbit lidem, na nevědomé úrovni se však projevuje zastírací manévry v podobě odporu, negativismu a z nich pramenící agrese. Většinou se snaží vstoupit do kontaktu s jinými lidmi skrze službu nebo obecné stěžování si. Jeho ochota pomoci, až úslužnost, je poznamenána jeho soužením, neradostností, stěžováním si a vyvoláváním pocitů viny. Typickou masochistickou hrou je odpověď na otázku: „Proč neuděláš...?“ – „Udělám, ale...“ Skrze tyto manévry masochista provokuje své okolí, což mu může přinést uvolnění potlačené zloby. Masochista také může být vnímán jako člověk, který deprimuje sám sebe pro své potěšení, s cílem potrestat druhé. Jeho kognitivní styl je těžkopádný, kognitivní výkon je zhoršený v důsledku častých depresivních nálad. V přístupu k životu a ke světu převládá očekávání jen toho nejhoršího a nedůvěřuje pozitivním stránkám života.

**Náhled na existenci:** „Mohu být blízko člověka, jen když nebudu svobodný.“ „Cenou za intimitu je zůstat podřízený.“

**Pocity:** Beznaděj. Pocit, že je poražený. Kumulovaná zlost. Pocity vzdoru a ztráty. Znevážení. Silné pocity viny. Pro tento typ je charakteristická depresivní nálada. Člověk není v kontaktu se svými agresivními nebo hostilními pocity a prožitky, avšak ostatní si jich mohou být velmi dobře vědomi. Masochista má často pocit, že je obětí druhých nebo života samotného.

**Obrana proti:** kontrole ze strany jiných, proti zlosti, agresi. (Rozchod s milovanými osobami, které vyžadují odpovědnost.)

**Kortikální kontrola:** Zvýšeně se kontroluje.

**Reakce na stres:** Odklad, otálení, čekání, dlouhodobé „připravování se“ na reagování.

**Síly:** Zezadu posunutý, postrčený.

**Reakce:** Schoulí se a je „přilepený“ k podlaze.

**Tok energie:** Úplně nabitý, ale náboj drží mohutným svalovým pancířem, protože člověk s touto obrannou strukturou má strach ze svého možného násilnického chování. Energeticky silně nabitý, ale toto napětí je všemi prostředky zadržováno a tlumeno. Právě pro toto blokování mohutného proudění energie jsou vnější části těla nedostatečně nabity, to znamená, že je omezena exprese. „Energie se změnila na hmotu“, mohutný svalový pancíř.

**Působící síla:** Subjektivně vnímaný tah směrem dolů.

**Smysl struktury těla:** Tělo je tlačeno směrem dolů a tím je potlačeno i sebevyjádření.

**Tělo:** Kratší, svalnaté až zavalité. Je stlačeno. Má tendenci směřovat dolů a dozadu. Odolává „postrčení“ zezadu. Vpředu je krátké a tučné, napjaté. Člověk má sklon k nadváze. Často je patrné nezvykle silné tělesné ochlupení. Pórovitá kůže může mít sklon k hnědému zabarvení, což je důsledek stagnujícího napětí. Hlavní napětí je ve flexorech. Vypadá jako by bylo drženo kleštěmi. Silný, jakoby sražený krk (když se klient protáhne, pociťuje okamžitou úlevu). Pas je silný a pánev předsunuta. Hýždě jsou tím poněkud zmenšeny a jsou ploché. Tento postoj připomíná postoj „psa se staženým ohonem“. U žen bývá horní část těla spíše rigidní, kdežto dolní část působí masochisticky.

**Napětí:** V oblasti krku, ramen a pánve. Brada je blokována a ústa jsou pevně zavřená, čímž je podporován blok v oblasti hrdla. Stěžování si je pak jediným hlasovým projevem, který lehce projde skrze zablokované hrdlo.

- Hlava: Zdá se být vtažená mezi ramena. Spodní čelist je silná a napjatá, ústa jsou pevně sevřená. Hlava se sklání, jako kdyby čekala úder zezadu. Tvář má nevinný výraz: „Kdo? – Já?“
- Oči: Měkké, smutné, nedůvěřivé, trpící. Převládá útrpný pohled.
- Krk: Silný, krátký, hluboko posazený, sražený. Tučný.
- Plece: Natočené dopředu, pevně stavěné.

- Ramena, ruce: Silné.
- Záda: Vypadají zatížené velkou váhou (tíhou).
- Hrudník: Sražený, stlačený.
- Povrch břicha: Pevný. Pas je silný, krátký a tučný.
- Pánev: Předsunutá, stažená. Hýždě jsou poněkud zmenšeny a jsou ploché.
- Nohy: Stehna jsou vpředu těžká, silná, vzadu napjatá.

**Pohyby:** Pomalé, rozvážené, těžké. Namáhavé, váhavé, často přerušované.

**Hlas:** Utrápený, iritující. Převládá stěžování si místo sebezprosování.

**Dýchání:** Dokáže hodně vzdychat, ale mělce dýchá.

**Látková výměna:** Výrazně parasympatická.

**Obrazy:** Tvrdohlavost. Výdrž. Nikdy se nevzdat. Zajatec.

**Terapeutický přístup:** Trpělivost, tolerance přátelskost. V žádném případě nevyčítat, avšak pochopení ještě neznamená vždy souhlas s tím, co klient sděluje. Práce s emocionalitou, uvolnění kontaktu mezi těmi emocemi, které jako „klubko bez konce“ jsou vázány s tělesnou nepružností a nepohyblivostí. Uvolnit prostor pro procesuální stránku emocí a práce s uvědomováním si kvalit jednotlivých negativních emocí. Uvolnit prostor pro vybití vzteku. Připravit mysl pro přijetí kladných emocí. Sanoterapeutické sety. Psychoterapeutická práce s jádrovým problémem klienta při zapojení jeho mysli i těla.

**Strategie kontaktu:** Nekritizovat, nenapomínat ke zvyšování tempa práce s myslí a tělem.

**Opatření:** Vhodná je každá práce směřující ke spontánnímu pohybu, která napomůže ke zvýšení flexibility. Tanec. Hraní si. Rolfing, Feldenkraisovy metody a Alexandrova technika jako cesty podporující zvýšení flexibility. Práce s nohama a chodidly. Sanoterapeutické postupy.

**Strategie terapie pro terapeuta:** Jemně nastav zrcadlo klientovi a jeho pokusům sabotovat terapii. Uveď ho do kontaktu s jeho automatickými negacemi. Nepřistupuj na manipulace, při kterých by se klient pouze kvůli tobě cítil lépe. Nepopoháněj ho k posunu. Povzbuzuj ho v kontaktování s jeho hněvem, zlostí a s místy v těle, kde to cítí a prožívá nejsilněji. Bude-li připraven, inspiruj klienta k vyjádření agrese a dej mu vědět, že akceptuješ jeho hněv. Potvrď sebevýraz a sebestvrzení. Nechej jeho emoce volně plynout. Terapeut je přímo povinen v zájmu klienta jeho emoce unést a napomoci jejich zpracování. Vyhni se pastem. V příhodné chvíli pomoz mu najít odstup od sebe sama a inspiruj ho k tomu, aby se stále nebral příliš vážně. Je to také cesta k tomu, aby se člověk dokázal zasmát sám sobě. Pracuj pomalu. Se zlostí a agresí pracuj krok po kroku. Vždy vyčkej, až se klient cítí být připravený k dalšímu kroku a podpoř jeho vykročení. Posilňuj jeho schopnost reagovat na zátěž bez zlosti. Somaticky orientovaná terapie – sanoterapie člověku s uvedenou obrannou přináší úlevu, ale po několika sezeních si klient může stěžovat, že se mu už nedaří tak dobře v terapii a že za to



vlastně může terapeut. Najdi cestu, jak tuto fázi procesu spolu s klientem zvládnout. Odejde-li však z terapie, opakuje se to i u dalších terapeutů, na které se může postupně obracet. Je nutné iniciovat v klientovi změnu v jeho postojích k sobě samému a inspirovat ho k odpovědnosti za vlastní problémy a obtíže, za vlastní činy jako kompetentního dospělého člověka.

**Sondy:** „Jsi dobrý člověk. Dej si čas na posun. Naděje existuje. Jsi hoděn lásky. Neboj se emocí, máš právo na negativní i na pozitivní emoce. Nebudeš zraňován, když to sám nepřipustíš. Je to v pořádku, když se hněváš (zlobíš). Nemusíš být nešťastný proto, že tě akceptuji takového, jaký jsi nyní. Máš potenciál na to, aby ses změnil. Tvůj život patří tobě. Je to dobré, když svoje pocity a emoce vyjádříš. Můžeš dělat to, co právě považuješ za nutné, já tě akceptuji.“

**Převzetí:** Plece tlačit dolů, stlačovat je. Nechat křičet. Drž hlavu záměrně směrem dolů. Přeber negativní ladění.

## PSYCHOPATICKÁ OBRANNÁ CHARAKTEROVÁ STRUKTURA



Člověk s psychopatickou obrannou charakterovou strukturou řeší problém cítit se přirozeně volně, svobodně a autonomně. Příznačné je pro něj popírání vlastních citů. Základy pro tento typ obrany jsou položeny v komplikovaném období po třetím roce existence člověka, kdy začíná jednat jako samostatná osobnost, začíná si uvědomovat hranice a odlišnosti sebe a vnějšího nezávislého světa. Testuje v celistvosti, mysl i tělo – pohybem, co vše je mu umožněno udělat, co si může dovolit, kam až je on sám a co je již „jiné“. Dítě projevuje autonomii, ale stále vyžaduje taktní a láskyplnou pomoc. Cítí se však bezmocné, protože je ovládané různými vnějšími silami.

Důležitou roli při vzniku tohoto typu obranné struktury hraje matka. Matky lidí psychopatického typu na jedné straně své děti ovládají tak, že se děti cítí poražené a slabé, a na druhé straně je ponižují za jejich slabost. Jiné matky tohoto typu lidí zase děti k sobě připoutávají a manipulují s nimi. Dalším důležitým faktorem vzniku psychopatického charakteru je presexuálně svádějící rodič. Svádění probíhá nezatelně a má uspokojit narcistické potřeby rodiče. V podstatě se jedná o manipulativní jednání, jež má za cíl dítě k sobě připoutat. Takovému jednání dítě nerozumí a umožňuje vzniknout zvláštnímu trojúhelníkovému vztahu, v němž je dítě donuceno „napadnout“ rodiče stejného pohlaví. Tím se vytvoří překážka, která brání dětské identifikaci se svou sexuální rolí.

Postupně se konstituují dvě formy psychopatické charakterové struktury. Ta první reaguje vyvíjením tlaku, zneužíváním moci, kterou získává zastrašováním a tyranizováním. Člověk s druhou formou této obrany zase ovládá lidi tak, že manévruje a „vetře se“ do jejich přízně. Je při tom přívětivý a svůdně rafinovaný a povrchně se podrobuje. Poté je však rovněž tyranizující.

Základním problémem tohoto člověka je, že má strach poddat se. Má strach z toho, že by byl manipulovatelný, a proto raději manipuluje sám. Popírá svoji potřebu citu a tím i potřebu druhých lidí. Svými manévry chce ostatní dovést k tomu, aby ho potřebovali a on tak nemusel

vyjádřit svou touhu po nich. V základu jeho chování jsou prožitky z dětství, kdy s ním bylo manipulováno v době jeho mimořádné zranitelnosti.

Psychopatický obranný charakterový typ je velmi energeticky nabitý. Jeho „*tyranizující forma*“ má k dispozici mimořádné množství energie v hlavě, zato spodní část těla je nedostatečně energeticky nabitá. Obě poloviny těla jsou ve vzájemném nepoměru, horní polovina je lépe vyvinutá a dominuje tak obrazu osoby. Člověk pak působí dojmem, že se „nafukuje“, „vyvyšuje“.

Psychopatický charakter je nadměrně vzrušivý a neustále se snaží dostat a mít situaci pod kontrolou, ovládnout ji. Jeho oči jsou bdělé a nedůvěřivé, až pichlavé. Typické je, že před určitými věcmi nebo názory „zavírá oči“. Vnitřní požadavek kontroly a moci je zaměřen také na něho samotného. Hlava je držena velmi zpříma a tělo je neustále „pod kontrolou“.

Druhá forma psychopatické charakterové struktury má tělo souměrnější a nepůsobí „nafouklým“ dojmem. Žáda jsou obvykle velmi ohebná. Nadměrný náboj je oproti předešlé formě v oblasti pánve, avšak neexistuje zde propojení s ostatními částmi těla. Oči jsou měkké, svůdné.

V obou případech je blokováno krk, dech je povrchní a často se objevuje napětí v oblasti bránice, kolem očí, v týlní oblasti a v orální zóně. Člověk je stále v „převažujícím nádechu“ a má obavu z hlubokého výdechu, protože v tom případě by byl zranitelnější. (Potřebuje se „držet nahoře“.)

V terapii se vedle všeobecných postupů věnuje pozornost práci na rozpoznání a přijetí vlastních slabostí, pracuje se i s problémem moci, s výdechem atd.

Patologické směřování má v terminologii MKN-10 podobu psychopatické (smíšené) poruchy osobnosti nebo paranoidní či disociální poruchy osobnosti.

### **Pracovní tabulka:**

#### **Psychopatická obranná charakterová struktura**

**Základní přesvědčení:** „Nic mi nevnučuj! Nepřibližuj se ke mně! Ty mě nedostaneš, nemůžeš mě zranit! Já jim ukážu! Můžeš být blízko u mě, pokud mě budeš ctít. Nikoho nepotřebuji! Nikdy nikomu neukážu, jak mě to zranilo. Můžu být nezávislý, když nedovolím intimitu!“

**Charakteristika:** Lze rozeznat dvě formy psychopatické obranné charakterové struktury:

Forma obrany I: reaguje vyvíjením tlaku, zneužíváním moci, kterou získává zastrašováním a tyranizováním. Popírá pocity. Dalekosáhle bagatelizuje nebezpečí porážky. Má tendenci ignorovat své i cizí pocity. Pokouší se držet lidi od těla. Zastírá problém moci tím, že se chová mile a přátelsky a dokáže skrýt „vnitřního vraha“. Přizpůsobuje svůj styl situaci. Nepřímý, oportunistický, impulzivní. Není orientovaný na budoucnost. Ukazuje ideální obraz o sobě jako skutečnost. Má problémy se sociální pozicí (s postavením). Vyžaduje respekt. Může být asociální. Nevctívuje se do jiných. Nespolehlivý. Vyznačuje se pronikavým nedůvěřivým pohledem.

Forma obrany II: Druhý typ ovládá lidi tím, že se různými, aktuální situaci vždy přizpůsobenými manévry, „vetře“ do jejich přízně. Je přitom přívětivý, svůdně rafinovaný a

povrchně se podrobuje. Má jemné způsoby, je ochotný, úslužný. Nadměrně slušný, kooperativní. Je manipulativní a v societě „podkopává“ pozice jiných lidí. Když to považuje pro sebe za prospěšné, potom však také tyranizuje. V partnerských vztazích miluje jen tehdy, když toho druhého ovládá. Vyznačuje se měkkým, svůdným pohledem.

**Náhled na existenci:** „Mohu být nezávislý, jen když se nevzdám kontroly. (Nepřiblížím se k nikomu.) Všechny kontakty musím ovládat a kontrolovat. Nemohu mít blízké vztahy.“

**Pocity, city:** Popírá pocity, emoce, a to především z důvodu své zranitelnosti. Necítí se být důležitý, když nemanipuluje. Bojí se, že bude poražený. Cítí se být odcizený a touží po blízkosti. Popírá svůj cit a tím potřebu druhých lidí. Svým psychopatickým manévrem chce ostatní dovést k tomu, aby ho potřebovali a on tak nemusel vyjádřit svoji touhu po nich. V hloubce je možná oralita. Ovšem chybí pocity viny.

**Obrana proti:** závislosti, zneužívání, slabosti, nepotřebnosti, neefektivnosti, zbytečnosti. Obrana proti impulzu „zabít“.

**Kortikální kontrola:** Forma obrany I – nadměrně kontroluje; tyran, který vyžaduje respekt druhých, ignoruje pocity druhých. Forma obrany II – méně kontroluje; svůdce (sex mu slouží k ovládnutí druhých lidí), který získává moc nad druhými zdvořilostí a lstivostí.

**Reakce na stres při přetížení informacemi:** Abstrakce. Náhradní kanály. (Manipulace)  
Forma obrany I: Klamání (potřeba vypadat nebezpečně, důležitě) při přizpůsobování se.  
Forma obrany II: Předstíraná oralita a smyslnost.

**Síly:** Zmenšit, stlačit.

**Reakce:** Nafukuje se („nadme se“).

**Tok energie:** Velmi energeticky nabitý. Jeho „tyranizující forma“ má k dispozici mimořádné množství energie v hlavě. (Člověk vlastně získává moc nad druhým člověkem tak, že se nad něho vyvyšuje.) Energie je „směrována nahoru“. (Při hněvu zčervená, tělo však zůstane klidné.) V dolní polovině těla je málo energie, od bránice dolů se projevuje ztuhlost.

**Působící síla:**

Forma obrany I: Subjektivně vnímaný tah nahoru.

Forma obrany II: Subjektivně vnímaný tah dolů.

**Smysl struktury těla:**

Forma obrany I: Pohyb nahoru okolí zmýlí, člověk tak působí silněji a mocněji, než jaký je ve skutečnosti.

Forma obrany II: Symetrické tělo přitahuje na sebe pozornost. Sklony k svádění.

**Tělo:**

Forma obrany I: Mobilizovaný nahoru, vypadá nafouknutě od pýchy nebo zlosti. Dolní polovina těla je štíhlá až hubená. Tělo může být strnulé. Je pod kontrolou.

Forma obrany II: Tělo je souměrnější, svůdně okrouhlé nebo ve tvaru „V“. Povrchové svalstvo je měkké, ale v hloubce je napjaté.

**Napětí:** V oblasti bránice, kolem očí, v týlní oblasti a v orální zóně (problém se sáním).

- Hlava:  
 Forma obrany I: Může být v poměru k tělu velká, je příliš „nabitá“, je držena zpříma, pevně posazená. Spodina lebeční je v tenzi.  
 Forma obrany II: Bez výrazných rysů tváře, měkký, plastický výraz.
- Oči:  
 Forma obrany I: Bdělé, nedůvěřivé, někdy pichlavé.  
 Forma obrany II: Měkčí, víc svůdné.
- Krk: Blokováný. Narušuje tok energie.
- Plece: Široké, silné.
- Ramena:  
 Forma obrany I: Zepředu mohou vypadat mohutně.  
 Forma obrany II: Měkké a paže jsou slabé.
- Záda:  
 Forma obrany I: Silná, mocná.  
 Forma obrany II: Mimořádně pružná, hyperflexibilní.
- Hrudník:  
 Forma obrany I: Nafouknutý.  
 Forma obrany II: Méně nafouknutý, ale pevný.
- Povrch břicha: Zúžený. Břicho se tlačí nahoru. Může se klenout ze spodu nahoru.
- Pánev:  
 Forma obrany I: Může být úzká. Studená, málo nabitá, pevná.  
 Forma obrany II: Nadměrný náboj, pánev se někdy jeví jako „nespojená“ s trupem.
- Nohy: Tenké, studené. Vypadají, jako by se vznášely.

### **Pohyby:**

Forma obrany I: Zlostné. Dokáže chodit, jako by chtěl někoho zabít.

Forma obrany II: Svůdná chůze a svůdné pohyby paží.

### **Hlas:**

Forma obrany I: Hlas ostrý, jasný, často ironický.

Forma obrany II: Hlas měkký, příjemný, svůdný.

**Dýchání:** Dýchá do hrudníku. Dokáže ho nafouknout, a tak se držet.

**Látková výměna:** Parasympatická.

### **Vývojová fáze:**

Forma obrany I: Zárodek již ve fázi anální.

Forma obrany II: Zárodek již ve fázi orální.

**Obrazy:** Úplná svoboda. Superman. Hrdina. Osvoboditel.

### **Terapeutický postup:**

Forma obrany I (tvrdý): Nebýt autoritativní, inspirovat klienta k cestě, na které by připustil a respektoval svoje tvořivé vstupy, plány a zůstal s nimi v kontaktu. Práce s emocemi, pocity, s jejich zakotvením v těle. Nutná je jednoznačnost v dialogu a práce s problémem moci. Poskytni mu prostor k zakotvení hic et nunc a podpoř ho v tom, aby unesl sám sebe ve své přirozenosti, bez masky, bez role. Podporuj jeho vlastní iniciativu, jeho vykročení k řešení reálných problémů.

Forma obrany II (lívivý, vtíravý): Ohledně dohod buď jasný. Nechej se pobavit. Kontaktuj klienta s jeho pocity, prožitky a s jejich zakotvením v těle. Pracuj s tím, co klient odmítá a proč tomu tak je. Poskytni klientovi prostor pro vyjádření jeho potřeb. Poskytni mu prostor k zakotvení hic et nunc a podpoř ho v tom, aby unesl sám sebe ve své přirozenosti, bez masky, bez role. Iniciuj v něm odvahu stát na vlastních dospělých nohou. Teprve poté postupujte v dialogu k jeho jádrovému problému.

### **Strategie kontaktu:**

Forma obrany I (tvrdý, velkorysý): Připust' problém s mocí, respektuj prostor a vlastní tempo.

Forma obrany II (lívivý, vtíravý): Respektuj potřeby.

**Opatření:** Rolfing, Alexandrovy techniky, Feldenkraisovy metody práce s pánví a trupem. Práce s uzemňováním. Poté při práci s tělem důraz na uvolňování nohou a následně sanoterapeutickými sety posílení integrity celého těla. Sanoterapie.

### **Strategie terapie pro terapeuta:**

Forma obrany I (tvrdý): Umožni mu říci pravdu o tom, jaký je ve skutečnosti a jak se přitom cítí ve svém nitru. Pomáhej mu postupně přicházet do kontaktu s jeho slabostmi a s nimi souvisejícími emocemi. Pracuj s problémem moci. Pomáhej mu získat reálný a objektivní náhled na moc. Podporuj procesy, které prohlubují pocity a prožitky a jejich zakotvení v těle. Umožni mu kontakt s jeho „vnitřním vrahem“ a podporuj rozvoj reálného já, které je schopné mít „vnitřního vraha pod kontrolou“. Pomáhej mu vnímat blízkost beze strachu z ohrožení. Konfrontuj ho s extrémami v jeho úvahách, s hrozbami, se zkresleními reálných událostí,

vznikajících kolem klienta. Neposkytuj pouhé sliby. Prohlubuj prožívání. Iniciuj v něm odvahu žít bez masky a bez pouhé role.

Forma obrany II (líbivý, vtíravý – může být mechanický, nadměrně kooperativní, ale v terapii neangažovaný): Inspiruj ho k tomu, aby se bez manévrování, bez manipulací a kontroly vložil do terapeutického procesu. Pracuj s jeho potřebami. Potom postupuj stejně jako u předcházejícího typu.

**Sondy:** „Jsi důležitý. Můžeš určovat vzdálenost mezi námi. Je to v pořádku, že prožíváš to, co prožíváš, když se tě něco dotkne, nebo tě zraní. Nemusíš dělat na mě dojem. Vážím si tě jako člověka. Je to dobré, když se staráš sám o sebe. Nechci mít nad tebou moc. Tvoje potřeby jsou důležité. Nebudu s tebou manipulovat a využívat tě.“

**Převzetí:** Drž tělo a ramena vysoko a poté je uvolni, spust' dolů s výdechem a s pocitem uvolnění. Postav lidi ve skupině dál od sebe a řekni: „Dejte mně pokoj...“, bez potřeby ublížit jim. Všiměj si pocitu a prožitku a bez manipulace a agrese unes tuto situaci. Drž ramena vpředu, poté je povol s výdechem a pocitem uvolnění. Přeber napětí v oblasti bránice. Nechej tělo „nafukovat se“, aby se v další fázi „vražedné pocity“ mohly při výdechu spontánně a razantně uvolnit a „vyjít ven“.

## NARCISTICKÁ OBRANNÁ CHARAKTEROVÁ STRUKTURA

### **Lidé s touto obrannou charakterovou strukturou nevykazují specifické držení těla.**

Základy této obranné charakterové struktury mohou být položeny kdykoliv v rozmezí 3. až 6. roku dítěte. Pro člověka s narcistickou obrannou charakterovou strukturou je podle S. Johnsona (1991) typické, že si ho v dětství rodiče buď idealizovali a dávali mu pocítit, že je něčím víc, než ostatní lidé, nebo ho naopak ponižovali. Takové jednání vede u dítěte ke zkreslenému vnímání sebe a okolní reality a své okolí pak po celý život vnímá skrze defektní kognitivní schémata. Idealizování dítěte vede u něho k vytvoření pocitu nadřazenosti a pýchy, která však ve střetu s realitou nikdy neobstojí. Devalvace dítěte zase vede k hlubokým pocitům bezpráví a ke snížení sebeúcty a sebevědomí. V obou případech to má za následek realitě neodpovídající prožívání a hodnocení sebe sama i druhých a k narcistické kompenzaci. Tito lidé se stávají zajatci vlastní grandiozity nebo naopak beznaděje a deprese a tyto stavy se u nich cyklicky opakují. Pro lidi s touto obrannou charakterovou strukturou je charakteristická grandiozita v prožívání i v jednání. Ta se projevuje v chování jako pýcha, onnipotentní přesvědčení o svém potenciálu i jako perfekcionismus s úsilím o dokonalost. Požadují po okolí, aby se v tomto smyslu k nim také vztahovali a dávali jim najevo, jak jsou výborní ve všem, co dělají. A s přesmykem ke snížené sebeúctě, sebevědomí se vyrovnávají skrze manipulace s druhými lidmi nebo jejich přímou devalvací. V zátěžové situaci v obou případech selhávají a vykazují velkou zranitelnost vůči ponížení nebo ostudě. Prožívají pocity bezcennosti a vlastní neschopnosti, často doprovázené hypochondrickými stesky a úzkostmi.

Ve fázi grandiozity pak člověk s narcistickými charakteristikami vykazuje kognitivní chyby, které udržují jeho zkreslené vnímání reality. Typická je externalizace odpovědnosti skrze obviňování druhých, popírání vlastních nedostatků a negativních vlastností, znevažování pozitiv u ostatních lidí, popř. snadná identifikace s těmi, které si idealizuje a které po určité

dobu adoruje. Ve vztahu k druhým lidem jsou hyperkritičtí, ovšem sami kritiku ostatních zvládají velmi těžce a s velkým sebezapřením. V kolapsu se zaobírají svými symptomy a úvahami o vlastní bezcennosti a zavrženíhodnosti. Mají problém se sebeúctou a sebevědomím. Jejich sebestřednost deformuje také jejich sebepojetí jako celek. S deformovanou představou o sobě, že mají menší hodnotu než druzí lidé, se musí vyrovnávat tak, že navenek se prezentují jako lepší, než kdokoliv jiný. Z jejich pojetí sebe sama pro ně vyplývá závěr, že musí dát najevo svoji nadřazenost a důležitost, jinak by se s ním nezacházelo tak dobře jako s ostatními lidmi. Jestliže jim ostatní lidé tuto jejich nadřazenost a významnost nepotvrzují, prožívají intenzivní úzkost a reagují agresivně. Fantazírují o sobě, o své výjimečnosti a mají silnou potřebu pozitivních reakcí od ostatních lidí, aby tak bylo chráněno jejich zranitelné sebepojetí. Jsou ochotni obětovat mezilidské vztahy za společenskou prestiž, za vysoký společenský status. Potřebují být viděni a slyšeni. Agresivní soutěživost si potvrzují svoje výjimečné postavení a nadřazenost.

Pro lidi s narcistickou obrannou charakterovou strukturou je také charakteristické, že nejsou schopni vcítit se do druhých lidí a že jsou snadno zranitelní ve své pýše. Je pro ně charakteristická „vymělkovanost“ jejich emocí a pocitů a zvýšená citlivost vůči ponížení. V terapii je důležité naučit tyto lidi vnímat a prožívat sebe i ostatní lidi takové, jací jsou ve své přirozenosti, s jejich přednostmi i nedostatky. Je to cesta, jak sebe, ale i někoho jiného, pro ně důležitého, si neidealizovat, neadorovat ho, ale komunikovat s ním, s cílem potvrdit si tak v dialogu reálný obraz o sobě i o druhém člověku.

Patologický vývoj narcistického obranného charakteru směřuje podle MKN-10 až k narcistické poruše osobnosti.

## **OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ OBRANNÁ CHARAKTEROVÁ STRUKTURA**

### **Lidé s touto obrannou charakterovou strukturou nevykazují specifické držení těla.**

Další z obranných charakterových struktur, jejíž kořeny sahají podle neopsychoanalyticky orientovaných psychoterapeutů do tzv. oidipálního období, je obsedantně kompulzivní charakterová struktura. Základním problémem těchto lidí je hledání odpovědi na otázky, jak vyjádřit pocity slasti bez studu, jak se zbavit pocitů viny, úzkosti, jak svobodně vyjádřit lásku k druhému člověku. Je pro ně problémem cítit se přirozeně, svobodně a tvořivě.

Tělesné schéma těchto lidí je dobře strukturováno, muskulatura je rovnoměrně vyvinuta. Často se však ocitají ve stavu zvýšené svalové tenze, mají obtíže s relaxací, „neumí odpočívat“.

Tato obranná struktura se vyvíjí u dětí, které trpí úzkostí a nejistotou v situacích, jež jiné děti běžně zvládají. Často jsou nešťastné, někdy se necítí být oceněnými jako jiné děti a na zmatek ve své mysli reagují něčím stereotypním, strukturovaným, něčím, co má svůj řád. U dětí je to například časté umývání se nebo v přesných krocích časté čištění si zubů, šeptání si říkadel, modliteb apod. Jindy se jedná o magické rituály v mysli s přáním, aby nedošlo ke smrti, ke ztrátě rodičů, ke katastrofě. Jedná se o děti bez dětských radostí, přání, o děti rigidní, které žijí jako „malí dospělí“ s neobvyklými zájmy, bez spontaneity, s pocity viny, neschopnosti, s perfekcionistickými tendencemi ve svém jednání.

Tyto děti bývají přitahovány detaily a pravidly, což se projevuje i v ritualizovaných hrách (jako například „skákání panáka“, omílání říkanek, rozpočítadel, stereotypní hry s mechanickými hračkami atd.). Ve školním věku jsou tyto děti nápadné svými znalostmi z astronomie, meteorologie, znalostmi kalendářů, jízdních řádů. Postupně ztrácejí přátele, kamarády, nejsou schopny si najít nové. Jejich sebevědomí a sebehodnocení se opírá pouze o jejich zvláštní zájmy nebo znalosti.

V psychoterapii potřebují tito lidé zejména toleranci, trpělivost a porozumění ze strany terapeuta, jenž by měl vytvořit takovou atmosféru bezpečí a přijetí, v níž by byl klient schopen spontánně vyjádřit své pozitivní i negativní emoce a především se snížila intenzita jeho úzkosti v situacích, které nejsou přísně strukturované. Zásadní je poskytnout prostor a terapeutickou dovednost pro iniciování cesty klienta k tomu, aby se cítil volně, přirozeně, spontánně a dovolil si být hravý a tvůrčí. A stejně tak je nutné pomoci klientovi, aby našel v sobě zdroje, které by mu umožnily unést skutečnost, že vše, co člověk dělá pečlivě, nemusí také dobře dopadnout.

Patologické směřování podle MKN-10 je cestou do obsedantně kompulzivní poruchy osobnosti.

## **RIGIDNÍ OBRANNÁ CHARAKTEROVÁ STRUKTURA**

- a) **subtyp rigidní histriónský – ženský**
- b) **subtyp rigidní falický – mužský**

**Vznik:** Na rozhraní vývojové fáze latentní a genitální.

Člověk s rigidní obrannou charakterovou strukturou řeší problém „mít právo cítit, prožívat“. V životním příběhu takového člověka se nevyskytují žádná těžká traumata, která by vyvolávala výrazné obranné postoje. Rigidní obranný postoj se vyvíjel jako důsledek frustrace při usilování o erotické uspokojení, obzvláště na genitální úrovni ontogenetického vývoje. Rodiče buď zakazovali dítěti masturbovat, nebo byl v dětství narušen jeho vztah k rodiči opačného pohlaví. Dítě považovalo zapovězení svého úsilí o eroticko-sexuální slast za překážku v uspokojování své potřeby lásky, neboť erotická slast, sexualita a láska jsou pro dětskou psychiku téměř synonyma. Člověk s touto obrannou charakterovou strukturou takové „dětské“ pojetí lásky nepotlačil, jedná sice emotivně, i když kontrolovaně a umírněně, ale tajně si však přeje této kontroly se zcela zbavit.

Protože neomezovaný projev lásky a touhy po slasti byl rodiči odmítán, pokouší se člověk s rigidní obrannou charakterovou strukturou dosáhnout tohoto cíle nepřímo. Na rozdíl od psychopatického charakteru nemanipuluje, ale manévruje, aby dosáhl tělesné blízkosti. Rigidní typ se bojí vzdávání se, protože každé vzdání se spojuje se svým podřizováním se kontrole nebo se selháním. Je stále ve střehu, aby s ním někdo nemanipuloval, nevyužíval ho, nebo ho nepodvedl. Svou schopnost kontroly zakládá zejména na silném zdůraznění **já** v kontrole chování.



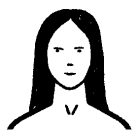
Rigidní charakter se jeví jako člověk bez vážnějšího problému. Vnější kontaktní plochy těla (dlaně, chodidla) jsou poměrně silně energeticky nabité, což se odráží v jeho schopnosti prozkoumat skutečnost dříve, než začne jednat. Energetický útlum se však projevuje na periférii těla. Jednotlivé části tělesného schématu sice dovolují proudění energie, ale pouze v omezené míře. Oblasti hlavního napětí, zvýšeného svalového tonu, představují flexory a extenzory, které jsou zkráceny, což se popisuje jako posturální disharmonie.

Tělo člověka s rigidní obranou charakterovou strukturou má dobré tělesné proporce, jednotlivé části jsou i harmonicky sladěny. Tělo působí integrovaně a souvisle a stejně tak je pocíťováno. Záda jsou rovná a hlava je nesena zpříma. Pohyby a gesta jsou živé a temperamentní, oči zářící, kůže dobře zbarvená. Teprve u výraznější rigidity se projevuje pohybová dyskoordinace, zvýšená adheze fascií, oči jsou bez lesku a kůže může mít bledou nebo šedavou barvu. Hlas bývá silný, tempo řeči rychlé. V dýchání převažuje břišní dýchání.

Lidé s rigidní charakterovou strukturou jsou obecně zaměřeni na vnější svět, jsou ctižádostiví, bojovní až agresivní. Pasivita je vnímána jako zranitelnost. Rigidní typ může být svéhlavý nebo vzpurný a pyšný. Bojí se, že bude působit směšně nebo hloupě, když projeví své pocity, emoce a touhy, a proto je potlačuje a kontroluje. V pozadí může být i strach z podřízení se, které by znamenalo ztrátu svobody.

Terapeuticky se pracuje s tělem, s dlouhými svaly i s hrudníkem, aplikují se dechová cvičení. Do skupiny jedinců s rigidní obrannou charakterovou strukturou se zařazují dva podtypy: histriónský a falický.

### Rigidní histriónská obranná charakterová struktura



Člověk s histriónskou rigidní obrannou charakterovou strukturou je označením pro tzv. viktoriánský typ histriónské ženy, která používá „sexu jako obrany proti vlastní sexualitě“. Formuje se ve věku, kdy si dítě začíná být vědomo sexuálních rozdílů. Rodiče nezacházejí s dítětem jako se svébytným člověkem, neváží si ho a neberou vážně jeho pocity a prožitky. Dítě musí být hlasitější, aby mu někdo věnoval pozornost. Otec byl nejprve milý, ale později se „odtáhl“ v souvislosti s rozvíjející se sexualitou své dcery, což může být důsledkem strachu z vlastních sexuálních pocitů vůči svému dítěti. Dítě je nuceno stát se „malou dámou“ dříve, než stačilo prožít si své dětství. Není na to připravené.



Žena s histriónskou obrannou charakterovou strukturou se snaží zůstat dítětem, usiluje se o rodičovskou ochranu. Bývá hyperaktivní, snadno rozrušitelná, nervózní. Ve svém jednání je teatrální, přehání své city. Je citlivá, sugestibilní, má tendenci k nečekanému a vlastně „nechtěnému“ chování nebo k nečekaným citovým změnám. Má strach zasadit se za svoje práva, mít vlastní požadavky. Své sexuální aktivity může paradoxně používat jako obranu vůči bližšímu „připuštění si někoho k tělu“. Může mít s někým vztah na bázi sexuality a s druhým na bázi citů. Objevuje se i promiskuita. Převažují pocity zklamání, typická je touha po ochraně a lásce na jedné straně a strach z hlubšího citového přiblížení se na straně druhé.

## **Pracovní tabulka:**

### **Rigidní histriónská obranná charakterová struktura**

**Základní přesvědčení:** „Nikdo mi nerozumí. Nikdo mě neposlouchá, nemiluje. Moje pocity nejsou asi přijatelné. Proto se nepoddám ‚citům svého srdce‘, a tak mě nemůže nikdo zranit. Nedostává se mi tolik pozornosti, kolik zasluguji.“

**Charakteristika:** Žena s histriónskou obrannou charakterovou strukturou se snaží zůstat dítětem, usiluje o rodičovskou ochranu. Bývá hyperaktivní, snadno rozrušitelná, nervózní. Ve svém projevu je „dítětem“ a dramatickým, teatrálním jednáním přehání své city. Je citlivá, lehce se rozpláče, je sugestibilní, má tendenci k nečekanému a „nechtěnému“ chování nebo k citovým proměnám. Nesnaží se o intelektuální porozumění, nezajímá se o detaily. Má sklon k roztržitosti. Má problémy s centrováním a uzemněním. Tendence k reakcím projevujícím masivní zklamání. Má strach zasadit se za svoje práva, mít vlastní požadavky. Své sexuální aktivity může používat jako obranu vůči citovému přiblížení se ze strany druhého člověka. Může mít s někým vztah na bázi sexuality a s jiným člověkem na bázi citů. Mnohé z nich bývají i promiskuitní. Potřebuje něhu, blízkost, ale bojí se jí. Projevuje bouřlivé emoce, aby se vyhnula přerušení kontaktu. Brání se akceptovat změny. Převažují pocity zklamání, typická je touha po ochraně a lásce na jedné straně a strach z hlubšího citového přiblížení se na straně druhé. Vztahy k mužům jsou „přesexualizované“.

**Náhled na existenci:** „Mohu být svobodná, když nemám žádná přání.“

**Pocity, city:** Zklamaná, zneuznaná, ztracená. Touha po ochraně a lásce. Strach z hlubšího emočního přiblížení. Hluboký pocit emočního zranění a zrady.

**Obrana proti:** oddělení se od ostatních.

**Kortikální kontrola:** Snížená kontrola.

**Reakce na stres při přetížení informacemi:** Pracovat rychleji. Únik.

**Biostrategie:** Zvýšená hlasitost, hlučnost. Aktivita. Vzbuzování pozornosti.

**Síly:** Odstrčení.

**Reakce:** Zúžená hrud' a kompenzování pánví.

**Tok energie:** Vysoká hladina energie, ale její tok není spontánní. Vnější kontaktní plochy těla s okolím jsou poměrně silně nabity, což odráží schopnost prozkoumat skutečnost dříve, než začne jednat. Utlumení se děje na periférii těla, to sice dovoluje proudění energie, ale pouze v omezené míře.

**Působící síla:** Subjektivní pocit tahu dolů.

**Smysl struktury těla:** Žena – dítě. Horní polovina těla je dětská a dolní polovina těla vyvolává dojem zralé ženy široké v pánevní oblasti. Velmi vhodné pro vábení, svádění. Úzký hrudní koš, malá prsa a napětí zejména v pánevní oblasti a v hrudní krajině a v horní polovině břišní krajiny. Napětím a blokem v horní polovině těla dospělá žena sice subjektivně více „chrání srdce“, ale široká pánev je naopak otevřena vstupům.

**Tělo:** Svůdné tělo, ale je rozdíl mezi horní a dolní polovinou. Dětský trup a ženská pánev. Horní část těla je tuhá, spodní část měkká, poddajná.

**Napětí:** Oblastí hlavního napětí jsou současně flexory i extenzory, což vede ke ztuhlosti, k pohybové rigiditě.

- Hlava: Drží ji vysoko. Pevná energická spodní čelist. Tvář může působit „mrtvě“. Hrdé držení hlavy.
- Oči: Zhrzený výraz. „Vykulené“ oči.
- Krk: Úzký, tuhý.
- Plece: Úzké, kostnaté, někdy „spadené“.
- Ramena, ruce: Neefektivní, slabé, tenké.
- Záda: Neohebná, tuhá.
- Hrudník: Úzký, často malé prsy.
- Povrch břicha: Měkký, okrouhlý.
- Pánev: Široká, měkká, často ochablá, bez náboje.
- Nohy: Tuhé, těžké.

**Pohyby:** Valivé, měkké, svůdné.

**Hlas:** Nadměrně výrazný. Může být pronikavý. Může také rychle mluvit.

**Dýchání:** Nedostatečný výdech.

**Látková výměna:** Mírně sympatikotonní.

**Vývojová fáze:** Genitální.

**Obrazy:** Víly. Princové. Princezny.

**Terapeutický postup:**

Forma obrany I: výrazná, pevně se držící: V hlubším kontaktu s pocity a prožitky hledat to, co je pro ni skutečně významné. Práce se zakotvením a uzemněním.

Forma obrany II: neúnavná, nadměrně důsledná: Podpora serióznosti, dospělosti, dospělých nohou, o které je možné se opřít a uzemnit se. Zpracování neurotické orientovanosti na činnost. Avšak nutno ocenit výkon. Iniciovat rytmus práce a odpočinku. Relaxace. Terapeuticky pracovat pozvolna a za neustálé podpory prohloubeného kontaktu s pocity a prožitky hic et nunc.

### **Strategie kontaktu:**

Forma obrany I: výrazná, pevně se držící: Hledat, to, co je významné, podstatné a nevyhýbat se kontaktu s emocemi při odmítnutí nevýznamného, nepodstatného.

Forma obrany II: neúnavná, nadměrně důsledná: Uznání potřeby výkonu a podpora potřeby uznání. Současně ocenění člověka za to, jaký je ve své přirozenosti a jeho bezpodmínečné přijetí.

### **Strategie terapie pro terapeuta:**

Forma obrany I: výrazná, pevně se držící: Podpoř pozornost, starostlivost klientky zaměřenou na sebe, bez jejích neurotických tendencí. Požádej o průběžné informování průběhu procesu zaměření se na sebe. Usiluj o jasnost, jednoznačnost výroků o sobě. Naslouchej! Podporuj příjemný pocit klientky z toho, že zůstanete u věci a že není nutné spěchat. Pomoz jí vybudovat si pocit vlastní síly a účinnosti. Podpoř vyjádření agrese. Vhodný může být trénink sebepotvrzení. Nenechej se manipulovat dětským nebo svůdným chováním. Podpoř jednoznačnost vzájemných dohod v procesu terapie. Pracuj s tendencí klientky odskakovat nebo se trvale rozčilovat. Pomáhej klientce nalézat to, co má pro ni smysl, význam v jejím chování. Vyhýbej se společnému smíchu. Pracuj s jejím tzv. vnitřním dítětem. Tvůj způsob vyjadřování by měl být emočně působivý, nikoliv však manipulativní! Podporuj cestu klientky k dospělosti.

Forma obrany II: neúnavná, nadměrně důsledná: Podpoř to, co vychází z pocitů a prožitků. Vyhýbej se diskusím s pseudofilozofujícím nábojem.. Pomáhej přímo vyjádřit city a potřeby. Podpoř vyjádření touhy a pláče. Postupuj jemně. „Rozpouštěj obranu srdce před prožitkem“. Podporuj, aby se klientka dobře cítila s jemnými city. Podporuj její jemnost, starostlivost. Podporuj uvolnění. Podporuj pomalý postup, protože vysoké tempo může vést k frustraci. Pomáhej setrvat v radosti. Akceptuj vysvětlení. Dej do rovnováhy aktivitu a pasivitu. Vyhýbej se rychlému a povrchnímu řešení přemíry problémů, plánů, programů. Odstup od slov a pokračuj dále se sanoterapeutickými sety.

### **Sondy:**

Forma obrany I: výrazná, pevně se držící: „Všechno, co cítíš, je v pořádku. Neodstrčím tě. Je dobré požadovat to, co skutečně chceš. Jsi hodná lásky taková, jaká jsi. Momentálně jsem tady pro tebe. Jsi cenný člověk. Víím, že máš co dát jiným lidem. Nezraním tě. Dostaneš tolik pozornosti, kolik potřebuješ. Nyní mám na tebe čas.“

Forma obrany II: neúnavná, nadměrně důsledná: „Jsem na tvé straně. Nemusíš mi nic dokazovat. Je dobré, že jsi taková, jaká jsi. Nemusíš nic dělat a akceptuji tě takovou, jaká jsi. Podpořím tě, když budeš něco chtít. Dělat chyby je lidské. Nemusíš dělat nic, abys byla akceptovaným člověkem. Odpočívat je pro člověka přirozené a dobré.“

### **Převzetí:**

Forma obrany I: výrazná, pevně se držící: Úzkost v hrudi rozpuštěna prací s dechem.

Forma obrany II: neúnavná, nadměrně důsledná: Přeber stažení hrudníku. Polož její ruce zepředu do zóny srdce a svoje ruce polož zezadu do zóny projekce jejího srdce. Poskytni prostor procesuální stránce jejích emocí a poskytni klientce čas pro přijetí jejích emocí a pro

zvládnutí těch reakcí, které její emoce doprovázejí. Řekni, že odvádí dobrou práci a přeber protiřečení.

### **Rigidní falická obranná charakterová struktura**



Ve stejné fázi individuálního vývoje jsou položeny základy i pro druhý podtyp, a to pro muže s rigidní falickou obrannou charakterovou strukturou, kde hlavní roli hraje odmítající otec. Dítě bojuje o status dospělého a usiluje o uznání ze strany otcovské autority. Láska otce však závisí na výkonu dítěte, ale otec je vždy „zklamaný“, očekává od potomka víc. Dítě je nuceno stát se „malým mužem“ dříve, než je na to připravené. Nesmí být dítětem. Cítí odpovědnost a rychle dospívá. Pro takové jedince je charakteristická zvýšená potřeba výkonu, soutěživost, vytrvalost a perfekcionismus. Může být závislý na práci, je logický, racionální, snadno se rozhněvá. Má problémy s vyjadřováním prožitku něhy a jemnosti, zadržuje své emoce. Je stále bdělý a ostražitý, arogantní a soupeřivý, nedokáže se plně uvolnit. Je sexuálně velice aktivní, ale postrádá pocit uspokojení. Život považuje za problém, který je třeba řešit. V kolapsu se objevuje prožitek strachu ze ztráty kontroly, obavy z toho, že nic nedokáže. Bojí se „zranění“ srdce, touží po otcovské lásce a po něze.

Falicko-narcistický se identifikuje s otcem. U tohoto typu rigidní obrany lze počítat s vysokou erekční potencií, ale s nízkou orgasmickou potencií. Člověk s rigidní falicko-kompulzivní obrannou charakterovou strukturou se identifikuje s matkou, vykazuje nízkou genitální aktivitu, je chladný, tvrdý a neústupný v jednání s lidmi. Ne náhodou lidé s rigidním typem struktury inklinují ke kardiovaskulárním onemocněním.

#### **Pracovní tabulka:**

### **Rigidní falická obranná charakterová struktura**

**Vznik:** Na rozhraní vývojové fáze latentní a genitální.

**Etiologie:** Hlavním problémem je odmítající otec. Dítě pocítuje věku nepřiměřenou odpovědnost a rychle dospívá. V životě takového člověka se ale nevyskytují žádná těžká traumata, která vyvolávají jiné výrazné obranné postoje. Rigidní obranná charakterová struktura se vyvíjela jako důsledek frustrace z rodičovské kontroly při usilování o erotické a sexuální uspokojení masturbací a neúspěšně si přeje se této kontrole zcela zbavit. Protože neomezovaný projev lásky a touhy po slasti (což u dítěte splývá) byl rodiči odmítán, pokouší se člověk s rigidním obranným charakterem dosáhnout tohoto cíle nepřímo. Na rozdíl od psychopatického charakteru nemanipuluje, ale manévruje, aby dosáhl tělesné blízkosti. Rigidní typ se bojí vzdávání se, protože každé vzdávání se mu spojuje s podřizováním se nebo selháním. Je stále ve střehu, aby jím někdo nemanipuloval, nevyužil ho, nebo nepodvedl. Svou schopnost ovládat se, kontrolovat zakládá zejména na silném zdůraznění já v kontrole chování.

**Otec:** Odmítající, náročný, vyžadující, vždy zklamaný, odvrací se, chce od dítěte víc. Trestá projevy dětské „sexuality“.

**Základní přesvědčení:** „Musím pracovat, abych byl k něčemu. Pořád je co dělat. Musím být ve střehu, jinak budu zraněný nebo zneužitý. Nemohu se uvolnit nebo oddat. Musím něco dokázat.“

**Charakteristika:** Řeší problém „mít právo cítit, prožívat a pohybovat se směrem k uspokojení“. Zaměřeni na vnější svět. Zdůrazňování reality. Logický. Vážný. Racionální. Zabývá se detaily. Ctižádostivý, bojovný až agresivní. Lehce se rozzlobí. Rigidní. Důrazný. Perfekcionista. Potřeba výkonu. Potřeba obdivu za výkon. Vyrvalý. Orientovaný na soutěžení. Pokouší se získat souhlas a uznání otce. Útočištěm je aktivita. Může být závislý na práci. Pasivita je vnímána jako zranitelnost. Může být svéhlavý nebo vzpurný a pyšný. Bojí se, že bude působit směšně nebo hloupě, když projeví své pocity a touhy, a proto je zadržuje. V pozadí může být i strach z podřízení se, které by znamenalo ztrátu svobody. Má problémy s uvolněním se a s city, něhou a jemností. Strach z oddání se. Zadržuje city. Bojí se spontaneity. Trvale bdělý a ostražitý. Je sexuálně velmi aktivní, ale bez pocitu uspokojení. Neakceptuje neúspěchy. Má rád výzvy. Produktivní. Život považuje za problém, který je třeba vyřešit. Ve stavu kolapsu se objevují pocity strachu ze ztráty kontroly, obavy z toho, že nic nedokáže. Vnitřně se bojí „zranění“ srdce. Ne náhodou tento typ inklinuje ke kardiovaskulárním onemocněním.

**Náhled na existenci:** „Mohu být svobodný, když nemám žádná přání.“

**Pocity:** Strach ze ztráty kontroly, frustrace z toho, že nebude akceptovaný. Strach, že něco nedokáže. Strach ze „zranění srdce“. Cítí, že překáží. Touží po otcovské lásce a po něze.

**Obrana proti:** vyjádření silných a jemných citů.

**Kortikální kontrola:** Nadměrně se kontroluje.

**Strategie při stresu z přetížení informacemi:** Pracovat rychleji.

**Biostrategie:** Být silný a vyrvalý. Být připravený, bdělý. Koncentrovaný, specializovaný.

**Působení síly:** Subjektivní pocit bloku zepředu. Napíná záda.

**Tok energie:** Vysoká hladina energie, ale její tok není spontánní. Vnější kontaktní plochy těla pro kontakty s okolím jsou poměrně silně energeticky nabity, což odráží schopnost prozkoumat skutečnost dříve, než začne jednat. K útlumu dochází na periférii těla, sice to dovoluje proudění energie, ale pouze v omezené míře.

**Působící síla:** Subjektivní vnímání tahu dolů.

**Smysl struktury těla:** Všeobecné napětí. Kontroluje city a chrání se tak před vnějším nebezpečím. Tělo je aktivované pro dobrý výkon.

**Tělo:** Souměrné, má dobré proporce, jednotlivé části jsou harmonicky sladěny. Tělo působí souvisle a integrovaně a stejně tak je i pocitováno. Pohyby jsou dobře koordinované. Klouby jsou napjaté. Připravené, ale tuhé. Postura vyjadřuje: „Dávám si pozor!“ V závažných případech redukována pohyblivost a půvab. Připravenost na výzvy. Záda jsou krátká, především napínače jsou trvale lehce napjaté. Kůže je dobře zbarvená. Rigidní falicko-narcistický je štíhlý a souměrný a vyvolává dojem pýchy. Rigidní falicko-kompulzivní má silnější kostru, mohutné svalstvo, široká ramena a úzký pas a napětí v pánvi. Rovněž vyvolává dojem pýchy.

**Napětí:** Oblastí hlavního napětí jsou současně flexory i extenzory, což vede ke ztuhlosti, k pohybové rigiditě.

- Hlava: Hlava je nesena zpříma. Drží ji vysoko. Napětí na čele. Spodní čelist směřuje dopředu, je silná. Jemné linie ve tváři.
- Oči: Zářící, teprve při výraznější rigiditě jsou bez lesku. Mohou být krátkozraké.
- Krk: Tuhý.
- Plece: Někdy široké, stáhnuté a vytažené „vysoko“. „Plece vojáka“. Vypadá zodpovědně.
- Ramena, ruce: Dobře formované.
- Záda: Může být zvýrazněna bederní lordóza. Silné vzpřimovače. Stáhnuté lopatky.
- Hrudník: Dobře formovaný, pevný.
- Povrch břicha: Většinou plochý, dobrý tonus.
- Pánev: Nabitá, ale „spastická“. Úzká, někdy je vytažená dozadu a nahoru. Vzadu často zaokrouhlená.
- Nohy: Silné, někdy ohnuté, dobře proporcionované. Zadní strana nohou je napjatá.

**Pohyby:** Pohyby a gesta jsou živá a temperamentní. Jisté, energické, rychlé pohyby. Teprve u výraznější rigidity se může projevit pohybová disharmonie.

**Hlas:** Silný, někdy hluboký. Tempo řeči rychlé.

**Dýchání:** Má sklony k břišnému dýchání, které většinou převažuje.

**Látková výměna:** Mírně sympatikotonní.

**Vývojová fáze:** Genitální.

**Obrazy:** Čím vším by mohli být „malí dospělí“.

**Terapeutické postupy:** Pro formu obrany I a II stejné jako v případě rigidní histriónské obranné struktury.

**Strategie kontaktu:** Pro formu obrany I a II stejné, jako v případě rigidní histriónské obranné struktury.

**Opatření:** Feldenkraisovy metody, Alexandrova technika, relaxace, meditace, shiatsu masáž. Bioenergetické a biosyntetické postupy. Práce s dechem. Žádné namáhavé aktivity. Sanoterapie.

**Strategie terapie:**

Forma obrany I: výrazný, pevně se držící: Podpoř pozornost, starostlivost zaměřenou na sebe. Vyžaduj informace o stavu pozornosti, zaměřenosti na sebe. Usiluj o jasnost, jednoznačnost. Klient potřebuje mít pocit, že mu lidé naslouchají. Podporuj příjemný pocit z toho, že zůstanete u „věci“. Pomoz mu vybudovat si pocit vlastní síly a účinnosti. Podpoř vyjádření agrese. Vhodný může být trénink sebezpotvrzování. Nekontaktuj jeho femininní princip, ani s ním

nepracuj. Nenechej se manipulovat dětským chováním. Podpoř domluvu, dohodu. Nenechávej ho odsakovat od věci nebo se trvale rozčilovat. Pracuj s tím, co má smysl a význam v klientově chování pro něho samotného. Vyhýbej se společnému smíchu. Pracuj s vnitřním dítětem. Tvůj způsob vyjadřování má být emočně působivý, nikoliv však manipulativní!

Forma obrany II: neúnavný, nadměrně důsledný: Podpoř to, co vychází z pocitů a prožitků a jejich zakotvenosti v těle. Vyhýbej se planým diskusím a intelektualizaci jeho problému. Pomáhej bezprostředně vyjádřit pocity, emoce, touhy a potřeby. Podpoř vyjádření touhy. Postupuj jemně. Podporuj, aby se dobře cítil s jemnými city. Podporuj jemnost, starostlivost. Podporuj uvolnění. Podporuj pomalý postup, protože vysoké tempo může vést k frustraci. Pomáhej setrvat v radosti. Akceptuj vysvětlení. Dej do rovnováhy aktivitu a pasivitu. Vyhýbej se rychlému a povrchnímu řešení „všech“ klientových problémů, plánů a programů. Odstup od slov a pracuj s dotekem, pocitem, zakotveností a uzemněním.

### **Sondy:**

Forma obrany I: výrazný, pevně se držící: „Všechno, co cítíš, prožíváš, je v pořádku. Neodstrčím tě. Je dobré požadovat to, co skutečně chceš. Jsi hodný lásky takový, jaký jsi. Postarám se o tebe. Jsi cenný člověk. Víím, že máš co dát druhým lidem. Nežraním tě. Dostaneš tolik pozornosti, kolik si přeješ. Mám na tebe dostatek času.“

Forma obrany II: neúnavný, nadměrně důsledný: „Jsem na tvé straně. Nemusíš mi nic dokazovat. Jsi dobrý takový, jaký jsi. Nemusíš nic dělat. Akceptuji tě takového, jaký jsi, s přednostmi i s nedostatky, protože to je lidské. Podpořím tě, když budeš něco potřebovat. Nemusíš mě uklidňovat, že tvoje sdělení nakonec není až tak důležité. Dělat chyby je lidské. Nemusíš dělat nic, abys byl akceptovaný jako člověk. Odpočívat je lidské.“

### **Převzetí:**

Forma obrany I: výrazný, pevně se držící: Sanoterapeutickou prací s dechem rozpust' úzkost v hrudi.

Forma obrany II: neúnavný, nadměrně důsledný: Sanoterapeutickou cestou přeber stažení hrudníku.

## **HISTRIÓNSKÁ OBRANNÁ CHARAKTEROVÁ STRUKTURA**

### **Lidé s touto obrannou charakterovou strukturou nevykazují specifické držení těla.**

Jestliže tato obranná charakterová struktura vzniká v raném vývojovém období, pak představuje protipól schizoidní obranné charakterové struktury. Vzniká-li v genitální fázi, je protipólem rigidní falické obrany (jak jsme již uvedli v předešlých odstavcích).

Patologické směřování podle MKN-10 vede k histriónské poruše osobnosti.

Histriónská obranná charakterová struktura vzniká jako obrana v dětství nebo v dospívání proti do vědomí se čas od času prosazujícím, původně vytěsněným pocitům ponížení, bezmoci, odmítání, doprovázejících traumatizující zážitky dítěte. Může se jednat o tyranizování nebo



sexuální zneužívání dítěte či tvrdá emoční traumata z odmítnutí. Právě vytěsněné pocity jsou skrytou příčinou projevů histriónské obranné charakterové struktury. Těmto pocitům se také člověk brání falešným sebevědomím, maskujícím mimo jiné pocity méněcennosti. (V této souvislosti se také hovoří o disociaci protikladů u tohoto člověka.) Přetrvává jeho problematický vztah k matce, který může mít charakter buď nepřátelský nebo neupřímný, „přeslazený“. V dospělosti se histriónská obranná charakterová struktura projevuje zejména v případě narušených mezilidských vztahů. Tyto vztahové potíže jsou u těchto lidí časté vzhledem k tomu, že jen obtížně je pro ně možné emoční zklidnění. Ve vztahu jsou mnohdy právě autory neklidu až dramatických situací, ale nejsou schopni za svoje chování přijmout odpovědnost. Nepřipouští si projevy svých negativních stránek, pocitu méněcennosti (vytěsňuje je, překrývá falešným sebevědomím atd.), které však jsou zdrojem vnitřního napětí. Cítí vnitřní traumatizující sevření nedokončeným průběhem potlačovaných emocí, spojených s traumaty, s pocity ponížení, bezmoci a méněcennosti. Snaží se z toho sevření uniknout neustálou proměnou svých rolí a masek, ale bez pevného zakotvení své identity. Jestliže nějaký vnější náhodný impulz začne propouštět do obsahu vědomí negativní pocity vyvolané traumatem, reaguje člověk s velkou razancí a afektem či uraženým manévrem. Řešit své problémy lidé s histriónskou obrannou strukturou nedokážou, protože potlačují, vytěsňují z vědomí pocity spojené s traumatem. Nedovolí si znovu takové situace vrátit do obsahu vědomí, prožít je až „na dno“, odreagovat se a odrazit se ode dna, zpracovat a následně zakomponovat tuto svoji těžkou životní kapitolu do svého životního příběhu tak, aby již nebyla zdrojem vnitřního neklidu, nejistoty a psychického napětí. To je pro ně možné pouze v psychoterapii.

## **I.5. Zdroje somatické psychoterapie – sanoterapie**

I.5.1. Elementární teze z anatomie a fyziologie pohybového aparátu vzhledem k jeho činnosti

I.5.2. Základy neurověd

I.5.3. Základy embryologie

I.5.4. Psychosomatická medicína

I.5.5. Manuální medicína, kraniosakrální terapie, shiatsu masáž, rolfing, Feldenkraisovy metody, Alexandrovovy techniky (viz uvedené literární prameny – literatura)

### **I.5.1. Elementární teze z anatomie a fyziologie pohybového ústrojí**

Pohyb je elementárním projevem všech živých organismů a my se ve stručnosti zaměříme na motorického chování člověka. V pohybu je vždy záměr, emoční pozadí a směřování k určitému cíli. Pouze v patologii tomu tak nemusí být. Samotná rytmicita pohybu za určitých okolností může být provázena pozitivní emocí, proto i samotný pohyb sdílený s více lidmi může být cílem. Pozitivní emoční naladění příznivě ovlivňuje psychiku člověka, posiluje jeho vnitřní integritu a napomáhá jeho vnitřnímu klidu, což se navenek projevuje větší stabilitou a jistotou člověka v zátěži. Pohyb má svůj biologický smysl (pro udržení homeostázy – stálosti vnitřního prostředí jako předpokladu zdraví, ať již se jedná o udržení acidobazické rovnováhy či tělesné teploty atd.). Pohyb je nutný pro funkčnost homeostatických mechanismů. Mimo

jiné například i pro udržení funkčního endokrinního systému, který se rovněž podílí na udržení homeostázy. To vše se děje na neuvědomované úrovni. Osobnost, **já** vkládá do procesu záměr a cíl pohybu a rozhoduje o volbě určité cesty z řady možných v prostoru kolem sebe pro dosažení cíle. Motorické chování může sloužit k doplnění energie z potravy, k výstavbě různých tělesných struktur v průběhu dalšího vývoje člověka, k vyladění organismu pro případné prosazení se člověka ve skupině nebo ke komunikaci v mezilidských vztazích či k manipulaci člověka s davem lidí atd. Jindy zase naopak dechová cvičení a speciální pohybové aktivity (jóga, sanoterapie atd.) slouží k terapeutickému působení na zvýšení aktivity těla i flexibility mysli a vede k jejich vyváženosti skrze přirozené psychosomatické a somatopsychické vztahy. Vždy je celý proces doprovázen emočním pozadím, kdy se podle vnitřních a vnějších podmínek vlastního průběhu pohybu může projevit pozitivní emoce nebo naopak strach, úzkost, deprese z únavy apod. Pohybové chování je vždy ovlivňováno minulou zkušeností a aktuálním psychickým stavem člověka, což výrazně ovlivňuje psychomotorickou koordinaci. **Já** nejenže rozhoduje o cíli pohybu, ale také může, pod vlivem prostředí, modifikovat k cíli zaměřený pohyb. Nebo může zcela změnit cíl pohybu až o 180° a podle aktuálních okolností rozhodovat o energeticky hospodárnějším, výhodnějším pohybovém vzorci k dosažení starého nebo nově stanoveného cíle pohybu. Pro rozvoj psychických schopností člověka, pro udržování jeho fyzické zdatnosti a psychické výkonnosti i pro udržení odolnosti vůči stresorům v kontextu zdraví podporujícího chování je pohyb nenahraditelný.

Má-li nastat jakýkoliv pohyb, jakákoliv svalová kontrakce, musí příslušné svalové skupiny získat informaci pro směr a dobu trvání pohybu (agonisté, antagonisté, synergisté) a dostatečné množství energie v odpovídající formě. Agonisté působí pro určitý směr jako iniciátor pohybu, antagonisté působí protipohyb a synergisté spolupracují na pohybu. Jsou-li však v nerovnováze v důsledku různých nepříznivých vlivů, včetně psychogenních, potom se v důsledku svalové dysbalance projevují různé poruchy motorického chování, doprovázející například psychické napětí, nerozhodnost, depresi atd. Energetické systémy (na neuvědomované úrovni) musí s předstihem před vlastním volním pohybem člověka zabezpečit tonické pozadí, například v pravé ruce pro vykonání následného vědomého smysluplného volního pohybu, kterým může být například doprovázen dialog. Aby svaly mohly fungovat v rovnováze, nemůže být v příslušných svalových skupinách pro konkrétní pohyb jedna svalová skupina ochablá (relaxovaná) a druhá zkrácená (kontrahována). Svaly by měly fungovat v rovnováze. A v případech spazmů, svalové dysbalance a bloků v důsledku psychogenních vlivů je možná náprava i cestou sanoterapie.

Zdrojem energie je ATP s makroergní vazbou a není-li energie aktuálně spotřebována, ukládá se energie z potravy v podobě glykogenu ve svalech, v játrech nebo v podobě podkožního tuku. Biochemickou cestou se ATP štěpí na ADP za současného uvolnění energie. ATP je pak z ADP biochemicky obnovována fosfokreatinem uloženým ve svalech. Množství ATP ve svalech je limitováno a není-li doplňováno, rychle se vyčerpá. To je však zdroj energie pro velmi krátkodobý pohyb. Následuje anaerobní získávání energie ze svalového glykogenu pro výkon zhruba po dobu 90 minut. Teprve poté nastává štěpení glukózy za přítomnosti kyslíku. Produktem přeměny při svalové práci je mimo jiné laktát. Je-li svalová práce dlouhodobá nebo z nějakého důvodu náročná a bez regenerace, zvyšuje se koncentrace laktátu natolik, že dochází k tzv. zakyselení a člověk to zažívá jako bolest ve svalech, ztuhlost, ztrátu svalové síly, sníženou schopnost koordinace pohybů a únavu. Jak jsme již uvedli, ATP makroergní vazby, jako zdroj energie, jsou v lidském těle také uloženy jako rezerva v podobě podkožního tuku, kterou lze při dlouhodobé náročné práci úspěšně využívat.

Pohyb člověka od narození zásadně ovlivňuje jeho tělesný i duševní vývoj a přispívá i k vývoji resilience vůči stresorům. V dospělosti je strukturovaný pohyb (ať již se jedná o běžnou chůzi či pohyb rekreační, sportovní nebo taneční aktivity) součástí zdraví podporujícího chování. Přispívá k vnitřní rovnováze a tím i k vnější stabilitě a jistotě člověka. Na straně druhé stav mysli výrazně ovlivňuje pohybovou dynamiku. Bez **já**, jádra osobnosti, bez příslušných biochemických a bioelektrických pochodů, bez korových motorických polí a rozvodných sítí CNS, které rozhodnutí **já** převádí až na nervově svalovou ploténku, aby se pohyb mohl v materiálním světě uskutečnit, se „nic nepohne“! Složité pohybové ústrojí, které zabezpečuje pohyb, může být ve všech svých člancích v různé míře poškozeno, což vede ke změně dynamiky pohybu až k zástavě pohybu. Časté jsou potíže realizačního článku pohybu, muskuloskeletálního aparátu, ať již se jedná o muskuloskeletální vazby a neuronální interakce, o biomechanickou stránku pohybu, o metabolismus pohybu nebo o organické změny v jednotlivých částech pohybového ústrojí. To vše rozhoduje o podobě poruchy pohybu. Konkrétně se to týká kloubních pouzder, kloubů, kloubních vazů, šlach, fascií, svalů, cévního zásobení, lymfatické sítě a kostí. Sanoterapie bere na vědomí a respektuje případnou patologii v uvedených strukturách, ale není kompetentní s nimi léčebně pracovat. Stejně tak léčebně nepracuje s patologií v organizačním a převodním článku CNS, zabezpečujícím pohyb, která vznikla jako důsledek lézí, infekcí, zánětů a nádorů v mozku. V motorických zónách CNS dochází k transformaci rozhodnutí **já** s určitým záměrem a cílem pohybovat se ve vzorci akčních potenciálů. Podle nich pak pracují v režimu nervově svalové ploténky ty svalové skupiny (v binárním režimu; kontrakce x relaxace), které tento záměr a cíl realizují například skrze flexi, extenzi, supinaci, pronaci, cirkumflexi atd. Zjednodušeně uvedeno, konkrétně tak realizují pro člověka smysluplný pohyb v prostoru.

Pohyb je velmi složitý děj, jehož jednotlivé kroky jsou zpětnovazebně kontrolovány a v případě nutnosti korigovány podle změn podmínek v prostředí a podle změny v usuzování člověka. Vyžaduje to permanentní tok četných informací a v každém okamžiku dobré energetické zabezpečení jednotlivých složek pohybového ústrojí. Informace ze všech proprioreceptorů vstupují do zpětnovazebních okruhů a CNS je tak informován o průběžném stavu pohybového ústrojí, což je důležité pro energetické a tonické přednastavení svalového segmentu pro následný krok a pro řízení celého pohybu. Samozřejmě nesmíme zapomenout ani na informace z exteroceptorů, zejména zrakového. Podstatná část děje se odehrává na neuvědomované úrovni. Jestliže se však vyskytne komplikace, vstupuje o ní informace do obsahu vědomí a **já** rozhodne o čase, místě a způsobu řešení problému.

Stejně tak je důležité rozumět pohybovým stereotypům, které se často zdánlivě projevují jako jednoduché zřetězené reakce agonistů a antagonistů, kdy aktivita agonistů tlumí antagonisty, které by proběhly pouze mechanicky. Nejedná se o prostou souhru nebo případný nesoulad například mezi flexory a extenzory, protože pohyb není prosté ohýbání příslušných kloubů. Důležité je, jakou úlohu hrají tyto dílčí úkony v určitém pohybovém stereotypu v různých etapách života člověka. Svalové skupiny totiž musí při došlápnutí jemně kontrahovat tak, aby stabilizovaly koleno a další skupiny svalů v celém těle v následné postuře. Navíc do děje také vstupují specifické signály, které zdánlivě s pohybem nesouvisí, přesto hrají významnou úlohu při spouštění pohybových stereotypů.

Iniciovat vykročení (jestliže klient nemá z nějakého důvodu obavu „někam jít“) je možné výzvou klienta k tomu, aby nejprve zvedl palec na noze. Pak je možné snadněji aktivovat i následující články pohybového stereotypu chůze, a to dorzální flexi chodidla, flexi v kolenou a v kyčli.

O destabilizujícím vlivu psychogenního faktoru (například deprese, úzkostných poruch, neurotických reakcí v mysli člověka, intenzivních negativních emocí, převažujících forem chování s negativním akcentem například paranoidním atd.) na pohybové ústrojí se můžeme přesvědčit ve stoji i v pohybu. Člověk v depresi směřuje k flexnímu držení těla a omezenému pohybu, člověk s paranoidními tendencemi spíše k extenznímu držení těla, kdy musí mít nadhled, aby předešel možnému, jím předpokládanému nepřátelství z okolí, člověk zlostný směřuje k diskoordinaci pohybů a k nestabilitě atd.

Vliv psychogenního faktoru na pohyb si můžeme ověřit na vzpřímeném stoji i na charakteru chůze člověka. Můžeme si vytyčit ověřitelné parametry chůze, jako je rotace pánve v transverzální rovině a pohyb kyčelního kloubu, náklon pánve v sagitální rovině, flexe kolene, rotace chodidla, koordinace flexe kolena s rotací chodidla, laterální posun pánve. Pro chůzi je také důležitý souhyb horních končetin s extendovanými lokty. Poté s přihlédnutím ke specifickým kosterní a svalové stavby a specifickým páteře (trup ovlivňuje dynamiku pohybu) konkrétního člověka můžeme sledovat, jak různé intervenující psychogenní faktory (včetně patických) vyvolávají odchylky v rychlosti chůze, v energetické spotřebě a tudíž i v celkové dynamice pohybu atd.

Polohu ve vzpřímeném stoji zabezpečuje tonus posturálních svalů. Svoji aktivitou udržují pohyblivé části těla jako celku ve vertikále a ve stabilizované pozici. Lépe řečeno, nejedná se o tvarovou stabilitu (tvar těla je proměnlivý), ale o udržení stability určité konfigurace pohyblivých částí těla (pohyblivých i vůči sobě) s jejich opěrnou částí (ploskou nohy) na podložce oproti gravitační síle. To je mimořádně důležité pro pocit jistoty těla v prostoru. Určitá míra nestability (zejména u lidí úzkostných) se například projeví i tehdy, jestliže člověku zabráníme v příjmu informací zrakovým receptorem (jestliže ho vyzveme, aby zavřel oči), kterým jinak fixuje pevné body v okolním prostředí. Zrakem si člověk posiluje posturální jistotu. Také stav bránice, její funkčnost hraje důležitou úlohu ve stabilizaci polohy těla. Jak jsme již několikrát uvedli, o návratu pocitu stability nebo přetrvávání nestability pak spolurozhoduje aktuální psychický stav dotyčného člověka. Držení těla ve vzpřímené poloze a také z něho začínající pohyb a tím i přetrvávající pocit stability či nestability rovněž ovlivňují dýchací pohyby, které mění tvar hrudníku, břišní oblasti i páteře. A dechovou vlnu zase ovlivňuje psychické napětí, intenzivní negativní emoce atd. Volním ovlivněním dechových pohybů lze naopak do určité míry ovlivnit držení těla, vzpřímený stoj a napomoci tak získat zpět pocit větší jistoty a stability. Každý pohyb začíná z postury (statické stability) vlastně náznakem pádu, ale neupadneme, protože máme chůzi stereotypizovanou, zautomatizovanou a člověk se zase při chůzi do postury vrací. **Já** spouští pohyb, ale dále ho nesleduje, sleduje cíl. Nestabilita při vykročení je vyvažována externími silami a setrvačnými silami, které se spolupodílejí na dynamické stabilitě při pohybu. Výraznou úlohu zde však hraje právě míra statické stability jako výchozí bod a konečný bod chůze. I když je chůze zautomatizovaná, je natolik individuální ve svém projevu, že z ní můžeme o člověku dešifrovat řadu důležitých informací.

Při úvaze o stabilitě či nestabilitě vzpřímeného stoje musíme věnovat pozornost těžišti těla. Kolem těžiště těla je rovnoměrně rozložena tělesná hmotnost. Je do něho soustředěna celková hmotnost těla. Centrum tlaku těla se musí nacházet pod těžištěm těla a průmět těžiště těla musí směřovat do roviny opěrné báze a musí být v rámci hranic opory, kterou představuje ploska nohy. Jedná se o plochu vpředu ohraničenou bází metatarzů, vzadu kostí patní, po stranách laterálním okrajem plosky (laterální klenba nožní) a mediálně především příčnou a podélnou klenbou nožní. Patní kost přejímá podstatnou část hmotnosti těla (až 50 %) a přenáší ji na podložku. Přebírá ji z kosti hlezenní, která je spojnicí mezi patní kostí a člunkovou kostí a bérčovými kostmi. Z této členitosti nohy, byť pohyb v jejich kloubních

systemech není příliš rozsáhlý, vyplývají vysoké nároky kladené na svaly, realizující její funkci. Vzpřímené držení těla, jeho podržení ve vertikále je dílem aktivity příslušných svalů a intervenuje zde řada proměnných, včetně možného zásahu **já**, prostřednictvím vědomé kontroly a volní motoriky ve prospěch napřímení těla a ve prospěch udržení stability těla i pocitu stability a jistoty v mysli.

Důležité také je, jak se u konkrétního člověka mění zátěž chodidel ve stoji i v chůzi vlivem vnějších podmínek (například vliv změny polohy opěrné plochy) i vnitřních podmínek (stav nožní klenby, podepírané ve třech bodech (pata, hlavičky metatarzů, laterální okraj chodidla) a ovlivňované aktivitou příslušných svalů. Tvar klenby nožní (laterální, příčné a podélné) také ovlivňuje pozice kloubní hlavice kosti stehenní v kyčelním kloubu a pozice pánve. Pro stabilitu je důležité, zda se osa nohy nachází v kolmici vedené z kyčle do chodidla. Veškeré informace z těchto částí pohybového ústrojí pak mají vliv na stabilizaci těla ve vzpřímeném stoji a rovněž v chůzi.

Zajímavý je vliv polohy kloubní hlavice kosti stehenní v kyčelním kloubu na postavení pánve v sedě a její vliv na křivky páteře. Fyziologické polohy v sedu (s nízkou svalovou aktivitou a tudíž energeticky nejméně zatížené) lze dosáhnout vědomým polohováním skrze mírnou antevertzi pánve (výraznější by zatížila lumbosakrální přechod), nastavením mírně zvýrazněné bederní lordózy, ale s minimální hrudní kyfózou a s napřímením krční páteře. Lidé například pracující dlouhodobě s počítačem tato nastavení činí mnohdy mimovolně, pociťují úlevu, ale následně se zase, bohužel, vrací do pozice nevýhodné se zvýrazněnou hrudní kyfózou. Výše uvedené skutečnosti s odborným výkladem uvádí ve své informačně bohaté studii F. Vélé (2006).

Ke stabilitě přispívá i tzv. osový systém. Pro vzpřímené držení těla ve stoji i při lokomoci je osový systém hlavní bází, od které se každý pohyb odvíjí. Tvoří jej páteř, svaly pohybující páteří, kostra hrudníku a jeho spoje a dýchací svaly. Také aktivita břišních svalů a svaly dna pánevního přispívají ke stabilizaci osového systému a tím v konečném důsledku i ke stabilitě postury. K celkové stabilitě vzpřímeného stoje přispívá i hlava, na kterou působí kaudokraniální vliv postavení pánve, směřující skrze páteř na atlantookcipitální spoje. Samotná hlava, vážící 4,5 až 5 kg je neustále udržována ve vzpřímené poloze, kdy rovina pohledu je v horizontální rovině, ale její těžiště je předsunuto před její opěrnou bázi. To klade zvýšené nároky na svalové skupiny v oblasti kraniocervikálního spojení.

Páteř je pojímána jako funkční celek a pohyblivý osový systém, ovšem současně se skládající z článků i vůči sobě pohyblivých. Ne všechny její články mají stejnou důležitost pro páteř jako celek. Jak jsme již uvedli, pro celkovou její pohyblivost je důležitý funkční stav cervikokraniálního spojení. Funkční poruchy tohoto článku se projevují omezenou pohyblivostí, zvýšeným tonem posturálních svalů a poruchou rovnováhy. Problematické je kompenzování zmíněné poruchy ostatními články páteře, které jsou fyziologicky méně pohyblivé. Další článek, a to cervikothorakální je poněkud komplikovaným spojením, protože se jedná o přechod mezi nejpohyblivější částí a málo pohyblivou částí páteře. Článek lumbosakroiliakální je bází páteře, která má rozhodující úlohu při zabezpečování statiky. Současně působí i jako tlumič rázů při pohybu, které jsou přenášeny z dolních končetin na páteř. Komplikace mohou působit i thorakolumbální přechod a lumbosakrální přechod. Porucha funkce v tomto úseku páteře se projevuje spazmem vzpřimovače trupu, zkracováním a tuhnutím bedrokyčlostehenního svalu, které přinášejí problémy při vykročení, což negativně ovlivňuje dynamickou statiku při pohybu po delší dobu. Fyziologicky pak nefunguje ani přímý břišní sval a čtyřhranný sval bederní. Přímý břišní sval za fyziologických podmínek při fixaci pánve zabezpečuje flexi trupu, při fixaci trupu mění sklon pánve a také spolupůsobí

jako břišní lis při tlaku na vnitřní orgány a je pomocným svaem výdechovým. Pomáhá i jako sval posturální. Čtyřhranný sval bederní zaklání a uklání páteř a je pomocným svaem dýchacím. Každá blokáda jednoho pohyblivého segmentu osového systému může být po určitou dobu kompenzována jiným segmentem. Ovšem každé pohybové omezení v jednom segmentu vede k hypermobilitě v jiném segmentu, a to se všemi následky takového přetěžování.

Znovu připomínáme, že fyziologický stav (přirozeně nastavenou aktivitu svalů a nízkou energetickou náročnost pro statickou stabilitu i dynamickou stabilitu) každého pohyblivého článku páteře a také ostatních pohyblivých částí těla výrazně ovlivňují intervenující psychogenní faktory. Psychicky lze ovlivňovat stabilitu těla ve stoji a stabilitu a jistotu při chůzi. Každá svalová dysbalance, spasmus, blokáda, destabilizace na úrovni těla pak zase zpětně negativně ovlivňuje mysl člověka a zesiluje pocit nejistoty.

V přirozeném stoji vzpřímeném jsou nohy rovně u sebe, s takovou mezerou mezi chodidly, kde paty jsou od sebe na šířku jednoho chodidla a špičky svírají úhel přibližně 30°. Opěrná báze má podobu lichoběžníka. Krátkou stranu představuje spojnice pat, nejdelší stranou je spojnice hlaviček metatarzů a boční strany tvoří laterální okraje chodidel. Do středu této lichoběžníkové opěrné plochy se promítá těžiště těla. Čím větší opěrnou plochu potřebuje člověk zaujmout, tím s větší pravděpodobností lze uvažovat také o intervenci psychogenního faktoru a určité míře nestability například v důsledku úzkosti, strachu, psychického napětí apod. Je přirozené, když je na jedné noze o něco větší zátěž než na noze druhé, ale rozdíl by neměl být více než zhruba 15 % celkové hmotnosti člověka, aby se jednalo ještě o normální vzpřímený stoj. Kolena (nemají být vybočena a ve „zpětném“ ohnutí, zakřivení), paty mají směřovat do směru osy nohy, laterální směr nebo mediální směr signalizuje zvýšení či snížení podélné klenby nožní. Všimáme si toho, zda kolena nemají tendenci se o sebe opřít (tendence „jít do kolena“), signalizující tendenci člověka ke kolapsu, vzdát se. Kyčle jsou mírně napjaty a pánev má těžiště nad spojnici středů kloubů kyčelních, břišní svalstvo ve fyziologické normě není ochablé. Jestliže se jedná o výrazně zvýšené svalové napětí v těchto úsecích tělesného schématu (například v důsledku psychického napětí), potom se jedná o zvýšené úsilí o dosažení stability a pocitu jistoty a člověk následně pociťuje rychlý nástup únavy. Páteř má mít mírně převažující prohnutí bederní lordózy nad hrudní kyfózou a mezi nimi by měl být plynulý přechod. Při zvýrazněné bederní lordóze bývá vyklenutá břišní krajina buď ve výši pupku nebo ve výši podbříšku (břicho pak „visí“), která je doprovázena zvýrazněnou hrudní kyfózou („kulatá“ záda). To vše svědčí o ochablosti příslušných svalových skupin a o potížích jak somatických, tak i psychických. Vybočení linie trnů obratlových v předklonu signalizuje možnou skoliózu. Stabilitu a tvar hrudníku ovlivňují dýchací pohyby a jejich abnormální projevy mohou signalizovat například neurotickou reakci člověka na zátěž. Při normálním (přirozeném) vzpřímeném stoji jsou lopatky naplocho položeny na hrudníku a ramena jsou v rovině pod ušními lalůčky. Hlava je vzpřímená, pohled směřuje dopředu. Tato pozice hlavy je rovněž silně ovlivňována psychogenními faktory. Na jedné straně rovina pohledu je horizontální a udržuje hlavu ve vzpřímené pozici, na straně druhé je těžiště hlavy předsunuto před její opěrnou bázi (okcipitální kondyly). Proto samotná váha hlavy vede k tendenci sklánět ji dopředu a dolů. Přidají-li se neurotické reakce, stojí to člověka značné úsilí udržet hlavu vzpřímenou, což se mimo jiné projeví i zvýšeným napětím, zejména zadních hlubokých šíjových svalů a bolestí v oblasti šíje. Pohyb v tomto úseku je však komplexní a postupně se do napětí dostávají i zadní krátké šíjové svaly a svaly z celého okolí, včetně horního okraje svalu trapézového. Jestliže je zvýrazněna cervikální lordóza, jedná se o důsledek ochablých svalů. Při pohledu zepředu posuzujeme například i to, zda se hlava „schovává“ mezi ramena (zda člověk má tendenci zvedat ramena a držet je v této nefyziologické pozici). Signalizuje

tím, že pocítuje příliš silný tlak zákazů, příkazů, norem atd., ať již vysílaný rodiči, různými autoritami či nekompromisními karateli a kazateli. Superego člověka pak vyvíjí přílišný tlak na jeho ego.

Je-li člověk ve vzpřímeném stojí zády u zdi, pak se zdi dotýká týl, lopatky, hýždě, lýtka a paty bez svalového napětí. Spustíme-li od týlu kolmici k podlaze, potom vede od týlu, dotkne se hrudní kyfózy, poté prochází mezi hýžděmi a směřuje do středu spojnice zadních okrajů pat. takový stav je pro člověka příznivý a nevyžaduje úsilí.

Chceme-li klientovi pomoci k napřímení se ve stojí a přitom k posílení jeho stability a pocítované jistoty, začneme u plosky. Při normálním vzpřímeném stojí je zátěž rozložena přes klenbu nožní, opírající se o patu (až 50 % zátěže), hlavice metatarzů malíku a bazální článek palce (nesoucí větší podíl zátěže než malík). V případě potřeby je možné posílit stabilitu zvýrazněním tlaku na bazální článek palce oproti podložce, popřípadě přidat na tlaku i na hlavice metatarzů malíku. Dále je možné povzbudit vzpřimovací akci trupu i pohledem vzhůru a nádechem. A naopak, ohýbání trupu napomůže výdech a pohled dolů. Důležité je prsty nezatínat do podložky ani je nezvedat. (Při práci s dechovou vlnou lze nádech facilitovat zvedáním palců na noze a naopak stlačením palců dolů lze facilitovat výdech.)

Výše uvedené poznatky umožňují v klinické praxi již ze vstupu člověka do psychoterapeutické ordinace, z jeho chůze, z architektury jeho dechové vlny, čili z dýchacích pohybů, z jeho hlasového projevu atd., dešifrovat řadu významných informací. Ty pak napomáhají pokládat konkrétnímu člověku jemu rezonující a k jeho problému hlouběji zacílené dotazy. Somatický psychoterapeut tak nestresuje budoucího klienta četnými obecnými otázkami a současně si může již během dialogu vytvořit pregnantní hypotézu o zdravotním stavu klienta.

Práce s dechem je ve všech větvích somatické psychoterapie. Na dýchacích pohybech se podílí široké spektrum skupin svalů od bránice, přes svaly mezižební, svaly šijové, hrudníku, zádové, břišní i svaly dna pánevního. V určitém rytmu zabezpečují dýchací pohyby a nepracují prvoplánově jako agonisté a antagonisté, jako svaly inspirační a svaly expirační, ale ve velmi složité vzájemné souhře. Přitom ovlivňují statickou i dynamickou stabilitu a ovlivňují tak nejen konfiguraci jednotlivých pohyblivých segmentů těla vůči sobě, ale držení celého těla (posturu) při vzpřímeném stojí a také během pohybu. Navíc dýchací svaly jsou řízeny nejen neuvědomovaně, automaticky z dechových center (dechová frekvence je závislá na stavu vnitřního prostředí a na spotřebě kyslíku), ale i vědomě volným úsilím. **Já** tak může do dechové vlny zasáhnout a účelově ji ovlivnit. Proces nádechu i výdechu má rovněž vliv i na jiné funkce. Nádech současně posiluje aktivitu posturálních svalů a podněcuje aktivitu pohybového aparátu. Krátké zadržetí dechu po nádechu a před následným výdechem se projevuje například při usilovném soustředění se na nějaký prováděný úkon. Výdech naopak má inhibiční vliv. Tohoto efektu se využívá pro uvolnění svalového napětí v průběhu relaxace, když se po mírně prodlouženém výdechu bez úsilí a námahy na chvíli zadržetí dech před následným nádechem.

Úpravou dechového rytmu lze také předejít některým formám vertebrogenních poruch. Při výdechu je lépe podporovat napřímení páteře než její tendenci k flexi, která by byla nevýhodná pro posturu. Při nádechu se snižuje klenba brániční (působí jako napjatá membrána mezi dutinou hrudní a břišní). Tím se zvyšuje tlak v břišní krajině, aktivují se svaly dna pánevního a svaly břišní stěny. Zvětšuje se dutina hrudní, protože dolní žebra se rozevírají do stran, horní se zvedají vertikálně a plíce se tak naplní větším objemem vzduchu. Postupně vzrůstající břišní tlak stabilizuje bederní úsek páteře. Při výdechu se bránice opět

vyklene a na zmenšení hrudníku se vedle mezižebních svalů také podílí svaly břišní a zádové. Je zde nižší svalová aktivita, než v případě nádechu, protože se zde uplatňuje energie získaná při nádechu během rozpínání hrudníku. Není třeba ani zdůrazňovat, jak silný vliv na výše uvedené procesy má stav mysli člověka, jeho emoční labilita, psychické obtíže, ale i poměr mezi rizikovými a protektivními faktory ve struktuře osobnosti a stav jeho resilience.

V somatických psychoterapiích musí mít psychoterapeut současně dobré znalosti i o stavbě svalu a jeho uložení v podpůrné vazivové tkáni, která se vyznačuje elasticitou. Bez tohoto vaziva by sval byl pouhou hromadou svalových vláken, bez možnosti se upnout ke kostře a uskutečnit svoji elementární funkci – uskutečnit pohyb. Tato vazivová tkáň má, metaforicky řečeno, podobu stromu. Tenká vrstva vazivových větví svalu obaluje jednotlivé svalové snopce a jejich silnější vrstva pak obaluje větší počet těchto snopců do větších celků. Vazivové větve přecházejí v korunu, čili ve fasciální obal svalu, který nakonec vyústí v kmen v podobě úponu, končícího na periostu kosti nebo na jiných tkáních. Sval může reagovat rychle (rychlou frekvencí svalových záškubů), kdežto vazivo je pomalejší, což má svůj fyziologický důvod a to, že „uhlazuje“ tyto záškuby a zabezpečuje tak „navenek“ hladký pohyb. Aby fascie mohly plnit svoji funkci, musí být zabezpečena jejich posuvnost a protažitelnost. Jestliže jejich posunlivost není fyziologická, cítíme odpor, ještě to neznamena patologii, ale může to na patologii zakládat. Svalem také vede (jeho středem) arteriální síť i venózní síť, kdežto lymfatická síť vede pod povrchovou fascií. Jestliže je člověk v psychickém napětí, prožívá-li intenzivní strach, rozvíjí-li se chronický únavový syndrom nebo jiné obdobné formy psychických potíží, potom zcela zákonitě to vede i k prolongované svalové kontrakci bez relaxace svalových snopců a fascie, která je obaluje, ztrácí elasticitu a „lepí se“ na povrch svalových vláken. Zhoršuje se i průtok tekutin výše uvedenými sítěmi, což vede k jejich hromadění v určitých částech svalu. Člověk pak vedle psychických potíží zažívá i pokles síly, pociťuje tíhu, únavu a bolest ve svalech, má potíže při snaze o pohyb, popřípadě nastane kolaps. Tím se uzavírá patologický kruh, protože uvedené tělesné příznaky cestou somatopsychickou zvyšují intenzitu původních psychických symptomů.

Z toho, co bylo doposud uvedeno jednoznačně vyplývá, jakým značným přínosem může být pro člověka s psychickými obtížemi propojení psychoterapie s fyzioterapií a kineziologií. Pro hlubší studium dané problematiky doporučujeme významné publikace, které vydal například F. Véle (2006), K. Lewit (2003), V. Vojta, A. Peters (1992), E. Rychlíková (1997) a další.

### **I.5.2. Základy neurověd**

Pro teoretické zázemí sanoterapie je jedním z jádrovým problémů nalezení pregnantní odpovědi na otázku, zda lidská psychika je specifický kvantový fenomén, nebo zcela jiný, zatím neznámý, sebe sama si uvědomující fenomén, který jsme pracovně nazvali C-fenomén (consciousness phenomenon).

To, co v tomto kontextu musí klinický psycholog, neuropsycholog a současně stoupenec somatické psychoterapie – sanoterapie nutně vykonat, spočívá v nalezení odvahy k takovému myšlenkovému kroku, kterým by pro začátek vstoupil do paradigmatu uvažování kvantových fyziků a matematiků, hledajících odpovědi na otázky o podstatě vesmíru, o počtu rozměrů časoprostoru, o kvantové podstatě všech věcí, včetně mozku a lidské psychiky. Avšak základním omylem dosavadních elementárních pokusů (například „kvantové“ psychologie) je, že se pokouší vycházet z dosavadních teorií vícerozměrného časoprostoru a z kvantové teorie. Ale to není cesta k posunu ve vědeckém poznání podstaty lidské psychiky. Dosavadní



teorie vícerozměrného prostoru (hyperprostoru), a to od Kaluža-Kleinovy teorie (v této nové teorii gravitace pokládali světlo za chvění v pátém rozměru), přes teorii superstrun M. Greena, J. H. Schwarz a E. Wittena (1987; Cambridge Univ. Press), až po sjednocující M-teorii E. Wittena (1995; Univ. J. K.), jsou spíše „matematické floskule“, než most pro přechod od takto zobecněných vědeckých poznatků k reálnému psychickému fenoménu. A také ani v jednom případě se neuvažuje o aktivním sebe sama si uvědomujícím kvantovém C-fenoménu, kterým je hypoteticky lidská psychika.

Například v M-teorii se jedná o syntézu pěti dosavadních, podle autora nosných, teorií strun, které ve skutečnosti popisují jeden a týž fenomén z různých úhlů pohledu. M-teorie počítá s existencí dvanáctidimenzionálního časoprostoru (11 dimenzí plus čas). Problémem je, že jedenáctou dimenzi již nelze matematicky popsat reálným číslem. Co je však nesmírně pro nás cenné, je možnost považovat tyto teorie spíše za výchozí modely, podstupující proces dalšího rozšiřování či korekce v uvažování fyziků a matematiků, směřujících k vytyčení sjednocující teorie.

Takové paradigma uvažování o jevech (včetně lidské psychiky) umožňuje pochopit podstatu takových jevů, jako je elektromagnetické vlnění, které současně vykazuje jak vlnové, tak i částicové vlastnosti. Tato dualita byla ještě před několika lety popírána. Důležité také je, že pro každé vlnění v daném prostoru platí princip nezávislosti vlnění a princip interference. Každé vlnění se šíří tak, jako kdyby tam jiné vlnění nebylo (i když tam ve skutečnosti je!). Různá vlnění se skládají ve složené vlnění (interferenční jev). Tato myšlenková cesta současně vyžaduje porozumění myšlenkové cestě fyziků a matematiků, směřující k vytyčení teorie superstrun (která tvrdí, že hmota se skládá z malých kmitajících strun a určitá frekvence odpovídá konkrétní elementární částici) a úvahám o dimenzích časoprostoru. Vědci zatím neznají ani odpověď na otázku, kde vznikl prvotní impulz k rozkmitu strun. Přitom se však vychází z teoretického předpokladu, že před velkým třeskem existoval desetiřozměrný prostor, který však byl nestabilní a rozpadl se (velký třesk) na dva prostory. Jeden je ten, ve kterém existujeme a který se rozpíná (čtyřdimenzionální), a druhý je šestidimenzionální, který se svinul.

V prvoplánovém uvažování by se mohl nabízet závěr, že lidský mozek jednak poskytuje čtyřdimenzionální prostor pro biochemické a neurofyziologické děje a jednak svojí specifickou architekturou a skrze opakující se „velké třesky“ (čili skrze permanentní pohyb akčních potenciálů a jejich transformace v psychické jevy) umožňuje existenci specifického vícedimenzionálního (šestidimenzionálního) prostoru, a to lidské psychice, kde se informace (myšlenka) pohybuje bez bezprostřední závislosti na svém materiálním nosiči a bez ohledu na jeho čtyřdimenzionální časoprostorové omezení. Jestliže na neuronální úrovni uvažujeme o kvantových fenoménech ve čtyřdimenzionálním prostoru (za jejich materiální nosiče považujeme mikrotubuly), pak v případě lidské psychiky nelze uvažovat o šesti dimenzích ani o deseti dimenzích. Musíme jít až za desátou dimenzi, teprve snad až ke 13. dimenzi, kterou lze hypoteticky považovat za sebe sama si uvědomující dimenzi. Zatím nevíme, co je to za formu kvantového fenoménu, nebo zda se již jedná o zcela nový, zatím nepoznaný a nepopsaný fenomén. Pracovně ho nazýváme C-fenomén. Za současného stavu vědeckého poznání a se stávajícími prostředky zatím nejsme schopni proniknout do jeho dimenzí. Velkou nadějí jsou (a domníváme se, že i pro neurovědy) vědecké výzkumy v CERNu, kde se výzkumníkům pravděpodobně již podařilo na elementární úrovni rozkmitat strunu tak, že se projeví některé elementární částice. A právě s těmito vědci hodláme vstoupit do kontaktu při řešení problému podstaty nejsložitějšího jevu ve vesmíru, kterým je lidská psychika a její potenciál.

Z úhlu pohledu somatické psychoterapie – sanoterapie je jedním z nejdůležitějších kroků pregnantní ověření potenciálu člověka (i míry eventuální patologie) potřebného pro uskutečnění změny v jeho dosavadním uvažování o sobě i o světě, který ho obklopuje, a která se rovněž projevuje i jako specifická změna neuronální komplexity. Předpokládáme, že se tato změna promítne do chování a prožívání člověka jako změna jeho životního stylu ve prospěch zdraví podporujícího chování, vedoucí v konečném důsledku ke zlepšení kvality života. Přitom vycházíme z faktu, že každá změna stávajícího paradigmatu uvažování člověka „o věcech a jevech“ současně představuje zátěž jak pro mysl, tak i pro relevantní neuronální strukturu. Pro mozek i pro **já** jako jádro osobnosti není z počátku snadné překročit stereotypní jednání. Z toho důvodu očekáváme, že současná analýza míry psychické a fyzické odolnosti člověka nám umožní predikovat, zda se taková změna stane relativně trvalou a skutečně povede ke zlepšení kvality života dotyčného člověka, nebo přetrvá pouze krátký čas po psychoterapii, neurorehabilitaci nebo resocializaci, či nenastane vůbec.

Proto je nejdříve nutné zjistit, jak se v případě konkrétního člověka projevuje míra ochoty nebo neochoty přijmout pro něho novou neobvyklou realitu, nutnost změnit svoje chování apod. Důležité je ujasnit si, jaké mechanismy a zákonitosti se uplatňují v případě odmítání něčeho jiného, než na co je člověk doposud zvyklý, i když mu to třeba objektivně škodí, a to nejen na úrovni psychické, ale i na úrovni neurofyzilogické a biochemické (viz například psychická a fyzická závislost na etanolu). Přes fascinující schopnost neuroplasticity je mozek ve své činnosti „konzervativní“. Metaforicky řečeno, to základní, o co se živému mozku jedná, je v každém okamžiku dostatečně energeticky zabezpečený permanentní informační tok a jeho zpracovávání. Bez této „náplně“, bez permanentního toku relevantních informací by existence mozku ztratila smysl.

Mozek se ve své činnosti mimo jiné řídí principem energetické úspornosti. Jestliže je něco prezentováno odlišně od toho, co se mozek naučil vnímat a informačně zpracovávat, může jím být odmítáno. Pro mozek je totiž energeticky úspornější zpracovávat informace v naučeném režimu, než přestrukturovat stávající konfigurace aktivních neuronálních okruhů v neuronálních sítích, které spolu interagují a představují tak komplexní informační systém. V tomto dynamickém informačním systému se uplatňují inhibiční a aktivační mechanismy v souladu s biologickým smyslem (viz A. R. Damasio, 1999, 2000, 2004), aby na biologické úrovni nenastaly takové změny neuronální komplexity, které by v konečném důsledku vedly k chaosu a zániku celého živého organismu. Avšak změny v prostředích vyvolávají změny v interakcích a vychylují homeostázu do nerovnovážného stavu. Z toho může generovat deterministický chaos, který je však šancí pro pozitivní vývojovou změnu struktury CNS nebo pro změnu v aktivitě neurotransmiterových receptivních míst. V případě abnormality až patologie se může naopak projevit stochastický chaos prohlubující nestabilitu živého organismu. Přes fascinující schopnost neuroplasticity je mozek ve své činnosti „konzervativní“. Brání se „novotám“ například tak, že stahuje nové, neobvyklé informace do stávajících neuronálních okruhů. Tím informace ztrácí na novosti i významnosti pro jedince a je neutralizována.

Lidský mozek „dopltil“ na to, že ze své podstaty generuje lidskou psychiku, protože ta funguje na jiném principu, než neurofyzilogie CNS. Jak již bylo uvedeno, lidská psychika se nespokojuje s neurčitostí, chaosem, „nepořádkem“, nýbrž usiluje o řád. Přestože jsou někdy premisy chybné, v krajní situaci raději přijme následující, na nich postavený pseudologický celek, s cílem snížit psychické napětí a vysoký výdej energie. Fascinující na lidské psychice ovšem je, že **já** jako jádro osobnosti má i „klíč“ k tomu, aby se psychika člověka dostala z ustálených schémat a nestagnovala. Lidská mysl, **já** jako jádro osobnosti, pomocí tohoto „klíče“ rozhoduje v konečném důsledku i za mozek o směru dalšího vývoje. Tím klíčem je

schopnost klást si otázky, originální myšlení, tvořivost, intuice, touha objevit něco nového, vůle, schopnost předvídat a sebezpřesah. To vše umožňuje, aby se **já** v případě nejasných a otevřených situací, na základě aktualizovaného motivu k novému řešení, rozhodlo stanovit si tomuto motivu odpovídající cíl. Člověk pak směřuje k vyhledávání nového a neobvyklého řešení starého problému při zachování smysluplnosti takového postupu. Tím si otevře cestu pro procesy, které v souladu s neuroplasticitou mozku souběžně vedou ke změně na úrovni synaptické, modulární a multimodulární v neuronálních sítích, zejména těch, které jsou napojeny na prefrontální mozkovou kůru. Na strukturální a funkční změnu má také vliv schopnost tzv. laterálního myšlení (viz E. de Bono, 1971). V této souvislosti je nutné věnovat zvýšenou pozornost i faktu, že stavbu mozku v raném dětství ovlivňuje také převažující kladné emoční pozadí (C. Trevarthen, 1990). Ovšem kladné emoční pozadí, dispoziční optimismus (Ch. S. Carver, M. Scheier, 2002), příznivě ovlivňují míru neuroplasticity mozku (i když nikoliv v takové míře jako v dětství) při získávání nových zkušeností a nových poznatků a operování s nimi po celý další život člověka.

Potvrdit nebo vyvrátit hypotézu, že psychický fenomén (který má nejen nelineární povahu, ale současně je oproti materiálnímu jevům vícerozměrný) je specifický kvantový fenomén se zcela specifickou konfigurací kvantových vln vzhledem tomu, že se jedná o samoorganizující, seberegulující a sebe si uvědomující živý dynamický systém na makroskopické úrovni, nelze v průběhu jednoho výzkumného projektu. Tak složitý problém je možné řešit pouze transdisciplinárně a po etapách, kdy výsledky jedné ukončené etapy jsou současně zdrojem informací pro konstituování etapy následující.

Na této cestě výzkumného řešení bazálního problému neurověd a psychologických věd existuje řada překážek, které je nutné souběžně zpracovávat. Jednou z nich je skutečnost, že mezi neurovědci a psychology je zatím menšina těch, kteří jsou ochotni připustit a argumentovat v tom smyslu, že lidská psychika je přece jenom odlišná od všeho, co jsme doposud byli schopni přístrojovou technikou odhalit, analyzovat a poznat. Dokonce se ani nedaří dospět k jednoznačnému konsenzu, že psychický a neurofyziologický fenomén není jedno a totéž a že se také nejedná pouze o odlišný úhel pohledu či roviny zkoumání psychických funkcí a jejich konektivity s příslušnými konfiguracemi pracovních konstelací neuronů. Přitom porozumění zásadním odlišnostem na straně jedné a souvislostem na straně druhé v případě psychických a neurofyziologických funkcí je klíčové pro další vědeckou analýzu vztahu mozek a lidská psychika, mozek a osobnost. To však vyžaduje radikálně změnit dosavadní paradigma uvažování o zkoumaných psychických a neurofyziologických jevech a vytvořit nový koncept vědeckého myšlení. Jinak nepochopíme, jak v každém okamžiku je ohromné množství senzitivních, sensorických i motorických informací o každém předmětu a jevu reality, o stavu vlastního těla atd. současně sériově a paralelně distribuováno neuronální sítí (podle různých modalit vnímání) do různých aktuálních konfigurací pracovních konstelací neuronů v CNS. Nepochopíme, jak simultánně aktivními receptivními místy neuronů v různých strukturách CNS proudící informace interagují s minulou zkušeností, aby se nakonec propojily ve vnímaný a uvědomovaný kontinuální děj, celek (obsah vědomí), subjektivně vnímaný, s možností znovu si ho vybavit a v každém okamžiku si uvědomit, že „mně se to smysluplně děje“.

Problémem je, že neznáme tu strukturu v rámci CNS, kde se tato syntéza původně oddělených informací o předmětech a jevech reality uskutečňuje. Tyto interagující, sériově a paralelně probíhající děje musí být rovněž energeticky dobře zásobovány. Zatím jsme schopni dosavadní přístrojovou technikou maximálně zaznamenat abnormality neuronální aktivity celého mozku a s tím související změny parametrů neuronální komplexity v konektivitě s psychickými fenomény, projevujícími se na behaviorální rovině charakteristickými

změnami v chování a prožívání člověka. O celku však v konečném důsledku rozhoduje **já** jako jádro osobnosti a jako nejvyšší instance v hierarchickém regulačním systému mozku a lidské psychiky. **Já** rozhoduje mimo jiné i o tom, které konfigurace informací jsou ještě důležité a které již nikoliv. V tomto kontextu tak rozhoduje o zapojování aktivačních či inhibičních mechanismů v příslušných receptivních místech synaptických spojů. Proto perspektivní vize v neuropsychologii, nové paradigma vědeckého uvažování o lidské psychice jako o specifickém kvantovém fenoménu, musí směřovat k vytyčení takových výzkumných strategií, které povedou k odhalení a pochopení mechanismů a zákonitostí uplatňujících se ve struktuře osobnosti s její konektivitou se strukturou celého mozku. Hlavní cesta, kterou postupují současné psychologické a neurovědní výzkumy v dané oblasti a která je lemovaná výzkumnými projekty zaměřenými na zkoumání pouze dílčích psychických fenoménů, pojímaných jako jevy lineární povahy, je cestou jednoznačně slepou.

Specifičnost lidské psychiky je dána skutečností, že se jedná o samoorganizující, seberegulující a sebeuvědomující se živý dynamický systém na makroskopické úrovni. V této monografii se nebudeme podrobně zabývat pracemi Herberta Frohlicha (1970, 1975), D. Deutche (1985), I. M. Glynya (1990), S. R. Hameroffa (1982, 1990), R. Hagga (1992) a řady dalších, jejichž studie představují východiskovou teoretickou základnu pro vlastní koncepci psychického fenoménu jako specifického kvantového fenoménu. Na tyto práce odkazujeme případně zájemce o hlubší vstup do dané problematiky. Pro názornost uvedeme jen některé úvahy například H. Frohlicha, který do svých teoretických úvah organicky začlenil i koncepci Bose-Einsteina (In: E. Paige, R. Matthews, 2011). Z jeho úvah pro nás vyvstává podnět pro hledání odpovědi na otázku, jak by se mohl kvantový fenomén manifestovat na makroskopické úrovni v živém mozku. H. Frohlich mimo jiné dospěl k závěru, že během konformačních přechodů (jedná se o molekulovou dynamiku) dochází ke změně řady proteinových funkcí, jako například signálních přechodů, otevírání nebo zavírání iontových kanálů a dalších funkcí, a to vše rychlostí, která je udávána v piko či nanosekundách. Kvantové koherentní stavy proteinů jsou tvořeny kvantovou superpozicí dvou navzájem odlišných konformačních stavů. Za určitých podmínek dochází k delokalizovanému stavu elektronu v hydrofobní oblasti proteinu a zároveň s tím k delokalizovanému stavu konformací proteinů. Jednotlivé proteiny pak mají šanci stát se v daném časoprostorovém okamžiku součástí jednoho kvantového stavu.

V této fázi úvah se musíme ve stručnosti zmínit také o těch strukturách, které mají předpoklady pro to, aby se staly nositeli takového specifického kvantového fenoménu. Těmito strukturami jsou mikrotubuly v cytoskeletu, které mají tvar trubic složených z jedné vrstvy dimerních podjednotek molekul alfa a beta tubulinových dimerů (S. R. Hameroff et al., 1982, 1990). Mikrotubuly trvale polymerizují a depolymerizují, vytvářejí společně s asociovanými proteiny (MAP – microtubules associated protein) rozsáhlé sítě a ovlivňují buněčný tvar a funkce i synaptické spojení neuronů. Buněčná architektura a synaptické spojení mohou být rychle změněny mikrotubulární přestavbou. Mnoho organizovaných cytoskeletálních funkcí je realizováno aktivitou MAP. Některé MAP (například kinesin) působí jako motory a přenáší materiál mezi mikrotubuly. Řada výzkumů rovněž poukazuje na souvislost cytoskeletu s kognitivními funkcemi (například snížený kognitivní výkon koreluje s úbytkem dendritického MAP-2). Mikrotubulární dysfunkce jsou prokázány i u Alzheimerovy choroby.

Vliv informačního systému cytoskeletu na přenos signálů a na procesy zpracování informací je výzkumně prokázán. Projevuje se skrze konformační vzorce tubulinových dimerů uvnitř mikrotubulů, které jsou právě reprezentanty informací. Tyto konformační vzorce stavů tubulinových dimerů se chovají jako celulární automaty a reprezentují informační procesy v buňkách, včetně regulace synaptických spojení neuronů. Kvantový stav mozku v daném

čas a prostoru závisí na počtu tubulinových dimerů účastnících se na kvantovém stavu a tudíž i na počtu v daném okamžiku na přenosu informace spolupracujících neuronů, propojených dynamickou interakční sítí, která v každém okamžiku permanentně zpracovává informace z vnějšího a vnitřního prostředí. Kvantový stav je tedy permanentně ovlivňován informačním tokem generujícím z interakcí (vzájemného působení) vnějšího a vnitřního prostředí a změnami těchto interakcí. A právě interakční změna je stimulatorem této dynamiky. Ovšem interakce znamenají působení mezi jevy, které vzájemně interferují. Proto se nejedná o kauzální efekt. Zároveň je důležité, že komplexní psychické děje a komplexní neurofyziologické procesy jsou spojeny kvantovou dynamikou a tvoří kvantovou celistvost nezávisle na čase a na vzdálenosti v prostoru neuronálních sítí. Jinak by nebyla možná existence například takových stabilních, v čase konzistentních psychických fenoménů jako je **já**, představující jádro osobnosti, nebo celistvých a v čase a prostoru stabilních projevů složitého chování. Psychické fenomény se intencionálně neprojevují jako suma jednotlivých mozkových funkcí, ale jako fenomény samy o sobě. A přitom v každém z nich je současně zahrnutý celek („mně se to děje“). Analýza mechanismů a zákonitostí, které se spolupodílejí na zabezpečení v celistvosti se projevujících komplexního, v čase a prostoru stabilního reálného psychického fenoménu, kterým je osobnost, představuje šanci pro vědecký posun v poznání lidské psychiky. Tuto šanci však neposkytuje zkoumání pouze dílčích psychických fenoménů, jako jsou například výzkumy zaměřené na kognitivní výkon, exekutivní funkce, emocionalitu atd. Nejenže nemáme takové přístroje, které by umožňovaly zkoumat tyto jevy, jež jsou nelineární povahy, ale ani nemáme nástroje k analýze změn v interfunkčních souvislostech mezi psychickými fenomény a jejich dopad na celek, který není pouhou sumou interagujících psychických fenoménů, ale novou kvalitou, manifestující se například v obsahu vědomí. V podstatě se jedná o určitou konfiguraci informací v kvantovém poli, konfiguraci energeticky nenáročnou (jsou-li ve svinuté podobě) a přesahující hranice časoprostoru materiálního světa. Tyto konfigurace informací, mající charakter kvantových struktur, existují krátce v rozvinuté podobě v obsahu vědomí (v tom případě si nárokují energii, což se projevuje i energetickou aktivitou příslušných pracovních konstelací neuronů), jinak jsou latentně přítomny ve svinuté podobě.

Pro názornost postačí například si uvědomit, jak obrazy a představy, data o minulých událostech se v obsahu vědomí mnohdy prolínají, interagují v obsahu vědomí se současně vnímanou realitou, přičemž do tohoto dění vždy vstupuje a o interakcích kvantových struktur rozhoduje stabilní, v čase konzistentní fenomén osobnosti s **já** jako jádrem osobnosti. **Já** má mimo jiné v kvantovém poli integrativní funkci a dokonce organizuje vznik takové konfigurace informací, kde se propojí informace mající charakter kvantových struktur minulosti, přítomnosti a budoucnosti. Znovu připomínáme, že současně je v každé kvantové struktuře obsažen i celek. To vše je možné pouze v kvantovém poli. Jen tak lze vysvětlit, že bioelektrochemické procesy probíhající v mozku sice ze své podstaty generují psychické fenomény, ale nejedná se o totožnost. Psychické fenomény jsou stejně reálné, jako jsou reálné bioelektrické a biochemické jevy.

Současné diagnostické metody, ať již se jedná o neuropsychologické testové baterie nebo o zobrazovací techniky fMR, PET, SPECT atd., nejsou schopny měřit a vyhodnocovat potenciál vědomí pouze na základě postupného vyhodnocování současně působících procesů, protože celek se nechová jako suma činností jednotlivých subsystémů vědomí, i když tyto se řídí stejnými interakčními i časoprostorovými principy jako vědomí v celistvosti. Totéž platí i pro osobnost. Ovšem v případě osobnosti se jedná o určitý paradox, kde se na potenciál jednotlivých subsystémů osobnosti usuzuje na základě kvality výstupů (chování) celku. V tom případě nelze jednoznačně usuzovat na příčiny odlišností v jednotlivých subsystémech a tedy

ani vyvozovat kauzální závěr, že to jsou právě tyto odlišnosti, které jsou příčinou odlišností v chování celku. Musíme si uvědomit, že výsledné chování v určitém okamžiku a v určitém kontextu je pouze výslednou variantou z mnoha dalších uvažovaných pravděpodobnostních variant. Tato výsledná varianta vůbec nemusí být tou variantou, kterou jsme kauzálně očekávali. Člověk sám si však může zúžit rámec svého uvažování, v omezené míře využívat potenciál svého vědomí, když bude považovat výslednou variantu za logicky jediné možnou a zapomene na laterální myšlení (viz E. de Bono, 1971).

Lidská psychika se v permanentních interakcích s vnějším a vnitřním prostředím v čase neustále proměňuje, a proto nevykazuje identické výstupy v čase. Chceme-li se přiblížit k podstatě lidské psychiky, musíme diagnostikovat její interakční dynamiku (krátkodobá versus dlouhodobá, rychlá versus pomalá atd.). V rovině neurovědění to mimo jiné znamená zaměřit se na změny v energetickém, bioelektrickém a biochemickém pozadí interakčních procesů, na měření rozdílů v rychlosti, s jakou tyto děje probíhají v případech změn v interakcích, na specifické změny neuronální komplexity, na morfologické změny v těch pracovních konstelacích neuronů, kde se tyto změny odehrávají. V rovině neuropsychologické to znamená diagnostikovat změny v behaviorálních projevech s jejich neuronální konektivitou. Bezpodmínečně nutné je zjistit, jak se na těchto úrovních zkoumání projevuje ochota nebo neochota přijmout pro člověka novou neobvyklou realitu, změnit svoje chování apod. Jednoduše řečeno, důležité je zjistit, jaké mechanismy a zákonitosti se uplatňují v případech odmítání něčeho jiného, než na co je člověk doposud zvyklý, i když mu to třeba objektivně škodí, a to nejen na úrovni psychické, ale i na úrovni neurofyziologické. Znovu připomínáme, že lidský organismus, lidský mozek má v sobě zakódovaný princip úsporného fungování. Pro mozek je více energeticky náročné, má-li vnímat, přijmout, učít se něčemu odlišnému, než se během ontogeneze naučil v určitých kontextech vnímat a přijímat. Cokoliv je potom prezentováno odlišně, je odmítáno jak na úrovni mysli, tak i mozku. Pro mozek je totiž energeticky mnohem úspornější fungovat a zpracovávat informace v těch kontextech, jakým se naučil v průběhu ontogeneze, i kdyby měly vést k jeho zániku, viz například od dětství se vyvíjející alkoholismus, asociální chování (kde kontext vytvořil například tzv. broken home) atd. Přestrukturovat současný interakční potenciál neuronálních okruhů je pro mozek energeticky náročné a vysílá tak signál pro mysl, který psychika transformuje do odmítnutí nového, jiného apod. Signál o zvýšeném výdeji energie, který vysílá mozek, a oslabení dynamického vztahu mezi inhibičními a excitačními mechanismy vyvolává v mysli odezvu v podobě emoční lability, zvýšeného neklidu z toho, že je něco jiné, než „jsme se učili“, tedy něco, co vyvolává chaos a neurčitost a zmatek. Mysl tak vyjde vstříc mozku a člověk nakonec zamítne toto nové, neobvyklé, přestože by to mohlo v konečném důsledku vést k něčemu velmi příznivému pro dotyčného člověka. Fascinující na lidské psychice ovšem je, že má také „klíč“ k tomu, aby se dostala z ustálených schémat a nestagnovala. Tím klíčem je schopnost klást si otázky, originální myšlení, tvořivost, intuice, vyhledávání nového, vůle, schopnost předvídat a sebezpřesah. Současně se tak otevírá i cesta pro procesy směřující k restrukturační neuronálních sítí a příslušných pracovních konstelacích neuronů, které musí tuto změnu realizovat na materiální úrovni.

Z výše uvedeného vyplývá jádrový problém psychologického diagnostikování, vzhledem k tomu, že máme diagnostické nástroje, které měří jevy lineární povahy, ale nemáme nástroje, které by nám umožnily sledovat jevy nelineární povahy. Na jedné straně potřebujeme takové techniky a metody, které by současně měřily souběžně vstupující procesy do vyšších celků a pomohly by nám tak určit jejich potenciál. Například z kognitivního výkonu člověka s mírným kognitivním deficitem nikdy nezjistíme příčiny a míru odlišností jednotlivých, na výsledku se spolupodílejících psychických procesů. Na straně druhé potřebujeme i takové

nové metody, které by nám pomohly zjistit skutečný potenciál psychiky konkrétního člověka, aniž bychom na něho usuzovali z dílčích výkonů jeho psychických procesů. Částečným východiskem je interdisciplinární řešení problémů a využití moderních zobrazovacích technik v rámci neurověd. Tyto zobrazovací techniky dokážou s velkou časoprostorovou přesností zaznamenat rozdíly mezi zdravým a poškozeným mozkiem, ale nedokážou pregnantně rozlišit rozdíly mezi dvěma zdravými lidmi bez poškození mozku. Navíc, obsahy vědomí, projevy chování a prožívání se dějí v kontextech, které jsou mimo jiné určovány i interakcemi s aktuálním prostředím, ve kterém se člověk právě nachází, a jeho vnitřním stavem. Možná by nám pomohla spektroskopie, která měří vlastnosti kvantových systémů.

Abychom nezůstali u pouhého „teoretizování“, tak k výše uvedeným závěrům o podstatě lidské psychiky a jejím zakotvení v CNS nabízíme i odpovídající výzkumný design. Ze vzorku populace je nutné vybrat dvě skupiny lidí se zcela odlišnými projevy chování. Vycházíme ze závěrů psychologických výzkumů, v nichž je konstatováno, že statisticky významně vyšší výskyt negativních životních událostí a emočního stresu v průběhu života se týká lidí se zdravím ohrožujícím chováním oproti lidem, kteří vykazují chování zdraví podporující. Dlouhodobě působící stresory vyvolávající nadhraniční stresové reakce (mnohdy již od dětství dotyčných lidí) mohou vést abnormitám v těch strukturách CNS, které mají rozhodující úlohu v reakcích člověka na stres. Do první výzkumné skupiny zařazení lidé s chováním zdraví podporujícím a lidé zařazení do druhé výzkumné skupiny s chováním zdraví ohrožujícím budou po krátkou dobu vystaveni konfliktní stresové situaci a nekonfliktní stresové situaci a poté budou sledovány parametry elektrodermální aktivity, přičemž data získaná oběma postupy budou porovnávána s daty získanými v klidovém stavu. Změny v dynamice elektrodermální aktivity signalizují změny neuronální komplexity. Rozhodli jsme se i pro měření objemu a koncentrace mozkové hmoty pomocí voxel-based morfometry (VBM), což je významným parametrem pro zjištění rozdílů mezi lidmi s chováním zdraví ohrožujícím oproti lidem s chováním zdraví podporujícím. Lze použít VBM bez modulace a s VBM modulací pro vypočtení rozdílů v objemu a koncentraci šedé hmoty mezi oběma skupinami lidí. Výsledkem jsou pak statistické parametrické mapy ukazující na rozdíly. Anomální nálezy, získané zobrazovacími technikami, nám poskytují šanci konstituovat konkrétní psychotherapeutické a resocializační programy pro konkrétní lidi.

V následující fázi výzkumu se zaměříme na aktivity prefrontálních okruhů, limbického systému (tzv. limbickou iritabilitu) a hipokampus a s nimi bezprostředně související korové okruhy. Výzkumný design předpokládá využití takových moderních zobrazovacích technik, které umožňují analýzu konkrétních mozkových struktur, jež jsou nositeli námi vybraných psychických funkcí. Ze zobrazovacích technik navrhujeme pro dosažení cílů výzkumného projektu fMR (funkční magnetická rezonance), EEG a kvantitativní EEG (QEEG – blíže viz například Brunovský, M. (2004): Kvantitativní EEG v psychiatrii. *Psychiatrie, Suppl. 3*, str. 57-63). Zobrazovací technika fMR vyžaduje při střídání úkolů (fáze aktivační-konfliktní a nekonfliktní se srovnávací fází klidovou a opět následnou fází aktivační-konfliktní a nekonfliktní se stresovým jiným úkolem atd.) spolupráci zkoumaných osob. Funkční magnetická rezonance (Dougherty, D. D., et al (2004): *Essentials of Neuroimaging for Clinical Practise*. American Psychiatric Publishing, Washington D. C.) využívá principů klasické MRI k vyhodnocení změny lokální neuronální aktivity po podnětové úloze. Zjednodušeně uvedeno, zvýšená neuronální aktivita je doprovázena zvýšeným přísunem okysličené krve, která v dané oblasti začne převažovat nad krví neokysličenou, což se projeví lokálním zvýšením intenzity MRI signálu. Technika EEG umožňuje zjistit stupeň abnormality bioelektrické aktivity při poruchách chování, emotivity atd. QEEG technika představuje vícekanálové snímání a softwarové vyhodnocení. Výsledkem vyhodnocení je matematické

vyjádření míry synchronizace dvou signálů snímaných z různých elektrod i míry lokální kortikální aktivity. Pomocí QEEG lze také získat trojrozměrnou vizualizaci distribuce aktuální neuronální elektrické aktivity v kůře mozkové v systému LORETA. Sofistikovaný software v systému LORETA umožňuje zaznamenávat z klasického EEG záznamu elektrickou aktivitu v tomografickém formátu (podobně jako CT).

Emoční stres i drobná traumata a konflikty, emoční labilita i intenzivní negativní emoce a stejně tak převaha pesimistického nastavení člověka s interagujícími rizikovými rysy a charakteristikami zjištěnými dotazníkem (GPP – I; Gordonův osobnostní profil – Inventorium T 26 a Cloningerovým dotazníkem TCI, 1994a, 1994b) oproti protektivním charakteristikám například optimismus-test ELOT E. C. Changa et al. (1994), se mimo jiné mohou projevit i morfologickými změnami šedé hmoty odpovídajících struktur mozku. Dotazník TCI je pro naše výzkumné téma důležitý vzhledem k tomu, že mapuje „temperament“ ve smyslu hereditární dimenze – novelty seeking (vyhledávání nového – spojení s dopaminergním systémem), harm avoidance (vyhýbání se poškození – se systémem serotoninergním), reward dependence (závislost na odměně – se systémem noradrenergním), persistence (odolnost, vytrvalost, houževnatost); charakterové dimenze: cílesměrnost (volní charakteristika), kooperativnost (sociální orientace, empatie), sebezpřesah (vize, předvídaní, trpělivost, „šestý smysl“, tvořivost, duchovní orientace). Spolu s výše uvedenými změnami se současně také projevují změny ve funkčnosti inhibičních mechanismů (například GABA systému) v jedněch strukturách (například limbických), ale i aktivačních mechanismů v jiných strukturách (například v uzlovém bodu neurokognitivní sítě – v hipokampu). Dlouhodobě aktivovaná amygdala blokuje aktivitu hipokampu, což se na behaviorální úrovni také projevuje zhoršováním kognitivního výkonu. Rovněž nás zajímá, do jaké míry jsou všechny tyto změny propojeny s abnormální neuronální dynamikou biochemické aktivity i bioelektrické reaktivity korespondujících i nekorespondujících míst obou hemisfér mozku jako celku. Jinak řečeno, zda u lidí se zdravím ohrožujícím chováním bude v zátěži (konfliktní a nekonfliktní) signifikantně vyšší výskyt dílčích behaviorálních příznaků výše uvedených morfologických změn a změn v lokální aktivitě doprovázen celkovými změnami v jednání člověka oproti lidem se zdravím podporujícím chováním. Pro ověření těchto tvrzení využijeme potenciálu výše již uvedených zobrazovacích technik, a to fMRI, QEEG a dalších již uvedených metod. Zaměříme se i na parametry elektrodermální aktivity (výška amplitudy kožní vodivosti, čas elektrodermální reakce, míra celkové habituace, elektrodermální labilita atd.). V neposlední řadě bude využita možnost vizuálního hodnocení hipokampu – čtyřstupňová škála (tzv. MTA skór).

Také nás zajímají časové parametry pro návrat iontového kanálu z desenzitizovaného stavu do výchozího stavu (co spouští resyntézu atd.), změny ve funkčnosti inhibičních mechanismů (například GABA systému) a aktivačních mechanismů atd., a to v konektivitě se změnami v projevech člověka na behaviorální rovině. Tento postup nám poskytne také možnost jejich ovlivnění v přesně definovaných výzkumných situacích a za kontrolovaných intervenujících proměnných. Postupné inaktivace pregnantně stanovených úseků příslušných neuronálních struktur nám umožní jednoznačně stanovit nejen odchylku, ale i její velikost. Objektem výzkumu budou vždy nejméně dvě skupiny lidí, kteří se od sebe liší v řešení úloh, jež vyžadují rychlé rozhodování a při řešení úloh, které sice mají odlišný charakter, ale jejich řešení vyžaduje stejný algoritmus řešení jako v prvním úkolu.

Jedná se o strukturálně funkční studii a výzkumný projekt, který je v prvním kroku zaměřen na analýzu mechanismů modulace těch neurotransmiterových systémů, které ovlivňují pozornost, emocionalitu a v konečném důsledku i kognitivní výkon pomocí magnetického pole (pomocí rTMS, ovlivňující amplitudu a rychlost odpovědi) a které působí na



bioelektrickou aktivitu prefrontální kůry, hipokampu a amygdaly. Předpokládáme, že lze ovlivnit dobu potřebnou na změnu stavu desenzitizace v resenzitizaci (otevírání a zavírání iontových kanálků). Toho lze dosáhnout změnou membránových vlastností jednotlivých skupin neuronů (pyramidových, multipolárních atd.) tvořících prefrontální okruhy, hipokampus a amygdalu. Současně je nutné analyzovat rychlostní konstanty pro vazbu příslušných neurotransmisivních látek. Rovněž musíme vzít do úvahy další intervenující proměnné, včetně informačního systému cytoplazmy neuronů. Musíme počítat s různými druhy neuronů – tonické, fázické, se samostatným AP; dále v případě degenerativních změn v CNS je nutné již počítat i s intervenující genetickou proměnnou (gen SORL1) a také se změnami v mediátorových systémech. Stejně tak je nutné vzít do úvahy apoptózu.

Dalším významným neurovědním tématem, ze kterého čerpáme inspiraci pro náš výklad podstaty vztahu mezi neurofyziologickými a psychickými jevy, je neuroplasticita. Pochopení procesuální stránce neuroplasticity a porozumění jejím mechanismům představuje pro nás jeden ze základních kroků ve vědeckém uvažování na cestě vedoucí k potvrzení či vyvrácení hypotézy o lidské psychice jako kvantovém C-fenoménu.

Restrukturace pracovních konstelací neuronů vlivem vnitřních a vnějších intervenujících proměnných probíhá po celý život člověka, avšak ne vždy směrem pozitivním. V dětství traumata výrazněji formují mozek než v dospělosti. Traumatické zážitky v raném dětství mají vliv na aktivaci genů a tím i na vývoj a strukturu pracovních konstelací neuronů, na rozvoj mozkových spojů i na celkový objem neuronálních struktur v důsledku rozdílu v počtu myelinizovaných axonů mezi dětmi týranými a zneužívanými a dětmi z harmonických rodin (rozdílná je velikost částí mozku dětí fyzicky týraných a harmonicky se rozvíjejících), které zabezpečují určité psychické funkce. Ovlivňují míru disharmonie ve vývoji osobnosti a následné chování. Traumata v dětství, zejména v raném dětství, ovlivňují nejen psychické funkce, ale zprostředkovaně i tělesné funkce. Týká se to například kvality pracovní paměti a učení. Fyzické týrání mimo jiné vede i ke zvýšenému riziku kardiovaskulárních onemocnění. Bylo zjištěno, že lidé, kteří byli v dětství týráni, mají v dospělosti vyšší krevní tlak během stresových situací, což zvyšuje pravděpodobnost kardiovaskulárních onemocnění. Také vykazovali sníženou aktivitu v oblastech mozku klíčových pro kontrolu těla. To znamená těch, které kontrolují funkci vnitřních orgánů (například srdce) a regulují reakci neurohormonů na stres.

V lidském mozku komunikují dvě oblasti, řídící odvetnou reakci těla na stres. A to paraventriculární jádro hypotalamu a lůžkové jádro stria terminalis. U zneužívaných lidí jednají tyto oblasti více synchronně, než je fyziologické, a zesilují tak odpověď na stresory. Následné vysoké výkyvy v hodnotách krevního tlaku ve stresových situacích vedou ke zvýšenému riziku somatických i psychických onemocnění (emocionálním poruchám). Neuspokojivé dětství tudíž vede k poruchám těch částí mozku, které jsou kontrolory funkcí srdce a dalších vnitřních orgánů. Zvláštním fenoménem je, že člověk snadněji unese i silný stresor v přítomnosti matky. Přítomnost matky, v dospělosti v přítomnosti sociální opory, vede k určité snížené aktivitě jader amygdaly, která jinak zabezpečuje strachovou reakci na ohrožení, na bolestivý podnět. Není-li někdo podobný přítomen, strachová reakce se okamžitě prosadí a člověk začne reagovat útekem nebo výraznou stresovou reakcí. Matčina přítomnost je spojena se změnami v expresi genů spojených s dopaminovými receptory. Matka jako kdyby na určitý čas vypnula amygdalu a tím i strach dítěte. V matčině přítomnosti se také mění exprese genů souvisejících s imunitní funkcí. Potlačená funkce amygdaly přetrvává do dospělosti a ovlivňuje tak chování dospělého člověka. Může to vést i k depresi, k poruchám osobnosti a tím i chování.

Nízký socioekonomický status (bída) může rovněž ovlivnit kvalitu pracovní paměti a pozornosti. Proto je důležité snížit úroveň stresu v rodinách, stimulovat zdravý vývoj dětí, například mimo školními kroužky atd. (například hra na nástroj posiluje pozornost, sebekontrolu a také pracovní paměť). Ale díky neuroplasticitě je možné některé handicapy překonat, protože lidský mozek dokáže proměňovat sám sebe skrze obsahy myslí a rozhodující vliv **já** na chování a prožívání člověka. **Já** je přitom ovlivňováno proměnlivým vnějším prostředím, které podle těchto vnějších podmínek může iniciovat převažující flexibilní a adaptivní chování nebo naopak převažující chování rigidní, maladaptivní s maladjustačními strategiemi. To znamená, že neuroplasticita v tomto kontextu může mít jak pozitivní tak i negativní charakter. Pracovní konstelace neuronů (korová pole) zabezpečující specifické funkce s četnými spoji a drahami se během vývoje člověka vyvíjí ve stále složitější, provázanější strukturu. Jestliže uzlová místa těchto prostorových drah v rámci korového pole nebo v rámci jeho spojení s jinými korovými poli jsou z nějakého důvodu poškozena, pak příslušná pracovní konstelace neuronů se usiluje získat jí příslušející informace ontogeneticky staršími, v dospělosti „němými“ nervovými drahami. Výsledkem je sice regres, na behaviorální rovině projevující se například méně strukturovaným, „jednodušším“ chováním, než přináší dospělému člověku, ale slouží alespoň k elementární adaptaci. Jindy je zase v případě patologie nutné, aby určité pracovní konstelace neuronů, schopné operovat s konkrétními sensorickými informacemi, například zrakovými, ve své části restrukturalizovaly tak, aby mohly zpracovávat haptické informace. Čili část pracovních konstelací neuronů, specializovaných pro určitou funkci, má polysenzorický charakter. Adaptivně reagují na proměny vnějšího prostředí a podnětné informace iniciují vzrůst počtu aktivních synapsí a hustotu neuronální sítě. O fascinující neuroplasticitě mozku svědčí skutečnost, že lidský mozek z hlediska neuroanatomického je stejný přibližně 35 tisíc let. Když si představíme, v jakém prostředí a s jakými informacemi „fungoval“ v té době a co vyprodukovala lidská psychika po současnost a s jakými vynálezy je pak mozek schopen se informačně propojit, nelze do budoucna předvídat hranice potenciálu lidského mozku. Neuroplasticita není pouze o kvantitě, o schopnosti mozku přijmout větší počet nových druhů informací, ale také o schopnosti lidského mozku učit se novým formám operování s těmito informacemi. Pro pochopení procesu neuroplasticity je také důležité mít poznatky o součinnosti velkého počtu neuronů při zpracování určitého podnětu a o jejich tendenci spojovat se prostřednictvím neuronálních okruhů do větších celků skrze několik korových polí při opakovaném výskytu stejných podnětů. Tím se stávají také výkonnějšími a informace jsou přenášeny vyšší rychlostí. Neuroplasticita by nebyla možná bez vnitřního univerzálního jazyka, který mozek používá při komunikaci mezi jednotlivými částmi své dynamické struktury. A to bez ohledu na různou modalitu a druh vstupních informací. Tímto univerzálním jazykem je akční potenciál!

Tak, jak se učíme něčemu novému a přitom se k tomuto objektu učení opakovaně vracíme, v procesu rozvíjení poznatků o daném objektu učení se současně tvoří nová četnější propojování s dalšími pracovními konstelacemi neuronů, které jsou tak částečně zabráněny na úkor jiné funkce nebo jiného procesu. Tento jev se označuje jako soutěživá neboli kompetitivní neuroplasticita. Vzhledem k tomu, že neuroplasticita má své vrcholy, senzitivní období, a to zejména v dětství, kdy je snazší s menším počtem podnětů vyvolat strukturální změnu, je zřejmé, proč je například pro děti snazší naučit se dvěma i více jazykům, než je tomu pak v dospělosti. Ukazuje se, že v tomto případě se u dětí projevuje více spolupráce mezi pracovními konstelacemi neuronů než kompetitivní neuroplasticita. To znamená, že schopnost hovořit v mateřském jazyce a například v anglickém jazyce je z části zabezpečena z jednoho rozsáhlejšího pole spolupracujících konstelací neuronů, než by tomu bylo v případě učení se pouze mateřskému jazyku. Jestliže člověk používá až do dospělosti pouze mateřský

jazyk, pak pro jeho zabezpečení je postupně zapojena i ta část pracovních konstelací neuronů, která by původně byla v dětství k dispozici druhému jazyku. V dospělosti je již obtížnější nastartovat neuroplasticitu v těch strukturách, které měly senzitivní období především v dětství. I v dospělosti má neuroplasticita svoje senzitivní období, například období, na kterém se podepisují zejména cuddle chemicals, a to v případě zamilovanosti a lásky a ve fázi související s nástupem a průběhem rodičovství. Avšak i mimo senzitivní období proces neuroplasticity může probíhat, přestože zde vstupuje do hry mimo jiné také kompetitivní plasticita.

Kompetitivní neuroplasticita nám také umožňuje pochopit, proč je tak nesnadné zbavit se nějakého návyku. Po dlouhodobém opakovaném návykovém chování se rozšířily a upevnily spoje mezi pracovními konstelacemi neuronů, které zabezpečují takovou formu chování, a zabraly tak část neuronálního pole potřebného pro obrat v chování o 180°. Proto odvykání čemukoliv je v dospělosti obtížnější a vyžaduje silně motivované **já**, využívající volní proces, protektivní faktory ve struktuře osobnosti, určitou míru resilience a vytrvalost při dlouhodobém opakování podnětů schopných nakonec restrukturuji vyvolat. To znamená nastartují proces vyhasínání dosavadních spojů, tvorbu spojů nových, změnu struktury aktivních synapsí, přepojení aktivity mezi jadernými komplexy limbického systému a přepólování drah nesoucích „odměnu“ – dopamin pro potěšení z něčeho, po čem „škodlivém“ toužíme, na endorfiny a na pocit a prožitek satisfakce například za úsilí ve prospěch zdraví podporujícího chování. Systém odměn slouží k dlouhodobému udržení homeostázy v těle a harmonie v mysli. Neuroplasticita se také projevuje v procesu psychoterapie, jestliže její postupy probouzejí v člověku motiv a poté podporují jeho následné chování směřující k cíli, kterým je posun či změna v něm samotném, která na behaviorální úrovni má podobu například zdraví podporujícího chování oproti předešlému rizikovému chování.

Ovšem neuroplasticita není svévolný proces. Člověk není modelína, kterou může okolí libovolně tvarovat. Záleží na každém z nás, jak moc připustíme, aby se náš život přizpůsoboval reklamě, médiím, módním trendům atd., nebo budeme žít plnohodnotný vlastní autentický život. Máme k tomu „nástroje“, a to **já**, volní proces, resilienci, hierarchický hodnotový systém a spirituální dimenzi jako imanentní součást lidské psychiky. K hlubšímu porozumění vztahům mezi psychickými jevy a mozkovými funkcemi směřují i současné neuropsychologické výzkumy.

Bliže k problematice neuroplasticity viz například Buonomano, D. V. et al. (1998): *Cortical Plasticity*. Annual Review of Neuroscience, 21, pp. 149-186; Shaw, Ch., McEachern, J. eds. (2001): *Toward a theory of neuroplasticity*. Psychology Press, London; Doidge, N. (2012): *Váš mozek se dokáže změnit*. CPress, Brno.

### **I.5.3. Základy embryologie**

Pro somaticky orientované psychoterapeutické směry je důležité porozumět dějům probíhajícím právě během embryonálního vývoje a těm zákonitostem, které se uplatňují v mechanismech zabezpečujících uspořádaný tok energie a informací nezbytných pro růst organismu. Tyto znalosti jsou nezbytné i pro lepší porozumění historii těla člověka s jeho bloky, svalovými pancíři apod. (viz L. Vašina, 1995).

Blastocysta má svůj „reaktivní motor“ a současně i obranný a vyživovací systém – trofoblast, který se stará o druhou část blastocysty, a to o embryoblast. Tyto dvě části spolu velmi

kooperují až po implantaci do sliznice děložní (6. až 7. den po oplození vajíčka). Poté se embryoblast začne diferencovat. To vše vyžaduje existenci aktivního principu, který řídí tok energie a informací tak, aby se blastocysta mohla pohybovat ve velmi složitém prostředí sliznice děložní, která vlastně produkuje i protilátky. Navíc blastocysta se musí v děloze pohybovat určitou rychlostí tak, aby se ve vhodný okamžik implantace mohla uskutečnit.

Nebudeme se zabývat amniovou dutinou ani žloutkovým vajíčkem, ale zaměříme se na zárodečné listy. Koncem druhého týdne se vytvoří dvojvrstevný zárodečný štít složený z entodermového a ektodermového listu. Jeho polaritu určuje prechordová destička, která je induktorem určujícím vývoj hlavy embrya. Začátkem třetího týdne se na kaudálním konci zárodka vytvoří proliferací ektodermových buněk proužek. Ten roste kranialním směrem v podélné ose zárodečného štítu. Na předním konci proužku se vytváří uzlík buněk. Ten se prodlouží a poté vytvoří jamku a základ žlábků. Proliferující buňky proužku se posouvají do žlábků, vtisknou se do prostoru mezi ektodermem a entodermem a migrují jak kraniokaudálním směrem, tak i směrem laterálním. Takto se vytvoří embryonální mezoderm (16. den vývoje).

Vývojová potence buněk zárodečných listů je fascinující. V průběhu jejich diferenciaci na základy orgánů se tvoří embryonální tkáň. Primitivní orgány embrya a embryonální tělo se tak formují již mezi 3. a 4. týdnem po oplození.

Ektoderm se diferencuje na:

- a) Neuroektoderm – neurony CNS, buňky retiny, svaly iris, epifýza, neurohypofýza, neuroglie, endym;
- b) neuroektoderm neurální lišty – senzitivní neurony dorzálních ganglií a hlavových nervů, neurony autonomních ganglií, periferní senzorické buňky, Schwannovy buňky, epidermální melanoblasty;
- c) mezoektoderm – neurokranium, viscerokranium, odontoblasty, svaly žebních oblouků, chrupavky žebních oblouků, pia mater, arachnoidea;
- d) povrchový ektoderm – epidermis, vlasy, nehty, kožní žlázy, zubní sklovina, epitel kolem otvoru konečníku a mužského močovodu;
- e) ektoderm kryjící mozkový váček se ztlušťuje a vznikají ostrůvkovité zárodky smyslových orgánů – zraku, čichu a sluchu.

Mezoderm se diferencuje v základy kostry trupu, dále v příčně pruhované svalstvo, vazivo kůže, ledviny, pohlavní žlázy mimo zárodečné buňky, pohlavní cesty muže a vnitřní genitál ženy, hladké svalstvo, srdeční svalovinu, cévy, slezinu, kůru nadledvin a somatopleuru.

Z entodermu vzniká trávicí systém, respirační systém, močový měchýř, prostata, epitel vagíny, patrová mandle, štítná žláza, příštitná tělíska, brzlík, žlučník, pankreas.

Z výše uvedeného je zřejmé, že se zárodečné buňky vyvíjejí ve složitý, dynamický a vzájemně komunikující systém miliard specializovaných buněk. A v této fázi vývoje zde působí signální peptidy, růstové faktory, a to epidermální růstový faktor (EGF) a nervový faktor (NGF).

Kardiovaskulární a nervový systém patří mezi první fungující systémy. Již ve 3. týdnu se nemůže embryo dostatečně vyživovat jen difúzí výživných látek, proto vzniká vlastní embryonální cévní systém. Vývoj srdce probíhá na hlavovém konci zárodečného štítu před faryngovou membránou. Než srdce začne pracovat, vytváří se neurální destička. Potom se přechodně zastaví její růst až do té doby, než začne srdce rytmicky pracovat tak, aby mohlo do neurální destičky pomalou a pravidelnou cirkulací přivádět kyslík a živiny. Nervový systém je natolik významným integračním koordinačním a řídicím systémem, že pro svůj růst a zrání potřebuje nejen celé období prenatalní, ale i období raného dětství.

Po dobu prenatalního vývoje mozek nemůže ještě plnit v plném rozsahu výše uvedené funkce, protože se doposud ještě nevytvořila příslušná konfigurace vztahů a souvislostí mezi jeho substrukturami. Mozek potřebuje i prostor pro diferenciaci svých neuronů. Musíme si uvědomit, že po celé prenatalní období se denně každou minutu musí utvořit kolem 200 000 neuronů a ty se musí nějak uspořádat, diferencovat a zapojit.

Mezi 8. a 9. týdnem po oplození začíná fungovat i imunitní systém (od 7. týdne se už vyvíjí thymus jako centrální lymfatická žláza; slezina do 5. týdne produkuje červené krvinky, potom postupně stále více lymfocyty; krvetvorbu přebírá po 5. měsíci kostní dřeň; v játrech krvetvorba probíhá do 8. měsíce, pak výrazně klesá).

Jak jsme již uvedli, koncem druhého týdne po oplození se vytváří zárodečný štít, který má dvě vrstvy buněk, a to entoderm a ektoderm. „Ztluštěním“ entodermu na kraniálním konci zárodku vzniká prechordová destička, která je organizátorem vývoje hlavového konce embrya. Ale začátek trávicí roury (ústní dutina) se vyvíjí z ektodermu ústní jamky (prvousta). Rozhraní mezi ektodermální a entodermální částí – faryngová membrána – se během vývoje ektodermu ústní dutiny fyziologicky proděraví a přechází do entodermu hltanu bez ostrého ohraničení. Entoderm trávicí roury od druhého měsíce vývoje tvoří primitivní střevo.

Výše uvedenými skutečnostmi jsme chtěli poukázat na složitost dění, které se odehrává již od fáze oplození a které vyžaduje komunikaci, integraci a řízení. Složitě hledání cest k připojení se ke zdroji energie a informací dává současně prostor pro působení širokého spektra negativních faktorů. Za nepříznivých okolností je právě v tomto citlivém období možné položit základy pro budoucí dysfunkce v různých orgánových soustavách.

Embryo a později plod není jen pasivním objektem ontogeneze. Existuje několik rovin, na nichž se rozvíjí komunikace mezi plodem a matkou.

Jak se výše uvedená fakta zhodnocují v praxi somatické psychoterapie, uvedeme v následujících odstavcích. Ať již S. Freud hledá původ neurózy a eventuálních psychosomatických poruch v oidipální fázi, nebo M. Kleinová v prvním roce života jedince, nebo F. Leake a F. Mott v prenatalní fázi, konflikt mezi individualizací a socializací se vždy projeví narušením integrity organismu. Míra této ztráty celistvosti organismu (štěpení) je pak vyjádřena mírou funkční dezintegrace tří zárodečných vrstev, lépe řečeno rozsahem porušení spojitosti a vyváženosti energetického a informačního toku mezi orgánovými systémy a tkáňovými systémy, které se vyvinuly z výše uvedených tří zárodečných buněčných vrstev.

Funkční poruchy (štěpení) se projevují zejména mezi hlavou (ektoderm) a páteří (mezoderm) na šíji. „Odděluje“ tak vlastně percipování (vnímání) a myšlení (poznávání) od pohybu, od akce. Dalším místem štěpení je místo mezi hlavou (ektoderm) a trupem, vnitřními orgány (entoderm). Jedná se o přední stranu krku. Štěpení v tomto místě „odděluje“ myšlení (poznávání) a percipování (vnímání) od pocitů. A třetím místem nejčastějšího štěpení je

bránice, čili mezi páteří (mezoderm) a vnitřními orgány (entoderm). Tedy „oddělení“ pocitů od pohybu, akce.

Tato tři místa a funkční poruchy s nimi spojené mohou negativně ovlivňovat i vývoj dítěte. Během porodu je nejsilnější tlak na šíji a na čele. Může se z klinicko-psychologického hlediska přerušit funkční spojení mezi hlavou a páteří. Problémy orální (popřípadě fáze odstavování) zatěžují hrdlo a vedou ke komplikacím mezi dýcháním a sáním. Problémy v anální a genitální fázi vývoje jsou spojeny s napětím bránice, přirozeným mostem mezi dýcháním a pohybem (blíže viz D. Boadella, 1974, 1975, 1979, 1987).

Neurotické štěpení se pak spolupodílí na rozvoji převažující konkrétní obranné charakterové struktury konkrétního člověka.

Somatické psychoterapie mají čtyři základní terapeutické techniky, které se odvozují z embryologického modelu, a to centrování (centering), uzemňování (grounding), práce s očním kontaktem (facing) a s hlasovou kvalitou (sounding). Sanoterapie v souladu s cíli uvedenými v předešlých kapitolách používá navíc techniku označenou jako adulting, čili posilování dospělého „já“. Na tuto nutnou cestu zpět k dospělosti klienta mnohé terapeutické směry „zapomínají“ a zaměřují se jen na problém a jeho příčiny v předešlých etapách ve vývoji člověka.

## **CENTROVÁNÍ**

Při centrování se jedná o proces, který pomáhá člověku dostat do spojení vlnový rytmus svého dechu s emocionální dynamikou, která je s ním spojená. Dýchání a emoce jsou v tak vzájemně hlubokém vztahu, že každá emocionální změna je spojena se změnou dechového rytmu. Existují určité vzorce dýchání, které jsou spojovány se strachem, hněvem, smutkem, nadějí, radostí, touhou atd.

Nadměrným zvýrazňováním hrudního dýchání proti břišnému dýchání, popř. naopak, se projevuje nevyváženost dechu. Nevyváženost může vznikat také relativním zvýrazňováním nádechu, popř. výdechu.

Terapeut může u nadměrně se kontrolujícího a napjatého klienta podpořit výdech tím, že podporuje uvolňující pohybové aktivity, jako např. běh nebo jiné níže popsané pohybové činnosti. U dechu se poté objevuje tendence „následovat“ pohyb. Lidé, kteří redukují nadechování na minimum a důraz kladou na výdech, potřebují podporu při nádechu.

Existují různé možnosti, jak tohoto dosáhnout: jemné „zvedání“ krčních nebo bederních obratlů, dále vědomé „rozšiřování“ dolní poloviny hrudníku a „zvedání“ horní poloviny hrudníku při nadechování podporuje hluboké nadechování. Zvedání a klesání, popř. otevírání a zavírání končetin v rytmu dechu, má také velmi pozitivní účinek.

Podobný účinek má určitá forma masáže pro hypotonické svaly. Práce s dechem má často za následek (hlavně u člověka se silnou kontrolou) uvolnění cesty pro původně zablokovaný emoční proces nebo u jiného emocionálně labilního člověka emocionální „upevnění“.

Práce s nádechem je smysluplná při stavech strachu, bezmocnosti, slabosti a smutku. Při stavech silného ovládnutí se, zadržování hněvu a zvýšeného napětí je organizována práce s výdechem.

## UZEMNĚNÍ

Uzemnění má vztah k rytmu našeho pohybu a ke stavu našeho svalového napětí. Člověk je dobře uzemněn, jestliže svalové napětí je adekvátní prováděné činnosti nebo způsobu chování.

Terapeut pracuje na uvolnění energie z napjatých svalů tím, že transformuje napětí do proveditelného pohybu a příliš ochablé svaly „nabíjí“ energii tím, že stupňuje napětí pomocí dynamického odporu vůči zemi, popř. proti terapeutovu tělu.

Pracujeme s širokou paletou poloh těla, z nichž některé vykazují podobnost s cviky v józe nebo se stresovými pozicemi v bioenergetice a v biosyntéze.

V biosyntéze a sanoterapii se však hlavně zajímáme o postoj těla, jako projevení schopnosti člověka navazovat kontakt. Mnoho postojů má vztah k evolučnímu vývoji a jsou ve spojení s vývojovými fázemi života, od reflexních poporodních pohybů přes lezení až ke stání a chůzi. V knize Stanleyho Kelemana jsou tyto fáze velmi pěkně rozpracovány (viz Keleman, S. (2005): *Anatomie emocí*. Portál, Praha). Avšak také pohyby plavání vznikají často jako část spontánní regulace svalového napětí. Existuje celý jazyk vyjadřující plynutí tvaru (shape flow), jež má mnoho společného i s napětí uvolňujícím tancem.

Provádění pohybu má tři hlavní kvalitativní aspekty: elementárně vitální, emocionální a zážitkové.

Pohybový výraz může být vitalizujícím proudem procházejícím tělem, který přináší do dříve „mrtvých“ oblastí novou energii a pohyb. Může být však také emocionálním proudem, který pomáhá člověku přeměnit jeho emoční stavy do účelných pohybů. Například pomohou člověku ve stavu strachu posílit jeho hranice, aby měl účinnější obranu proti ohrožení; nebo ve stavu hněvu mu pomohou s rozšířením prostoru, aby se cítil méně stísněně a napjatě, a ve stavu smutku se mu pomůže tím, že mu umožníme více kontaktu, než by normálně připustil.

Za třetí může pohybový projev uvolnit v člověku proud duševních zážitků.

Aby bylo možno vyvolat tyto pochody plynutí tvaru a dynamické vývojové postoje typické pro jednotlivé evoluční fáze vývoje člověka, učí se terapeut v somatické psychoterapii, jak rozpoznat „řeč“ pohybových figur.

## FACING A SOUNDING

Vedle pohybového projevu jsou hlavními cestami navazování kontaktu oči a hlas. Terapeut pracuje s očním kontaktem a je schopen vyvolat projevy různých duševních obsahů, které se objevují v pohledu, ve výrazu.

U otevřených očí existují dvě důležité formy pohledu – defenzivní a ofenzivní, připravený ke kontaktu. Defenzivní způsob se spojuje s upřeným pohledem, s bdělým pozorováním nebo se zasněným pohledem. U „příliš bdělého“ člověka, kde upřený pohled je výrazem kontroly, může někdy práce se zavřenými očima navodit lepší kontakt s prožitkovými pocitovými obsahy, kontakt klienta s jeho vnitřním světem.

Jestliže jsou oči klienta více připraveny ke kontaktu, pak reagují na oční kontakt terapeuta, což napomáhá k vyjádření různých emočních obsahů, jako např. touhy, strachu, hněvu nebo příjemnosti.

Zavření očí může představovat jak obranu, tak i připravenost vstoupit do kontaktu se svým nitrem, se sebou samým. Defenzivní způsob se asociuje se stažením se z kontaktu nebo se zabráněním jak navázání kontaktu prostřednictvím očí, tak i projevením jakýchkoli emocí v očích. Připravenost ke kontaktu se spojuje s vystupňovanou vnímavostí na vnitřní zážitkový svět a často je také spojený se vznikem představ.

Terapeutova dovednost se projevuje v rozpoznání způsobu, jak pracovat s očima, i v tom, jak klientovi pomoci poznat to, co je potlačováno.

Práce s hlasem vychází z poznání, že existuje úzký energetický vztah mezi vydaným tonem a svalovým napětím. Hovoříme o kvalitě hlasu (sounding).

Zlepšení hlasové kvality se spojuje se zlepšením svalového tonu. Určitá kvalita hlasu podporuje grounding (uzemnění). Práce s hlasem je jednoznačně nejtěsněji spojena s prací s dechem.

**Tabulka č. 1**

Zárodečná vrstva	Entoderm (vnitřní)	Mezoderm (střední)	Ektoderm (zevní)
Typický orgánový systém	Tkáň trávicího ústrojí Plicní tkáň	Kostní tkáň Svalová tkáň Cévní systém	Nervová tkáň Smyslová tkáň
Integrační princip	Metabolismus Výroba energie Pocit, reakce, PROŽITEK	Lokomoce Cirkulace Pulsace AKCE	Čítí, vnímání, představování Regulace a integrace toku informací MYŠLENKA
Organizační centrum v těle	Vnitřní orgány trupu	Páteř, ruce, nohy	Hlava
Psychologický systém ego a id	ID Zdroj vegetativní energie	EGO v jeho roli koordinátora pohybu	EGO v jeho roli integrátora záměrného (cílevědomého) jednání
Terapeutická technika	CENTERING Vyrovňávání toku energie v trupu (práce s dechem a emocemi)	GROUNDING vyrovňávání toku energie v páteři, pažích a nohou	FACING, SOUNDING vyrovňávání toku energie hlavy (pohled, mimika, hlas) celkový výraz
Terapeutický cíl	Obnovení spojení prožitku s pohybem a s obsahy myšlenkových operací (plně integrovaná osobnost; člověk ve své celistvosti, tzn. vnitřně integrovaný a navenek stabilní)		

Podle D. Boadelly (1978), představitele jedné z větví somatické psychoterapie, a to biosyntézy, je fyzická přítomnost terapeuta tím, co osciluje s mnoha subtilními napětími a rozpoloženími mysli klienta. W. Reich v knize *Character Analysis* (1949) nazýval tento



proces „vegetativní identifikací“. Znamená to pociťovat ve vlastním těle klientův boj, jeho rytmus, stejně jako kvalitu jeho pulzování.

Ale tělo terapeuta je nástrojem i v jiném slova smyslu. Interakce mezi těly je jedna z neúčinnějších metod, jak se naučit nové vzorce. K těm metodám patří používání rukou k doteku. V biosyntéze ale potřebuje často terapeut mnoho dalších částí svého těla, jako jsou např. nohy, záda, hlava, aby pomohl klientovi odhalit nové možnosti pohybu. Terapie je pak v jedné své části formou navazování kontaktu.

Při použití doteků je přirozeně silně zvýrazněn přenos a protipřenos a terapeut musí na sobě vykonat mnoho práce, aby se mohl účastnit této hluboké formy somatického dialogu tím nejzodpovědnějším způsobem a současně se vyvarovat úskalí, která tento postup může přinést.

### Pulsace a kontrapulsace

Pulsace je rytmická expanze a kontrakce orgánových systémů nebo celého organismu. Bazálně je příjemná. Všechny emoce, když jsou svěřeny primárnímu vegetativnímu rytmu, se pohybují od uvolnění k uspokojení.

Kontrapulsace je úplný součet všech způsobů, kdy člověk uspěje v přerušení, zablokování nebo zbavení energie pulsace.

Pulsace a kontrapulsace vypadají odlišně v každé z hlavních embryonálních oblastí.

	<b>Pulsace</b>	<b>Kontrapulsace</b>
<b>Entoderm</b> — střeva  — plíce	„otevřený“ systém v břiše  rovnovážný rytmus dýchání	uzavřený systém v břiše, viscerální pancéřování  vzorce zesíleného nebo nedostatečného dýchání hyperventilace a hypoventilace
<b>Mezoderm</b> — muskulo-skeletální  — cirkulační	rytmické pohyby  dobrý srdeční rytmus a cévní tonus	svalové pancéřování hypertonus – hypotonus, nadměrná extenze a nadměrná flexe, spasticita a ochablost, srdeční dysrytmie, hypertenze, hypotenze, problémy s tlakem tekutin a žilní pumpou
<b>Ektoderm</b> — smysly  — CNS	oči, uši, kůže atd. v dobrém stavu  otevřená mysl flexibilní myšlení	hypersenzitivita, hyposenzitivita, oční bloky a ušní bloky, mrtvá kůže  pancéřování mozku, nadměrné zaostření nebo rozptýlení

## **Tři typy fetálního ovlivnění proudění energie**

Existují četné příznivé nebo nepříznivé podmínky pro volné proudění energie v prenatalním období.

Tři zárodečné vrstvy (ektoderm, mezoderm a entoderm) jsou v tomto kontextu v přímém vztahu ke třem druhům možného poškození volného proudění energie, definovaným Francisem Mottem v knize *The Universal design of birth* (1948):

### **EKTODERM**

#### 1. Foetal skin affect

Pozitivní ovlivnění: slastné pocity v amniotické tekutině promývajícím lanugo fetální kůže. To je základem pro potěšení z hlazení, z očního kontaktu (odpověď na světlo), z ušního kontaktu (odpověď na zvuk).

Negativní ovlivnění: odpor k doteku, ke světlu, zvukům. Je to důsledek problémů gravidní matky, které vedou ke spazmům děložní svaloviny, ke změně v metabolismu matky atd.

### **MEZODERM**

#### 2. Kinaesthetic affect

Prožívá-li matka graviditu v příznivém prostředí, s pozitivním očekáváním a uvolněním, potom i plod má v pružné a prostorné děloze možnost volného vznášení se v plodové vodě. Pohyb pánve matky vyvolává i pohyb plodu za současného slastného prožitku. Tato příznivá zkušenost z pohybu je důležitou základnou pro následné budování senzomotorické koordinace, budování žádoucího rovnovážného vztahu mezi uvolněním a napětím ve svalových skupinách atd. Lidé s dobrým průběhem této fáze svého vývoje pak v dospělosti častěji než jiní lidé hledají potěšení z pohybu (tanec, sport). A také uvolnění z tenze hledají v pohybu.

V opačném případě, kdy v člověku z tohoto vývojového období zůstala negativní zkušenost, se to v dospělosti projevuje pohybovou dyskoordinací, pohybovou rigiditou apod. V zátěži mají tito lidé tendenci k výrazným nekoordinovaným pohybům (např. když mají přejít před diváky nějaké prostranství apod.).

### **ENTODERM**

#### 3. Umbilical affect

Jestliže gravidní matka nežije v napětí, konfliktech atd., „nepolyká“ negativní emoce, není emočně zraňována, necítí se opuštěná atd., pak i plod pociťuje slast z proudění energie, z výživy „z naplnění středu těla“. V dospělosti je to spojeno s příjemným pocitem z dobré peristaltiky a motility (pocit vnitřního „naplnění, péče“), z rytmického vyrovnaného dýchání („dýchá mně to“). V zátěži se může o sebe v této partii opřít, cítí zde „sílu, proudění energie“. V opačném případě pak člověk v dospělosti a v zátěži reaguje rychle nastupující nevolností, spazmy v břišní krajině, bolestí, stažením bránice a je ve výdechové pozici. Cítí slabost v této krajině.

#### **I.5.4. Psychosomatika (vliv stresorů, zejména psychosociálních na psychosomatické a somatopsychické vztahy)**

Vyšší procento lidí v české populaci ve věku 35 až 60 let, oproti údajům před deseti lety, pociťuje psychické napětí, trpí depresí, úzkostnými poruchami, nebo naopak jsou podráždění, vznětliví, hněviví a nespokojení se svým životem. Pociťují skličující starosti z toho, co nezvládli a trýzeň z toho, co je a jejich blízké čeká v budoucnosti. Ztrácí schopnost adaptace a adjustace. U těchto lidí převládají pesimistické úvahy o vlastní budoucnosti. Důsledkem neradostného vnímání vlastního žití jsou neurotické a psychosomatické potíže, poruchy kognitivního výkonu, pozornosti, emoční labilita, zvyšující se podíl agresivity a nezvladatelného hněvu ve vztazích nebo naopak narůstající tendence izolovat se od society. Alarmující je zvyšující se procento lidí v populaci mladistvých a lidí v produktivním věku s úzkostnými poruchami, neurotickými poruchami a s poruchami příjmu potravy, kteří řeší svoji životní situaci alkoholem nebo i drogovou závislostí. To, zda jsme šťastní a optimističtí nebo naopak sklíčení, úzkostní, impulzivní, nezdrženliví atd. je sice záležitost především psychiky, ale jestliže se jedná o převažující charakteristiky v našem chování a prožívání, pak to postupně postihuje také mozek, a to jak po stránce biochemické a neurofyziologické, tak i po stránce morfologické. Negativně je ovlivněna funkčnost neurotransmiterových systémů, neurohormonálních systémů a touto cestou pak neuronální struktury a jejich mozkové funkce. Narušena je neuronální komplexita a také konektivita pracovních konstelací neuronů s jejich psychickými funkcemi. Postupně se fixující abnormální projevy neurofyziologické aktivity a změny v neuronálních strukturách vedou k ustáleným abnormálním až patologickým projevům v chování lidí. V tom případě je neskutečně obtížné pouze psychoterapeutickými a resocializačními programy dosáhnout relativně trvalé, pro člověka žádoucí změny v jeho chování. Zobrazovací techniky v neurologii ukazují, že u lidí například s depresemi, úzkostnými stavy, agresivitou, poruchou pozornosti, obsedantně kompulzivní poruchou, posttraumatickým stresovým syndromem, jejich levý spánkový lalok a prefrontální kůra vykazují nízkou aktivitu a amygdala vysokou bioelektrickou aktivitu. Mimo jiné je narušena funkčnost receptorů pro příslušné neurotransmitery a fyziologicky nefungují excitační a inhibiční systémy v příslušných neuronálních okruzích. V případě mozkových dysfunkcí nemůže optimálně fungovat ani psychika.

K prolongované neuronální aktivitě mají tendenci vždy konkrétní jaderné komplexy limbického systému, které odpovídají za emoční pozadí racionální složky psychiky, za nálady a také za vztahy, protože jsou výrazně aktivní v případě negativních vztahů, v důsledku negativistického postoje k lidem, paranoidního naladění, nepřátelských myšlenek apod. Na straně druhé převažující pozitivní emoce člověka, jeho dobrý vztah k lidem a aktivní posilování těchto pozitivních vztahů člověkem iniciuje návrat směrem k fyziologickému fungování amygdalárních jader a dalších, s nimi propojených, neuronálních struktur.

Jinou důležitou strukturou jsou bazální ganglia a jejich zapojení do příslušných neuronálních okruhů, které řídí uvolnění napětí ve svalových skupinách, nebo naopak zesilují napětí (hypertonus) ve svalech v případě úzkostných stavů a neurotických reakcí. Bazální ganglia rovněž připravují tonické pozadí hladké svaloviny pro následnou příčně pruhovanou svalovou aktivitu, a proto v případě nízké aktivity (v případě ochablosti) se projevují poruchy jemné motoriky.

Stres rovněž negativně ovlivňuje funkčnost prefrontální kůry, která řídí, koordinuje, vytváří hypotézy, plánuje, koncentruje pozornost, je předpokladem sebeovládání, ovlivňuje míru rozhodování atd. Abnormální změna fyziologické aktivity v prefrontálních okruzích vede mimo jiné ke snížení schopnosti sebeovládání, sebekázně a k impulzivité, nezdrženlivosti,

k sexuálnímu excesům, k nesoustředěnosti, neschopnosti organizovat a vést a má za následek neschopnost dokončovat úkoly a dosahovat vytyčeného cíle.

Poruchy v cingulárním laloku mimo jiné vedou k neschopnosti přepojovat pozornosti a měnit způsob chování, což má za následek převažující rigidní, stereotypní chování.

Spánkové laloky se zase podílejí na zabezpečování paměťového procesu, porozumění řeči, schopnosti rozpoznávat obličeje, na sebeovládání atd. Jejich porucha pak vede k výbušnosti, ke změnám nálad, k poruchám učení. Naopak fyziologické fungování této oblasti napomáhá také k vnitřnímu klidu a rozvaze v jednání člověka.

Resilience, protektivní a rizikové osobnostní vlastnosti a povahové rysy, výchovné styly a další vnější okolnosti, které ovlivňovaly vývoj psychiky člověka, rodinná tradice zvládání zátěže a další faktory rozhodují o tom, který stresor, vedle obecně nadhraničních, je právě pro konkrétního člověka specificky nadhraniční. Ten pak právě u tohoto člověka spouští nadhraniční stresové reakce i když u ostatních lidí v případě stejného stresoru tomu tak být nemusí. A právě životní styl a životospráva, mající konkrétní podobu u každého člověka v jeho chování zdraví podporujícím či v chování zdraví ohrožujícím, stejně jako aktuální životní situace člověka a jeho místo v societě, to vše rozhoduje o tom, jak destruktivně a jak dlouho bude stresová reakce ovlivňovat psychosomatické a somatopsychické vztahy a k jakým závažným zdravotním problémům u konkrétního člověka stres povede. Stres může i zabít. Ale než nastane takový fatální okamžik, je zde spektrum varovných signálů, informací z organismu směrem k já jako jádru osobnosti o tom, že intenzita stresorů a doba jejich trvání již přesahuje kapacitu adaptačních mechanismů člověka. Takové informace vedou ke zhoršení kvality života člověka, spojené se spektrem fyzických i psychických fenoménů. Jedná se například o fyzickou bolest, ať již se jedná o symptomatické bolesti hlavy nebo migrény, bolest zad (zejména v oblasti šíje a bederně křížové), zhoršení funkčnosti pohybového aparátu, alergie v důsledku oslabeného imunitního systému atd. Jestliže člověk ignoruje tyto informace, jeho zdravotní stav se zhorší o nastupující například kardiovaskulární poruchy („neurotická“ tíseň a bolest v srdeční krajině spojená s pocitem slabosti a ohrožení života, což může být i předzvěst budoucího možného infarktu myokardu, vysoký krevní tlak, zrychlený tep atd.), gastrointestinální potíže (dyspepsie, choroby dvanáctníku, vředové onemocnění, atd.), respirační potíže (například dušnost s pocitem ohrožení života), urogenitální potíže (poruchy menstruačního cyklu, bolesti v podbřišku, výtoky, funkční poruchy erekce, poruchy sexuální apetence atd.) nebo neurodermatitidy (atopický ekzém atd.), mentální anorexii a bulimii, somatizační poruchy a somatoformní vegetativní poruchy atd. Psychogenní faktor lze jako spolupodílející se faktor nalézt i v případě některých forem nádorového onemocnění. Psychogenní faktor rovněž vede k oslabení funkčnosti imunitního systému. Ochranný a obranný systém organismu, kterým je imunitní systém (lymfocyty jako druh bílých krvinek, brzlík, uzliny, mandle, sliznice), se dotváří v průběhu celého života člověka. V současnosti však bývá stále více oslabován, protože současná civilizace přináší nové formy zátěže imunitního systému a proto se zvyšují i nároky na zvládání „klasických“ útoků různých virových a bakteriálních kmenů. Přestože základy pro jeho výkonnost jsou položeny již během vlastního porodu (přičemž první komplikací pro funkčnost imunitního systému představuje porod císařským řezem), posilovat imunitní systém, jeho obranyschopnost lze celoživotně. Třeba i skrze zdraví podporující životní styl. Neméně důležitá je také životospráva (která má být v souladu s biologickým smyslem fungování lidského těla), častěji doplňována například o fruktos-oligo-sacharidy, probiotika, cerebrosidy, omega 3 kyseliny atd. Restituci funkčnosti imunitního systému rovněž napomáhá věku přiměřená délka spánku, fyzická aktivita, omezení zdrojů stresorů v prostředí, atd.

Psychogenní faktor se může stát pro organismus psychopatogenním a vést tak k patofyziologii vegetativního systému, neuroendokrinního systému i k patologii v konektivité neuronových korových a podkorových struktur. To má za následek prohlubování chorobných změn v těle a zpětně to pak vede ke zvyšování psychického napětí, míry stresovanosti člověka i intenzity jeho úzkosti. Děje se to skrze zpětnovazební okruh, tvořený psychosomatickými a somatopsychickými vztahy. Uzavírá se tak patologický okruh, který nelze „přetnout“ pouze farmakoterapií, ale je zde nutné současně využít i psychoterapii. Proto je nutné v přístupu k psychosomatickým onemocněním zvolit k člověku přístup holistický. To znamená, že neléčíme diagnózu, ale člověka se zdravotními potížemi v jeho celistvosti, včetně porozumění specifčnosti jeho životního příběhu a jedinečnosti osobnostní struktury. Rovněž je důležité porozumět důvodům skutečnosti, že některé podmínky prostředí, ve kterém člověk žije, jsou pro něho nepříznivé, i když pro jiné lidi nikoliv. A v neposlední řadě je nutné porozumět příčinám vzniku pro člověka stresujících mezilidských vztahů v jeho mikrosocietě. Jen tak lze efektivně léčit člověka a s porozuměním procesu, který k nemoci vede, jejím příčinám předcházet. Svým přístupem musí lékař i psychoterapeut v člověku iniciovat motiv a vůli uzdravit se. Psychoterapeut zase musí v člověku navíc iniciovat cestu k náhledu na jeho rizikové faktory ve struktuře osobnosti a na jeho vlastní protektivní faktory ve struktuře osobnosti s cílem posílit v něm vnitřní integritu i odolnost vůči stresorům. Na této cestě mimo jiné také probíhá přeladění z hyperirritace sympatikové k normotonu a posílení funkcí parasympatiku jako součást zotavovacích dějů. Rovněž je nutné podporovat odhodlanost člověka přijmout nemoc jako výzvu k jednání zdraví podporujícímu. Lékař a psychoterapeut mohou léčit, ale uzdravit se musí člověk sám!

Psychosomatické nazírání na člověka v roli klienta či pacienta směřuje za rámec uvažování o příčinách onemocnění, způsobech léčení a o předcházení nemocem v klasické medicíně. Znamená opustit názor, že každé onemocnění má svoji jednoznačnou příčinu, spouštějící kauzální řetězec příčin a následků zdravotních obtíží. Holistický přístup k nemocným lidem znamená, že pro symptomy, signalizující nástup jejich psychosomatických onemocnění, lze jako příčinu těchto zdravotních obtíží nalézt vedle „hmatatelných“ rizikových faktorů (kouření, obezita atd.) i jednoznačně psychogenní faktory. Jak jsme již několikrát uvedli, jedná se například o negativní vliv intenzivních úzkostných stavů, o ztrátu kontaktu se svojí duchovní dimenzí, o vliv strachu, depresivní nálady, trýzně v důsledku ztráty smyslu života, pesimismu, stresu i pocitu nespokojenosti s vlastním životem, pocitu a prožitku osamělosti, prázdnoty, pocitu nedocenenosti ze strany rodiny, partnera/ky, řídicího pracovníka na fyziologické fungování orgánových soustav. Nejčastějším objektem působení negativních psychogenních faktorů, jak jsme již uvedli v předešlých odstavcích, jsou kardiovaskulární, gastrointestinální, respirační, urogenitální orgánové soustavy. Výrazný negativní vliv psychogenního faktoru byl prokázán i u některých neurodermitid, gynekologických onemocnění a artritid. Podstatnou část zdravotních obtíží, které se týkají výše uvedených orgánových soustav, lze označit jako psychosomatická onemocnění. Základním cílem holistického uvažování v léčbě člověka v celistvosti je obnovit homeostázu v těle a otevřít cestu harmonii v intrapsychickém prostoru.

Psychogenní faktory samozřejmě nepůsobí pouze specificky a cíleně na určitý tělesný orgán. Negativně ovlivňují například i funkčnost inhibičních a excitačních receptorů a tím i možnost vyšších celků, systémů v prefrontálních i limbických okruzích zajišťovat aktivační a útlumové děje, což narušuje synchronicitu mozkových dějů. Rovněž negativně ovlivňují strukturační procesy v těchto okruzích (viz problematika neuroplasticity – N. Doidge, 2012). Mladí lidé ve věkovém rozmezí od adolescence po mladou dospělost a senioři mají v posledních deseti letech (zkušenosti z klinických pracovišť a statistických údajů), oproti statistickým údajům

z let 2002/2003, stále méně sociálních kontaktů a stále většímu počtu lidí chybí sociální opora. Podle statistických údajů je úmrtnost vdov a vdovců téměř čtyřikrát vyšší než úmrtnost lidí ženatých a vdaných téhož stáří. Rovněž v té části populace, která je ve věku padesát pět až sedmdesát pět let, ti z nich, kteří žijí bez partnerských vztahů, vykazují statisticky významně vyšší úmrtnost v důsledku nemocí psychosomatických a nádorových oproti lidem s partnerskými vztahy.

#### **I.5.4.1. Stručná historie psychosomatiky**

Psychosomatika přes téměř osmdesátiletou historii své existence se doposud potýká s některými terminologickými a koncepčními nejasnostmi. Není to však „vina předmětu“ psychosomatiky, ale některých psychosomaticky orientovaných autorů z posledních deseti let, kteří do tezauru vědeckých poznatků psychosomatiky přinášejí irelevantní poznatky. Nebo se jedná o autory, kteří mechanicky převedli část předmětu psychosomatiky do jimi nově konstituovaných disciplín, jako například psychoneuroimunologie, psychofyziologie pro klinickou praxi nebo psychologie zdraví a nemoci. I když například původní úvaha založit psychologii nemoci jako vědní disciplínu byla velmi plodná, protože se jednalo o vybudování jejího předmětu na bázi nosných vědeckých poznatků psychosomatiky (kde dominuje zaměření na vnitřní faktory) na straně jedné a behaviorální medicíny (kde dominuje zaměření na faktory v rovině behaviorální) na straně druhé. Na základě nepodložených subjektivních názorů některých odborníků z daných profesí, že psychologie nemoci by byla příliš stigmatizující, bylo rozhodnuto, že zastřešujícím názvem bude psychologie zdraví. Nakonec se rozvíjí jak psychologie zdraví, tak i psychologie nemoci a v této určité neujasněnosti předmětů se otevřela cesta i pro mnohé jurodivé koncepce a „teorie“ intelektuálně neuspokojených autorů.

V psychosomatice některé nejasnosti spíše vyplývají z faktu, jak naložit s psychogenními a psychopatogenními faktory v rámci multikauzální příčinnosti psychosomatických onemocnění. Jedná-li se o odborníky s vědeckou erudicí psychologickou, potom v jejich koncepcích dominují faktory psychogenní a psychopatogenní, ale chybí hlubší porozumění somatopsychickým vztahům a faktorům z nich generujícím. Je pro ně problém pracovat s člověkem v jeho celistvosti. Jedná-li se o odborníky s vědeckou erudicí medicínskou, potom v případě faktorů multifaktoriálního psychosomatického onemocnění sice současně kladou důraz i na psychopatogenní faktory, ale prakticky operují jen s fakty, které se vztahují k dílčím psychickým jevům, protože osobnost, vědomí, nevědomí, konceptuální emoce atd. jsou pro ně v klinické praxi nedostižné. To, co si nastudovali, „nevidí“ ve své klinické praxi u konkrétního člověka. Neumí pracovat s člověkem v jeho celistvosti, s jeho psychikou i tělesností, s jeho jedinečností atd. Výsledkem je, že závěry k některým psychosomatickým výzkumům mají až anekdotický ráz. Často jsou sami se svými interpretacemi nespokojeni a paradoxně hledají chybu v psychologii, jejíž poznatky však prakticky ani neaplikovali.

Domníváme se, že mnohé z uvedených problémů nebudou vyřešeny do té doby, než psychosomatika přestane být považována pouze za vědu medicínskou a nikoliv za vědu hraniční v soustavě věd o člověku s předmětem transdisciplinárním. A nestačí pouze pojetí člověka jako biopsychosociálního fenoménu. Nezbytně nutný je holistický přístup k člověku v celistvosti v kontextu ekologických proměnných v nejširším smyslu slova a včetně jeho spirituální dimenze, která je imanentní součástí lidské psychiky.

V přístupu k člověku s psychosomatickými potížemi se mimo jiné analyzuje úroveň resilience, příčiny premorbidně zranitelného já člověka, které v zátěži vysílá signály o přetížení kapacity resilience v podobě emoční lability, intenzivních negativních emocí i psychické desintegrace. Výsledkem je pak prohlubující se maladaptace a maladjustace. Rovněž se bere do úvahy úroveň premorbidní zranitelnosti konkrétních orgánových soustav (*locus minoris resistentiae*), kterou signalizuje v zátěži se projevující různý stupeň jejich dysfunkce. To vše je současně zpracovááno i z úhlu pohledu prenatalní, natální a postnatální biografie konkrétního člověka, protože život člověka nezačíná faktem porodu, ani faktem puberty atd., a zejména nezačíná ani faktem jeho příchodu do nemocničního zařízení. Jen ve výše uvedeném kontextu úvah o etiopatogenezi onemocnění konkrétního člověka můžeme mimo jiné pochopit možné odchylky v jeho psychosomatické konstituci i jeho premorbidního zdravotního stavu například oproti jeho vrstevníkům i oproti jejich životnímu stylu. Zjednodušeně uvedeno, životní styl mnohých lidí s psychosomatickými onemocněními je životním stylem „na doraz“. Příliš energie vydávají na překompenzování různých psychických i tělesných handicapů. Mají pocit, že řešení problémů, zvládání životních úkolů je stále více nad jejich síly a oproti vrstevníkům vykazují nižší míru frustrační tolerance a vyšší míru stresovanosti. Postupně se pro vrstevníky běžné stresory stávají pro lidi směřující do psychosomatických obtíží stresory vyvolávající nadhraniční (patologické) stresové reakce. Výsledkem je, že tito lidé reagují na běžné životní situace jako na situace znamenající závažné ohrožení. Zesilují příznaky hyperiritace sympatického nervového systému a je blokována zotavovací fáze parasympatická. Nebo se projeví vegetativní paradox v tom smyslu, že v situacích, kdy by měli za sebe právě „zabojovat“, náhle kolabují a hyperiritace parasympaticková může mít za následek také projevy v podobě defekace a mikce. Následují neuropsychické zdravotní obtíže a postupně i důsledky dysfunkce imunitního systému. Psychická desintegrace narušuje homeostázu a rozvíjejí se somatické projevy orgánových dysfunkcí. To zpětně prohlubuje psychické napětí, emoční labilitu, neschopnost se soustředit na určitý cíl a vede ke zhoršení kognitivního výkonu. Tak se uzavírá patologický okruh a na závažnosti nabývá psychosomatické onemocnění. Znovu připomínáme, že holistický přístup znamená jít v úvahách o člověku s psychosomatickým onemocněním dál, za rámec dosavadního uvažování o jevech, „opírající“ se o jejich předpokládanou cirkulární kauzalitu. Nezbytně nutné je uvažování o nekauzálních vztazích mezi psychickými jevy, o integrativní funkci já, o protektivních a rizikových faktorech ve struktuře osobnosti konkrétního člověka s psychosomatickým onemocněním a také o potenciálu jeho spirituální dimenze, která je imanentní součástí lidské psychiky. Mimo jiné to znamená vzít do úvahy také pravděpodobnostní princip a teleologický výklad.

Z přehledu historie psychosomatiky vyplývá, že v jejím průběhu se vyskytovaly dva extrémy. Na jedné straně to byla tendence pojmát psychosomatiku jako klinickou psychofyziologii, v níž dominoval mechanistický přístup preferující lineární kauzalitu ve vztazích a souvislostech mezi jevy psychickými a fyziologickými. Druhým extrémem byla koncepce, která „rozpustila“ psychosomatiku do behaviorální medicíny. V lepším případě byla psychosomatika považována za předstupeň behaviorální medicíny (viz W. Miltner et al., 1986). Východiskem je však systémový přístup, který respektuje psychosomatiku jako samostatnou vědní disciplínu.

Termíny psychosomatický a somatopsychický byly poprvé použity na začátku 19. století jednak J. Ch. A. Heinrothem, který v roce 1818 na přednáškách hovořil o psychosomatických poruchách a jednak A. Jakobim, který v roce 1828 poprvé odborné veřejnosti předložil koncepci, ve které vyložil vliv somatopsychických vztahů na zdraví člověka. Psychosomatická medicína se však jako samostatná vědní disciplína začala rozvíjet až od

počátku 20. století jako reakce na Virchowovu koncepci medicíny „bez člověka“, bez osobnosti, bez ohledu na sociální kontext, v němž člověk před onemocněním žil a v němž také onemocněl.

Někdy se v odborných textech píše o psychosomatice v širším a užším smyslu slova. V prvním případě se má na mysli způsob lékařského nazírání na nemocného člověka a také přístup k tomuto člověku. Ve druhém případě se má na mysli psychosomatika jako samostatná vědní disciplína.

M. Bleuler (1954) rozděluje psychosomatické poruchy do tří skupin:

1. **psychosomatózy v užším smyslu slova**, kam řadí hypertenzi, ischemickou chorobu srdeční, akutní infarkt myokardu (AIM), vředové onemocnění, bronchiální astma, některé klinické formy migrén, revmatické artritidy, některé kolitidy a neurodermatitidy. Důkazem toho, jak psychogenní faktor může vést až k zániku člověka, je tzv. psychogenní smrt, která může nastat v případě prožívané hrůzy s extrémní produkcí katecholaminů;
2. **psychosomatické funkční poruchy v užším smyslu slova**, kam autor řadí některé sexuální poruchy, enurézy;
3. **psychosomatické funkční poruchy v širším smyslu slova**, které vyplývají z určitého rigidního postoje člověka, z jeho rizikových osobnostních charakteristik, hodnotových orientací, nesplnitelných tužeb a přání a které vedou ke zdraví poškozujícímu chování. Patří sem i tzv. sklon k úrazovosti.

Počátky psychosomatiky poznamenaly práce S. Freuda a jeho žáků, které posloužily jako teoretické pozadí pro specifické psychosomatické koncepce. S. Freud sám nepoužíval termín „psychosomatický“ pro problematiku konverze. K tomuto termínu se v dvacátých letech vrátil F. Deutsch (1953), který se zabýval volbou orgánu, kam směřuje energie neodreagovaného intrapsychického konfliktu a kde tělesný symptom symbolizuje právě tento výchozí intrapsychický konflikt. Za zakladatele psychosomatické medicíny jako vědní disciplíny jsou považováni Franz Alexander a Helena Flanders Dunbarová, kteří realizovali systematický psychosomatický výzkum a propojovali teorii s klinickou praxí (blíže viz L. Vašina, 1995, J. Baštecký a kol., 1993, A. O. Faleide et al., 2010).

Vedle psychoanalytických koncepcí ovlivnily ve třicátých a čtyřicátých letech psychosomatiku i další směry a teorie. Například Meyerova holistická koncepce, kterou rozvíjel v kontextu psychobiologie a která ovlivnila H.F. Dunbarovou. Teorie učení, založená na podmíněně reflexní činnosti, Cannonova teorie homeostázy a Selyeho koncepce stresu, později Z. J. Lipowského koncepce psychosociálního stresu (1977) vedly ke vzniku nespécifických psychosomatických koncepcí, přičemž jedním z výrazných autorů těchto koncepcí byl H. Kaplan (1975). K nespécifickým psychosomatickým koncepcím také patří kortikoviscerální koncepce K. M. Bykova a I. T. Kurcina (1955). V Německu byla psychosomatika rozvíjena zejména v rámci tzv. Heidelberské psychosomatické školy, kam patřili například Viktor von Weizsacker, Thure von Uexkull a další. Ve Francii byl předním představitelem formující se psychosomatické medicíny M. de Múzan, který spolu s McLeanem a Martym přispěl ke koncepci alexithymie. Navázali na práce J. Reusche. První ucelenou koncepci alexithymie v roce 1972 na konferenci o psychosomatickém výzkumu přednesli P. E. Sifneos a C. J. Nemiah. C. G. Stone (1980) přispěl k nespécifickým psychosomatickým koncepcím rozpracováním syndromu hopelessness – helplessness (syndrom beznaděje, bezradnosti – bezpomoci, bezmocnosti). V psychosomatice se tento



syndrom studuje již řadu let. Úzkost, strach, deprese v důsledku obav, starostí, nejistot, pracovní zátěž, domácí zátěž atd., vedoucí k psychickému napětí, mají za následek mj. bolest hlavy, napětí čelistních svalů a noční bruxismus a psychosomatické potíže v řadě orgánových systémů. Uvedený syndrom je na behaviorální úrovni charakterizován útlumem pohybu, který je doprovázen spektrem fyziologických dysfunkcí ve vegetativním systému, endokrinních systémech a v různých orgánových soustavách. Člověk v běžných životních situacích má pocit ohrožení spojený s úzkostí a zažívá bolestný pocit neschopnosti řešit danou situaci. Ochromuje ho pocit bezmoci, beznaděje. Není schopen žít v přítomnosti, vrací se mu minulá zklamání, selhání, neumí využít minulé zkušenosti k poučení a chybí mu důvěra a naděje pro budoucí směřování. Jeho vážným problémem je i skutečnost, že vzhledem k pocitu ohrožení a nespokojenosti ve vztazích nedokáže v krizových situacích nalézt člověka, který by mu mohl pro jejich překlenutí poskytnout sociální oporu.

(Bližší informace o psychosomatických onemocněních lze nalézt například v pracích: Smith, E. (2007): *Tělo v psychoterapii*. Portál, Praha; Faleide, A. O., et al (2010): *Vliv psychiky na zdraví*. Grada, Praha; Tress, W., et al (2008): *Základní psychosomatická péče*. Portál, Praha; a v dalších.)

**Tabulka č. 3 Srovnání psychosomatických koncepcí (kol., 1969)**

	<b>H. Kaplan</b>	<b>F. Alexander</b>
	<b>Hypotéza nekompenzovaného afektu</b>	<b>Teorie specifického výchozího konfliktu</b>
<b>Faktory mající rozhodující vliv na vznik psychosomatických chorob</b>	Konstituční faktory a <b>jakékoliv</b> afektivní reakce provokované <b>jakýmikoliv</b> podněty mohou vést ke vzniku psychosomatických chorob	Konstituční faktory a <b>specifické</b> psychodynamické konflikty (např. chorobná závislost) vedou ke vzniku <b>specifických</b> psychosomatických chorob
<b>Vědomí nemocného o psychogenních faktorech, jež jsou příčinou psychosomatických chorob</b>	Psychogenní etiopatogenetické faktory mohou být nemocnému <b>vědomé nebo podvědomé a mohou, nebo nemusí být potlačeny</b>	Výchozí konflikt nutně <b>musí být v podvědomí</b> a nutně <b>musí být potlačený</b>
<b>Obranná reakce</b>	Psychosomatické příznaky jsou konečným fyziologickým následkem <b>selhání</b> příslušných psychologických mechanismů	Psychosomatické příznaky jsou fyziologickým <b>projevem</b> psychologických obranných mechanismů
<b>Význam afektů</b>	Fyziologické projevy úzkosti (i dalších afektů) vedoucí k chorobným orgánovým změnám <b>nezávisí na psychodynamice konfliktu, nýbrž na vrozených „vzorcích“ fyziologie afektů</b> daného jedince	Úzkost jakožto signál nebezpečí odkrývá <b>specifický psychodynamický konflikt</b> (jehož typ závisí na povahových rysech, vývoji libida subjektu aj.) Fyziologické změny provázející tento konflikt vedou k chorobným orgánovým změnám
<b>Psychologický význam</b>	<b>Fyziologické změny</b> nemají žádný psychologický význam.	<b>Fyziologické změny mají specifický psychologický</b>

<b>fyzilogických změn</b>	Například hyperacidita žaludeční šťávy a žaludeční vřed <b>nemají žádný symbolický psychologický význam</b>	<b>význam</b> (např. hyperacidita žaludeční šťávy při vředové chorobě znamená podvědomou touhu být krmen)
<b>Psychologický význam psychosomatické choroby</b>	Psychosomatická choroba nemá primárně žádný psychologický význam	Psychosomatická choroba (např. žaludeční vřed) nemá primárně psychologický význam. (V koncepci F. Alexandra je nejasné, zda primárně či sekundárně, když vezmeme do úvahy konverzní výklad v psychosomatice.)
<b>Význam regrese</b>	Chorobné změny orgánů jsou chápány běžným způsobem	Psychodynamický konflikt s následnou psychosomatickou chorobou jsou dány regresí k dřívějším, raným stádiím fyziologického vývoje

## II. HISTORIE SOMATICKÉ PSYCHOTERAPIE, VČETNĚ SANOTERAPIE

Jestliže si, metaforicky řečeno, představíme somatickou psychoterapii jako strom s řadou větví, včetně sanoterapie, potom její kořeny spočívají v embryologii, neuroendokrinologii, psychosomatice, v neurovědách, v kulturní antropologii, v dynamických analytických školách, v ego-psychologii, gestalt psychologii, humanistické psychologii, v manuální medicíně, klasické čínské medicíně a rovněž i v teorii deterministického chaosu a teorii strun. Nelze opominout ani takové techniky a metody somatické psychoterapie, které pro klinickou praxi jsou postaveny na Feldenkraisově metodě (1995: *Übungen für jeden Tag*. Fischer Verlag, Frankfurt am Main), Alexandrově technice (1931: *The use of the self*. Methuen, London) a terapeutické metodě I. Rolfové (1999: *Rolfing a realita těla*. Pragma, Praha), kde je popsán rolfing jako způsob restrukturační fyzického těla. Je tedy zřejmé, že somatická psychoterapie pro svoje teoretické zázemí čerpá informace ze širokého spektra věd o člověku a ve své klinické praxi smysluplně využívá širokou škálu osvědčených postupů, metod a technik. To si vyžaduje transdisciplinární přístup umožňující překročit informační bariéry jednotlivých věd a vyhnout se tak informačnímu šumu, aniž by to bylo na úkor srozumitelnosti sdělení. Současně to vyžaduje i rozsáhlé znalosti příbuzných psychotherapeutických směrů a vlastní zkušenost s použitím jejich postupů, metod a technik (a také porozumění jejich možnostem a mezím), než jsou přeneseny do kontextu somatoterapeutické práce.

Kmen stromu somatické psychoterapie reprezentuje její vlastní postupy, techniky a metody (k elementárním technikám patří například centering, grounding, facing, sounding a další).

Větvě výše uvedeného stromu představují různé přístupy, školy a směry somatické psychoterapie (například vegetoterapie, biosyntéza, sanoterapie atd.). Ovšem základy somatické psychoterapie položil Wilhelm Reich (1897-1956). V roce 1922 ukončil studium lékařské fakulty na Vídeňské univerzitě a angažoval se ve Vídeňském psychoanalytickém spolku, kde spolupracoval se S. Freudem. Navázal na Freudovu a Brennerovu studii o ekonomii energie neuróz a o vyjadřování a uvolňování emocí. Napsal řadu významných studií z oblasti psychosomatiky a „ekonomie energie“ osobnosti. Rozvinul metodu „charakterové analýzy“ zaměřenou na tzv. svalové pancíře obranného charakteru v různých tělesných segmentech, představující obranný mechanismus proti ohrožení primárních potřeb člověka.

W. Reich se později dostal do spekulativní roviny se svojí orgonovou terapií, v jejímž rámci pracoval s tzv. orgonovou energií. Přesto jeho práce znamenají značný přínos zejména do teozoru poznatků souvisejících s bioenergetickými terapeutickými metodami. Ve své knize *Charakterová analýza* (1949; poprvé vyšla 1933) popsal W. Reich teorii, techniku a použití psychoanalytické charakterové analýzy, ze které potom vycházel jeho žák Alexander Lowen při rozvíjení své bioenergetické analýzy. W. Reich popisuje cestu, kterou vykonal od psychoanalýzy k orgonbiofyzice, a vysvětluje vazbu mezi tělem a psychikou. Přitom klade důraz na energetické pochopení této vazby. W. Reich sice také vycházel z Freudova postulátu o mimořádném významu sexuálního faktoru v etiologii neuróz, ale stavěl zejména na rovnováze mezi nabitím a vybitím energie. V úvahách o cestě k zabezpečení této rovnováhy věnoval pozornost i orgasmické energii, jejíž vybití má charakteristickou křivku s několika stupni. Při nedostatečném vybití, lépe řečeno „zastavení“ proudu k uvolnění směřující energie má toto zastavení za následek vznik řady poruch. Pokud je člověk pod represivním tlakem jiného

člověka nebo skupiny lidí, jejich norem, tradice určité society atd., potom traumata, emoční zranění a potlačované sexuální pocity spolu s obranným charakterovým postojem, který je doprovází, se spolupodílejí na vytváření složitě uspořádaného chronického svalového napětí, tzv. charakterového pancíře. Tento pancíř pak brání v projevení se orgasmické energie, emocí atd. Tento pancíř vlastně chrání člověka před ohrožujícími zážitky z vnějšího i vnitřního prostředí, ale neumožňuje řešení postupně se kumulujícího problému a s ním blokové energie. Problém je pouze vytěšňován z oblasti vědomí, ale vrací se po určité době v různých modifikacích a v projevech psychických i somatických. Podle Reicha vnější represivní faktory vedou k neúplnému vybití orgasmické energie, což má za následek její postupnou kumulaci. Přebytečná energie je vázána ve svalovém pancíři a nemůže volně proudit. To vede k situaci, kdy energie někde chybí a některé jiné oblasti psychiky nebo těla zase naopak energeticky „hypertrofují“. Je samozřejmé, že na vytváření svalového pancíře se spolupodílí nejen vlastní svalový aparát, ale i neuroendokrinní systém a vegetativní systém. W. Reich a jeho žáci popisují v tělesném schématu sedm základních segmentů, v nichž se mohou za nepříznivých okolností v životě člověka formovat pancíře a vázat tak na sebe energii. V tomto kontextu je výbornou prací *Anatomie pro bioenergetické analytiku* Konrada Oelmana (1984).

W. Reich v Kodani a v Oslu se svými žáky Tage Philipsonem a Ola Raknesem rozpracoval metodu charakteranalytické vegetoterapie. V tomto případě byly svalové napětí a hyperirritace vegetativního systému pojímány v kontextu s charakterovými obranami. V kontextu vegetoterapie se pracovalo s dechem, dotekem a pohybem při zvládnutí neuróz. Podle W. Reicha není neuróza jen poruchou duševní rovnováhy, ale současně vyjádřením chronické poruchy vegetativní rovnováhy a tělesné mobility.

Jak jsme již uvedli v předešlých odstavcích, teoretické kořeny somatické psychoterapie, včetně jedné z jejích větví, a to sanoterapie, vyrůstají mimo jiné z teorie humanistické psychologie a gestalt psychologie. Zejména se jedná o integrativní teorie K. Goldsteina (1939), který hovoří o organismickém sebeuskutečňování v permanentní konfrontaci člověka s jeho prostředím jakožto o základním motivu lidského života, v němž je člověk zaměřen na rozvoj svých vnitřních možností a směřuje tak od neuspořádaného k uspořádanému. Goldsteinovým žákem byl F. Perls (1969, 1976), který je považován za jednoho z autorů gestalt terapie. K. Goldstein ovlivnil také A. H. Maslowa (1954, 1970), v jehož koncepci je klíčovým pojmem pojem sebeaktualizace (seberealizace). Humanistická psychologie ve svých koncepcích znovu zavedla takové pojmy jako hodnota, volba, rozhodnutí, seberealizace, růst, uspokojení, radost, štěstí atd.

Humanistická psychologie vlastně identifikuje smysl lidského života vyjádřený pojmem seberealizace a svými nástroji a poznatky přispívá k jeho naplnění. (Blíže viz například J. F. T. Bugental (1965), Richard W. Coan (1977), H. Quitmann (1991).) Ke klasikům humanistické psychologie patří také Carl R. Rogers (1951), který ve svém terapeutickém přístupu ke klientovi (klient-centered) zosobnil takové kvality, jako je přirozenost, vřelost, citlivost, hluboký zájem o cítění druhých lidí, účast s jejich osudem. Terapeuticky pracoval se dvěma základními potřebami individuálního vývoje, a to potřebou pozitivního hodnocení druhými a potřebou sebeúcty. Rogers oproti kontrole, zákazu, přehnané disciplíně a předpokladům, že hlubiny lidské přirozenosti jsou nebezpečné, zlé, kořistnické a pustošící, klade důraz na spontánnost, sebeakceptaci, vlastní volbu, vědomý prožitek sebe sama, potřebu uplatňovat se a rozvíjet.

C. R. Rogers (1951, 1985) terapeuticky pracoval s lidskou přirozeností a jeho vedení k sebeakceptaci a sebeúctě znamená posilování důvěry člověka v sebe sama, otevřenost vůči svým prožitkům a pocitům. Znamená to také posilování vlastní nezávislosti, vládu nad sebou

samým, osvobození se od různých „*měl bys*“ a vyhovování jenom přáním a potřebám druhých lidí. Často úporná snaha držet se sterilních adaptivních vzorců chování vyvěrá ze strachu z negativního hodnocení druhými, ze strachu, že ztratíme sebeúctu, protože nás tito lidé nebudou akceptovat. Důležité je v tomto případě uvědomit si, že nejsme fatálně nuceni stát se výtvozem druhých, nejsme nuceni být formováni jejich přáními a požadavky. A nejsme také nuceni stát se obětí vnitřních, hlubinných neznámých sil v sobě. Naopak můžeme si zvolit svou vlastní cestu, svůj vlastní životní postoj (jedná se o vnitřní, subjektivní existenciální svobodu za jakýchkoliv vnějších a vnitřních podmínek). To znamená, že můžeme svůj vlastní život prožít jako sled kompetentních a svobodných voleb mezi různými alternativami chování a prožívání, realizovat svůj tvůrčí potenciál, seberealizovat se a v pojetí Maslowa stát se „*plně lidským*“ (becoming fully human).

Dále do teoretického základu somatické psychoterapie také přispěla psychosociální teorie Erika Eriksona (1950), který se pokusil objasnit růst **já** a na rozdíl od S. Freuda vidí kulturu a společnost pozitivně, i když v každém z jeho osmi vývojových období člověka se objevuje krize. Krize ovlivňuje vývoj ega. Krize mohou být korunovány dobrým nebo špatným výsledkem ovlivňujícím pokrok ve vývoji v následujícím období. Pro somatickou psychoterapii je rovněž důležitá separačně individualizační teorie Margaret Mahlerové (1975, 1965, 1969), která objasňuje počátky ega v každém jedinečném dítěti (rozvíjení identity, odlišení **já** od matčina **já** – zhruba období mezi 12.-36. měsícem). A v neposlední řadě do výše uvedeného teoretického základu přispěla teorie objektních vztahů (oproti pudové teorii klade důraz na potřebu subjektu vztahovat se k objektům; viz M. Klein, 1948; W. R. D. Fairbairn, 1952; D. W. Winnicott, 1965), dále teorie egopsychologie (G. a R. Blanckovi, 1992), studie E. Jacobsonové (1964) a H. Kohuta (1991). K porozumění vývoje self také přispěly práce S. Johnsona (1989, 1991, 1993).

Ke koncepci o zrodu lidské psychiky v prenatalním a natálním období vývoje člověka, dále k pochopení její zakotvenosti v mozgovém substrátu a k pochopení fungování celistvé lidské bytosti (jednota v protikladech mysli a těla) přispěly vědecké poznatky a teorie takových autorů, jako jsou F. Lake (1981), F. J. Mott (1948, 1959), R. O'Rahilly (1975, 1979, 1985), T. G. Connally et al. (1981), L. Wolpert (1994), J. M. Fuster (1989), K. W. Walsh (1985, 1987), S. J. Dimond, J. G. Beaumont (1974), J. C. Eccles (1964, 1977), H. B. M. Uylings et al. (1991), R. Assagioli (1976), N. Herbert (1976), E. Jantsch (1975, 1980), D. M. Ramsey et al. (1967), O. Rank (1929), L. Peerbolte (1975) a další. Z teoretiků vědy to byli například D. Bohm (1951, 1962, 1980, 1987), F. Capra (1982, 1992), S. J. Groerner (1993), W. Heisenberg (1966), M. Minsky (1961, 1968), K. R. Popper (1994) a další.

Do programové koncepce somatické psychoterapie, včetně sanoterapie přispěli zejména F. Perls (1969, 1976), R. May (1958, 1969), S. Eleman (1985), M. Feldenkrais (1972), R. Masters, J. Houston (1978, 1973), F. M. Alexander (1941, 1943), A. Balaskas (1977, 1979), W. Reich (1949, 1993), A. Lowen (1958, 1977, 1993), D. Boadella (1974, 1975, 1979, 1987, 1993) a další.

Filozofické kořeny somatické psychoterapie a tudíž i sanoterapie je nutné hledat zejména ve filozofických systémech existencialismu a fenomenologie a v jejich konfrontaci s logickým pozitivismem a novopositivismem. Jedná se o kadlub, v němž se prolínají, spojují, ale i konfrontují myšlenky takových filozofů, jako byli E. Husserl a S. Kierkegaard, na něhož navázali například M. Heidegger, K. Jaspers, M. Buber a další. K uvedeným filozofům v mnoha směrech patří i J. P. Sartre a také P. Tillich se svými myšlenkami obsaženými zejména v práci *Odvaha k životu*. V myšlenkových konstruktech všech výše uvedených autorů hrají důležitou úlohu pojmy jako například hodnota, smysl života, intencionalita atd.

Intencionalita je mostem k některým myšlenkovým konstruktům další, pro somatickou psychoterapii významné skupiny filozofů a neurovědů, kterými jsou mimo jiné K. R. Popper (1983, 1994), J. R. Searle (1990, 1994), J. C. Eccles (1983, 1989). A právě v konfrontaci uvedených filozofických směrů se zrodilo filozofické zázemí somatické psychoterapie – sanoterapie.

Sanoterapie se hlásí k integrativním směrům, které preferují takové postupy a metody, které jsou ze své podstaty propojitelné s postupy a metodami některých tzv. čistých terapeutických směrů s jejich standardními psychoterapeutickými intervencemi. Myšlenka syntézy je ústřední myšlenkou praktické sanoterapie a opírá se o přesvědčení autora, že alfa a omega všeho terapeutického dění je konkrétní člověk s jeho konkrétním problémem a jeho variabilitou v kontextu dynamiky vlastního životního příběhu a prostředí, v němž se tento příběh permanentně odehrává. Podstatné je, jak se v terapeutickém vztahu mění chování klienta, jak prezentuje svůj problém, jaké formy adaptace volí, do jaké míry se aktivují sanogenetické pochody, jakou podobu má jeho svobodné rozhodování, nebo co je omezuje (míra kontaktu s **já**) atd. To nutí terapeuta měnit nejen taktiku, ale někdy i strategii psychoterapeutické práce. Navíc účinnost terapeutické intervence závisí na kvalitě terapeutického vztahu, v němž se zhodnocují takové kvality, jako je vřelost, respekt, empatie, akceptace, pozitivní vztah, ale i racionální zpracování informací proudících v terapeutickém vztahu atd. To jsou kvality, které by měly sytit terapeutický vztah bez ohledu na teoretické pozadí, postupy, metody a techniky jednotlivých psychoterapií. Hovoříme-li o teorii, pak jsme v příliš abstraktní rovině a tudíž příliš vzdáleni konkrétnímu člověku a jeho problémům. Samozřejmě určité zobecnění je nutné. Ale nejdůležitějším kritériem je účinnost zvoleného terapeutického postupu, čili jak klientovi pomáhá a jaký je výsledný efekt. Bez diskuse je, že terapeut musí mít dobře definovaný problém, mít dobrou koncepci osobnosti, dobrou koncepci emočnosti a dobrou strategii terapeutického působení. Stejně tak je nezbytně nutné, aby terapeut měl takové teoretické pozadí a takový tezáurus poznatků z oblasti věd o člověku, které by mu dovolily provést komparativní analýzu jednotlivých terapeutických směrů. Další podmínkou integrativního (někdy také nazývaného eklektického) přístupu v praktické psychoterapii je, aby terapeut měl dobře zažitě a profesionálně zvládnuté ty metody, postupy a techniky různých psychoterapeutických směrů, které se rozhodl použít ve své vlastní terapeutické práci. Poslední podmínkou je, aby měl terapeut hluboko v sobě dobře zakotvenou vlastní převažující psychoterapeutickou orientaci, která ho nejvíce (vzhledem k jeho osobnostní struktuře) oslovuje a umožňuje mu naplno využít svého potenciálu ve prospěch ke zdraví směřujícího procesu jeho klienta.

Každý psychoterapeutický směr je nositelem určitých specifických a současně i obecných charakteristik, které jsou společné více směrům, viz Tillett, R., (1993). Z toho také vycházejí i zastánci integrativního a eklektického přístupu v praktické psychoterapii. Patří k nim například B. L. Duncan (1990) a jeho tzv. strategický eklekticismus, dále L. E. Beutler (1983, 1991) s tzv. systematickou eklektickou psychoterapií, dále A. Lazarus (1992) a jeho multimodální terapie, F. Knobloch, J. Knoblochová (1994) a jejich integrovaná psychoterapie a další. Existuje také mezinárodní organizace terapeutů, kteří prosazují ve své práci integrativní a eklektický přístup a kteří také vydávají časopis *Journal of Psychotherapy Integration*. To vše je reakcí na tzv. klasické psychoterapeutické směry, které jsou v praxi mnohdy příliš rigidní, léčba jimi je příliš zdoluhavá a účinnost málo kontrolovatelná, protože v delším časovém parametru do léčby vstupují nové proměnné, které souvisejí se spontánními remisemi, se změnami v sociálním prostředí klienta a s událostmi mimo rámec terapie. Navíc se uvádí, že až 30 % terapeutického efektu je výsledkem kvality terapeutického vztahu bez ohledu na jakoukoliv terapeutovu teoretickou orientaci (důležitou úlohu zde hrají empatie,

pochopení, vřelost atd., jak jsme již uvedli výše). 30 % terapeutického efektu připadá na obecný faktor očekávání (placebo efekt), opět bez ohledu na psychoterapeutický postup. Komplikace přináší i ten fakt, že příliš sektářské chování některých stoupců a představitelů klasických psychoterapeutických směrů neumožňuje objektivně vyhodnotit terapeutický efekt jejich dlouhodobých postupů a stanovit tak okruh terapeutických problémů, kde skutečně nejúčinněji působí.

Eklektický směr ve skupinové psychoterapii reprezentuje i I. D. Yalom, který klade důraz na skupinovou interakci „hit et nunc“.

Nejucelenější a pro praxi terapie relevantní modely integrace vypracovali K. Evans, prezident European Association for Integrative Psychotherapy, dále H. Petzold, mj. vydavatel časopisu Integrative Therapie, a americký představitel integrace v psychoterapii R. Norcross. Další autor, a to C. Navanjo zase „otevřel“ cestu integrativnímu principu v gestalt terapii.

Yalom věnuje pozornost problematickým pacientům a klade důraz na užití různých pomocných technik k podpoření a urychlení interakce. Velký význam připisuje kohezi skupiny, kterou považuje za analogickou terapeutickému vztahu v individuální terapii.

Základní účinné faktory ve skupinové terapii podle Yaloma (1975) zahrnují:

1. zprostředkování informací
2. dodávání naděje
3. pocit společenství s ostatními
4. altruismus
5. korektivní rekapitulaci situace v primární rodině
6. zpětnou vazbu
7. imitační chování
8. interpersonální učení
9. vliv skupinové koheze
10. katarze

## **II.1. Psychický element v somatické psychoterapii, včetně sanoterapie**

První krok sanoterapeutického sezení s klientem směřuje k uvolnění bloky, spazmy zadržované energie, a to pomocí sanoterapeutických setů s cílem připravit tak cestu k nastavení energetické rovnováhy, dát prostor pro projevení negativních emocí, které byly doposud blokovány psychickými obranami. Uvolněná energie napomůže klientovi k

„otevření“ psychického pole (podstatně dříve, než by tomu bylo slovem), které je pak lépe přístupné pro hlubší introspekci a pro snadnější autentické vyjádření se klienta ke svému problému. Pro terapeuta se tak otevírá širší prostor pro pochopení klienta v celistvosti a pro analýzu příčin problému klienta s jeho předivem mezilidských vztahů a pro následující společné hledání cest vedoucích k řešení klientova problému. V konečném důsledku je to cesta k vnitřní integritě klienta, která se na behaviorální rovině manifestuje vyšší mírou klientovy stability i v zátěži.

Na rozdíl od klasických psychoterapií, sanoterapie, stejně jako i ostatní větve somatické psychoterapie, prostřednictvím masáží, sanoterapeuticky strukturovaným pohybem, polohováním těla, grimasováním, prací s dechem, se zvukem, rytmickým tancem atd. uvolňuje bloky, spazmy, napravuje dysbalance a otevírá psychické obrany, uvolňuje emoční proces a psychické napětí, „rozpuští“ psychickou bolest, vzdor, odpor, negaci, vztek atd., získané v průběhu dosavadního života klienta, zejména v důsledku emočních zranění, psychotraumat a intrapsychických konfliktů. Teprve za těmito překážkami se otevírá cesta terapeuta k **já** klienta, které jako jediné může rozhodnout o vykročení k uzdravení bez předešlé fragmentace psychiky v důsledku různých forem zátěží. Jedině **já** může podržet aktualizovaný motiv a poskytnout záměr pro cíl, kterým je zdraví podporující chování. Současně se uvolňuje energie potřebná ke změně, jestliže se člověk pro tuto změnu v sobě svobodně rozhodne. Aby se změna mohla skutečně realizovat, je současně nutné také uvolnit energii potřebnou pro změnu neuronální komplexity a konektivity neuronální a psychické na této nové cestě seberealizace a zrání oproti dřívějšímu stavu klienta. Toto je jeden z cílů, jimiž se sanoterapie liší od ostatních větví somatické psychoterapie. Dalším cílem sanoterapie, na rozdíl od ostatních větví somatické psychoterapie, je dosáhnout u klienta uvědomovaného hlubokého prožitku sebe sama jako dospělého člověka, odpovědného za své činy, za mezilidské vztahy, které sám vyvolal. Stejně tak je důležité, aby člověk byl odpovědný za sebe sama jako zdroje inspirace, tolerance, přátelskosti a lásky bez egoismu a pýchy v těchto vztazích a nikoliv zdrojem negativních emocí, hostility. Sanoterapie pojímá život člověka jako dynamický příběh. Jestliže člověk pochopil a přijal syžet tohoto svého příběhu (jehož je současně objektem i subjektem), potom má pocit smysluplnosti vlastního života a pocit vlastní kompetence pro jeho pokračování. Příběh současně poskytuje kontext pro životní úkoly, které by člověk měl v příslušné „kapitole“ svého životního příběhu řešit. Úspěšné řešení těchto životních úkolů na daných etapách vývoje vyvolává v člověku pocit kompetence pro další pokračování svého životního příběhu. V kompetenci je mimo jiné obsažena i zhodnocena minulá zkušenost, která je výsledkem schopnosti vlastní bilance určitého úseku svého životního příběhu.

Není-li to člověk schopen udělat, utíká-li před vlastní minulostí, potom si z ní nemůže vzít nic užitečného pro následující „kapitoly“ svého životního příběhu, dělá stejné chyby, nebo ho potlačená minulost neurotizuje. Proto sanoterapie pomáhá člověku hledat to, co narušuje jeho kompetenci „vzít život do vlastních rukou“, svobodně a tvořivě se rozhodovat, dospěle jednat a být odpovědný za své činy a v procesu seberealizace plně využívat svůj potenciál. Sanoterapie také hledá to, co narušuje pocit kompetence k vlastnímu zrání, a v tomto kontextu také směřování k duchovní dimenzi.

To, co brání pocitu kompetence člověka k pokračování vlastního smysluplného životního příběhu, je nutné nalézt, znovu prožít, pochopit, zpracovat a zařadit do minulého děje, který nelze z vlastního životního příběhu vymazat, ale lze ho akceptovat, přijmout. Pouze tato cesta je cestou k posunu, ke změně. Transformace prožitkem sice vede k posunu či ke změně v nás samotných, ovšem stejně tak může u člověka nepřipraveného vést, obrazně řečeno, k jeho



pádu na „dno“! (I když v terapii je to důležitý moment, protože ode dna se dá odrazit zase směrem vzhůru.)

Je řada cest, jak můžeme při práci s klientem postupovat. Jednou z nich je rekonstrukce a restrukturalizace cesty k jeho **já** v dětském věku a rekonstrukce a restrukturalizace cesty zase zpět k **já** nyní již dospělého člověka. To vše bez neurotického „bloudění“ a hledání cesty zpět k vlastnímu dětství jako k symbolickému ráji za současného odmítání současné role dospělého člověka. Taková cesta, takové vzpomínání bývá zdrojem traumat nových. Problém v tomto případě spočívá v tom, že „dítě“ v dospělém člověku (archetyp bezmocnosti) mnohdy rezignuje na svět dospělých, protože jeho svět her nebyl vždy úspěšný v konfrontaci se světem dospělých. Tyto konfrontace byly v řadě případů zdrojem emočních zranění, intrapsychických konfliktů, pocitů viny apod. A jak jsme již uvedli výše, utíká-li člověk před sebou samým, před svojí minulostí nepoučen, dělá další chyby a „oživlé mechanismy“ z předešlých „kapitol“ životního příběhu vyprodukují snadno další pocity neurotické viny, traumata atd. Právě důrazem na rekonstrukci a restrukturalizaci zpáteční cesty od dítěte v nás k integritě a identitě dospělého člověka se mimo jiné liší sanoterapie od ostatních větví somatické psychoterapie. Cesta k dítěti v klientovi, jako cesta s odstupem času a se zkušeností dospělého člověka, vede k odreagování a ke zpracování jeho minulých problémů. Je to i cesta k vlastní přirozenosti a spontánnosti. Cesta k dítěti v člověku také oživuje minulé zážitky, které souvisejí se separačním procesem. Symbióza s matkou je nesmírně cenný proces v určité etapě vývoje na cestě k vlastní identitě. Zasahuje-li do dalších vývojových etap, stává se velmi retardujícím činitelem. Člověk mimo jiné „odmítá“ stát na vlastních dospělých nohou, má problém s vyvážeností mezi dáváním a přijímáním (neumí dávat), nerespektuje hierarchii hodnot, protože se necítí kompetentní k přijetí vyšších hodnot, je egocentrický a v prolongované symbióze matky s dítětem vlastně jeden druhého využívají k sobeckému uspokojování svých emocionálních potřeb.

Cesta k dítěti v sobě nebo, jak se v některých literárních pramenech uvádí, cesta k vnitřnímu dítěti (čili cesta k vlastní přirozenosti, spontánnosti, hře, obrazotvornosti, ale i k uvědomované kontinuitě vlastního bytí) je velmi cenná, jestliže má uvolnit sanogenetické pochody pro emoční uzdravení, pro přijetí vlastní minulosti s porozuměním jejímu smyslu v našem životě, bez pocitu bezmocnosti, pocitů ponížení, zklamání, vzdoru, hněvu, zlosti a bolesti.

V případě zneužívání v dětství je to jedna z cest k odpuštění tomu, kdo se na zneužívání podílel, za současného odpuštění sobě samému, které rozhodně neznamená souhlas s tím, co se dělo, ale odpoutání mysli, osvobození sebe sama od tíživého pouta minulosti.

Hněv, zlost a vzdor mnohdy doprovázejí vzpomínky na dětství. Ovšem na straně druhé je člověk již od dětství veden k tomu, aby tyto pocity nedával najevo, ať již proto, že „hodné dítě nekřičí a nevzteká se“, nebo proto, že se to „nehodí a co by tomu řekli lidé“. A tak bez řešení tohoto problému, který vedl k hněvu, a přes silné emoční napětí se nutíme do „příjemného chování“. Stejný mechanismus se pak uplatňuje i v dospělosti. Je to také mechanismus, který „vyrábí“ pocit neurotické viny. Vinu před rodiči, že jsme nebyli těmi hodnými dětmi, jakými jsme v určité situaci měli být, že jsme tedy něco nezvládli, nedokázali a někoho zarmoutili. Později vinu před učiteli, kteří automaticky očekávají jen poslušné a hodné děti, vinu před ženami, muži atd.

Jdeme-li u dospělého klienta za jeho hněv, zlost, vzdor, bývá zde často nejistota, strach apod. Je to náhražka za integritu a identitu **já** dospělého člověka. Hněv, zlost, vzdor jsou vnější demonstrací síly bez jejího vnitřního potvrzení a jsou projevem osobní „pseudohrdosti“.

Někdy mohou v sobě nést i paradox v tom smyslu, že se jedná o pokus přiblížit se k druhému člověku a o pokus vyjádřit „pseudosebeúctu“ v tomto přiblížení.

Na začátku cesty k vnitřnímu dítěti bývá relaxace a postupné zúžení vědomí pro obsahy spojené s prožitky a pocity vlastní mysli a těla. Hluboko ve svém nitru pak člověk směřuje v představách až do toho období v dětství, v němž se cítil zesměšněný, nemilovaný, provinilý, vylekaný atd. V této fázi je člověk imaginativní metodou veden k tomu, aby jako dospělá lidská bytost otevřel svoje srdce pro toto vizualizované dítě, vyslechl ho s trpělivostí tak, aby zde byl dostatečný časový prostor pro lepší porozumění tomu, co se vlastně v minulosti odehrálo. Poté je nutno nabídnout vnitřnímu dítěti bezpodmínečnou lásku, podporu a bezpečí. Klient je veden, aby si intenzivně prožil, že jeho vizualizované dítě je spojeno s takovým soucitným, laskavým a milujícím člověkem, jakým je právě teď ve své dospělosti. Člověk má najít svému vnitřnímu dítěti místo ve svém srdci. Po tomto spojení, založeném na soucítění, porozumění a lásce, je třeba směřovat zpět do dospělosti a podporovat transformaci dítěte do sebejistějšího dospělého člověka. Hluboký prožitek vlastní celistvosti, prožitek většího porozumění sobě samému dává větší prostor lásce jako mostu zpět k **já** a odtud postupně během zrání k duchovní dimenzi. Tato pulsace mezi dospělým člověkem, jeho vnitřním dítětem, uvědomovaným egem dospělého člověka, jeho **já** a duchovní dimenzí je velmi důležitá pro posílení sebeúcty, pro integritu a identitu. Cestu k vnitřnímu dítěti je nutno opakovat a utvrdit je v tom, že jste stále v láskyplném spojení.

Při určování vhodnosti či nevhodnosti určitého sanoterapeutického programu pro konkrétního člověka je nutné brát do úvahy řadu faktorů. Ty bazální generují ze skutečnosti, že sanoterapie je setkání člověka s člověkem, a nikoliv pouze setkání terapeuta s případem, symptomem nebo syndromem. Znamená to vycházet z odpovědi na otázku, kdo z hlediska osobnostní rovnice je před námi. Uvažujeme nejen o negativních osobnostních charakteristikách a rysech, ale především o těch pozitivních, „silných“, na kterých lze postavit terapii. Uvažujeme také o tom, jaké formy zvládnání zátěže jsou klientovi vlastní, jaké copingové strategie používá. Pro co se cítí kompetentní, a pro co nikoliv. Jaké „místo ve svém životním příběhu zaujímá“ a jaké by mohl zaujmout. Jak výše uvedené koresponduje s momentálním stupněm jeho vývoje a zrání. Co po stránce tělesné i duševní v průběhu dosavadního života nezvládl a proč. Jaký emoční kontext se podílel na vzniku jeho emočních zranění a které vnitřní a vnější proměnné mají na nich svůj podíl. Jaké okolnosti, vyvolávající v klientovi negativní emoce, mají na něho momentálně největší vliv. Jak daleko je klientův primární problém od právě nabízeného problému na začátku terapeutického vztahu. Které okolnosti z životního pole klienta přímo nebo nepřímo souvisejí s jeho primárním problémem. Jak se cítí mezi lidmi. Které symptomy, negativní emoce „sedí“ v místech blokové energie, v místech spazmů, obran, vzdoru, negací a brání mu tak v cestě k integritě, identitě, k bazálnímu **já**.

Nesmíme také zapomenout na faktory související s osobnostní strukturou terapeuta. Ten by měl mít pro sebe vyřešenu otázku, jaký je motiv jeho pomoci druhým lidem v této intenzivní podobě. Musí permanentně pracovat na svém vlastním zrání, být v kontaktu se svým **já** a mít reálnou představu o možnostech a hranici své pomoci. Otevírá-li prostor pro terapeutický vztah, musí si současně odpovědět na následující otázky: Jaká je moje kompetence v daném konkrétním kontaktu s člověkem, který se na mě obrátil s žádostí o pomoc? Co pro něho mohu udělat? Co pro něho udělám?

Při prvních sezeních a hledání cest ke klientovi, k jeho osobnosti, k jeho prožitkům, je třeba současně nechat ho na sebe působit, být v kontaktu s vlastními emocemi, pocity, a teprve potom hledat způsob řešení klientova problému.

Sanoterapeutický přístup je nedirektivní při volbě způsobu řešení terapeutických problémů. Je také nemanipulativní a respektuje autenticitu výpovědi klienta o sobě samém. Nabízí vztahový rámec terapeutických sezení tak, aby smysluplně otevíral cestu pro hlubší introspekci ze strany klienta. V sanoterapeutickém přístupu se klient neodsuzuje a jeho výpovědi se mu mj. předkládají jako „zrcadlo“ (zpětná vazba), v němž se lépe může poznat. Podporuje se pocit vnitřní odpovědnosti za své vlastní bytí i s těmi problémy, které s sebou přináší tak, aby se klient mohl svobodně a kompetentně rozhodnout pro posun či změnu v sobě.

V neposlední řadě při určování vhodnosti či nevhodnosti určitého sanoterapeutického programu pro konkrétního člověka je nutno brát do úvahy řadu faktorů generujících z průběhu vlastního terapeutického procesu. To znamená, zda se mění motiv, který původně vedl člověka k hledání terapeuta, zda chápe smysl psychoterapie s vnitřní rezonancí v pocitech a prožitcích a zda bez různých forem odporu přijímá zvolený terapeutický program jako smysluplný. Terapeutické techniky a metody používané v sanoterapii musí být proto ze strany terapeuta nejen profesionálně zvládnuty, ale také osobně prožity a smysluplně pocítěny. Tato podmínka je nezbytná i z toho důvodu, že mnohá sanoterapeutická cvičení jsou velmi intenzivní a energeticky náročná. Dávají tak člověku možnost „dotknout se“ slabých i silných míst v osobnostní rovnici bez kognitivních příkras a alibistických ospravedlňování se.

Sanoterapie učí nejen naslouchat poselství těla a **já**, ale vede i k porozumění tomu, co pro konkrétního člověka znamená zdraví a co pro něho znamená druhý člověk. A jak již název napovídá, sanoterapie dává prostor ozdravnému procesu. Být zdravým znamená pro někoho snadno usínat a snadno se probouzet, mít dobrou paměť, dobrou „nabídku“ myšlenek, „lehkost“ myšlení; pro jiného to znamená být svěží, aktivní a tvůrčí, a pro většinu lidí to znamená milovat a být milován, mít dobrý vztah k sobě samému a umět se prosadit. Méně lidí již dokáže být současně pokornými a vděčnými, nechít být dokonalými, nehrát roli oběti a dokázat stát na vlastních nohou i v zátěži. To totiž vyžaduje zbavit se bolestných vzpomínek, netrpět pro něco, co se stalo v minulosti, pracovat s pocity neurotické viny, dokázat odpustit druhým i sobě a stát se tak volným a svobodným. Současně to znamená rozvíjet ty myšlenky, které vedou ke zrání a k moudrosti. Přitom nesmíme zapomenout na sebereflexi a dát si upřímnou odpověď na následující otázky:

1. Podstupuji tuto cestu proto, abych vlastní zrání naplňoval v kontaktu s lidmi, nebo se jedná o sobeckou či neurotickou touhu po blaženém stavu?
2. Oslovuji v sobě duchovní dimenzi jen tehdy, když se bojím „být dospělý“, neuroticky chci odstranit své obtíže a přenést odpovědnosti za své činy na vyšší autoritu?
3. Dokážu využít cesty k **já** pro lepší porozumění sobě i druhým lidem, nebo chci jen na sebe upozornit?
4. Jsem schopen dát vlastnímu zrání konkrétní podobu v tolerantním, trpělivém, vnímavém a citlivém každodenním plnění i skromných životních úkolů?

Na závěr této kapitoly uvedeme **základní sanoterapeutické „desatero“**, které předznamenává vlastní terapeutický proces:

1. Nejprve je to terapeutická práce se základními komunikačními systémy člověka, protože člověk v současném přetechnizovaném světě se vlastně nachází v permanentní informační lázni a vytváří si v různých komunikačních kanálech různá ochranná opatření, bariéry proti přetížení. To ovšem na druhé straně mnohdy vede k zúžení těchto

kanálů jen na některé stereotypně se opakující komplexy informací. Člověk tak ztrácí vnímavost a citlivost pro jemné, nicméně významné nuance mezi podněty nesoucími informace o vnitřním stavu organismu i o bohatosti vnějšího světa. Pozornost je proto věnována zvláště zraku, kterým vlastně u člověka do jeho psychického pole vstupuje téměř 80 % všech informací. Oči jsou neustále vedeny k zaměřování se, k fixaci a k přepojování. Současně je zrakový systém často manipulován silnými podněty (např. reklamou). Proto bývá nejprve věnována série cviků relaxaci očí a poté série cviků na zvýšení vnímavosti tohoto komunikačního systému k širšímu spektru pro člověka důležitých informací. Dále je věnována zvýšená pozornost sluchovému komunikačnímu systému (který je významnou vstupní branou pro znakové informace – viz fonematický sluch – a je vstupní branou také pro hudbu, která může velmi rychle změnit emoční pozadí atd.). V neposlední řadě se věnuje zvýšená pozornost expresivnímu řečovému projevu a haptice. Tak jako je zrak a sluch hlavním řečištěm pro proud vstupujících informací do nitra člověka, tak je řečový projev hlavním řečištěm pro proud informací vystupujících z nitra člověka ven a vlastně tím poskytuje člověku bezprostřední zpětnou vazbu – „když se slyší“. Proto další série cviků vrací do mechanismů zabezpečujících expresivní řečový projev pružnost uvolněním bloků, na kterých se spolupodílely řečové stereotypy doprovázené emočním napětím a silnými negativními prožitky. Těmito cviky se současně vytváří prostor a „volná svalová kapacita“ pro pozdější vyjádření jemných odstínů prožívání. Sluchový receptor je přeladěn melodiemi, které jsou součástí relaxačních hudebních skladeb. A zvýšená pozornost je věnována fylogeneticky i ontogeneticky nejstaršímu informačnímu systému, a to haptice, umožňující obousměrný tok informací. Dotek je jednou z prvních informací, která nás po porodu vítá v reálném světě, a dotek je ten, který v této fázi vývoje člověka alespoň částečně nahrazuje dělohu. A obrazně řečeno, pomalu se otevírající láskyplná náruč nám dodává jistotu k prvním samostatným krokům v tomto světě. A navíc náruč vytváří prostor pro proud pozitivních emocí. Pro dospělého člověka jsou haptické kontakty prostředkem, který velmi rychle uvolňuje primární emoce.

2. Jedná se o aplikaci tentokrát již speciálních dechových cvičení (první fáze práce s energií), která jsou obecně v somatické psychoterapii založena na jiném principu, než je tomu u jógových dechových cvičení (kde je při nádechu „hranicí“ klíční kost). Bioenergetické dýchání sanoterapie využívá jako zvláštní techniku k uvolnění potřebné disponibilní energie pro otevření psychického pole a následnou introspekci.
3. Sanoterapeutická práce také probíhá s fyziologickým svalovým napětím i se stresovým svalovým napětím v určitých částech těla a s těmi vzorci motorického chování, které jsou spojeny s negativními emocemi a poutají tak značné množství energie, jíž se pak nedostává v jiných oblastech tělesného schématu. Používá se sanoterapeutická sestava cviků, pohyb s hudbou apod. (druhá fáze práce s energií).
4. Využití některých Feldenkraisových a Alexandrových postupů při práci s tělem k uvolnění mysli a těla z pout negativních emocí a bloků (třetí fáze práce s energií).
5. Využití některých postupů reflexní terapie a shiatsu k odstranění energetické nerovnováhy, k uvolnění sanogenetických pochodů a posílení vitality (čtvrtá fáze práce s energií).
6. Posilování vnímavosti, citlivosti a bdělosti (nikoli ve smyslu arousal, ale vigily) v každém aktu cílevědomé činnosti a vnímavosti k těm pocitům, které tato činnost v člověku vyvolává. V sanoterapii probíhá vše „bez násilí“ na sobě samém; klient

nechává vše volně plynout a otevírá se impulzům přicházejícím z jeho nitra. V mysli člověka je uložena prostorová představa o vlastním těle i o vztazích mezi myslí a tělem. A právě zde se otevírá prostor proto, aby do těchto vztahů vstoupily pozitivní emoce a vytěsnily se negativní emoce. Materializování pozitivních emocí v podobě proudu molekul biochemických látek (odlišných od těch látek, které doprovázejí negativní emoce) vede k jejich uplatnění v příslušných oblastech tělesného schématu, což je jedním z mechanismů zabezpečujících změny v těle jako důsledek změn v mysli. Významné místo zde sice zaujímá zejména srdeční krajina, ale není to jediná oblast, ve které se emoce „usazují“. Stejně významná je i oblast žvýkacích svalů, celého krku, pletence ramenního, oblast bránice, břišní krajiny, dna pánevního, kolen a kotníků. Terapeut přitom nerozhoduje o tom, kde, co a jak intenzivně má klient pociťovat a prožívat. Trpělivě naslouchá klientovi a potom společně hledají cestu k porozumění tomu, co se v „osobní“ historii osobnosti a v „osobní“ historii těla odehrávalo natolik závažného, že se spolu obě tyto stránky člověka momentálně nemohou „domluvit“; jakou kvalitu mají bloky a obrany, které se na této „nekomunikaci“ spolupodílejí.

7. Aplikace sanoterapeutických prostředků k prohloubení sebepoznání a k pochopení kvality vztahů k sobě samému i k okolí. Prostor pro porozumění tomu, co pro konkrétního člověka znamená tělesné a duševní zdraví, a hledání vlastní smysluplné cesty ke zdraví. Aplikace sanoterapeutických pohybových setů a adulting jako cesta k realizované dospělosti.
8. Sanoterapeutické postupy uvolňující uzdravný proces a pracující s uvolněnou energií. Tato energie je potřebná k tomu, aby klient našel odvahu (v případě potřeby) k verbalizování svého problému. Klient se učí požádat o pomoc, odmítnout pomoc, která mu nedává smysl, souhlasit s kooperací, učí se dát prostor své dospělosti v zátěži atd. Při všech výše uvedených aktivitách se současně věnuje pozornost tomu, jakou formu žádosti klient zvolil a proč. Vystupuje zde otázka: Koho vlastně v terapeutovi oslovuje, jak sám rozumí svým problémům a do jaké míry jsou v kontextu jeho dosavadního života pochopitelné, nebo zda se mu zdají být implantované, vnucované okolím apod. Rozhodující je, zda má klient vnitřní potřebu a dostatek energie pro to, aby vůbec chtěl svůj problém psychoterapií řešit a co od tohoto řešení očekává a k čemu chce směřovat. Stejně tak je významné, aby si klient uvědomil, zda vůbec má ve svém bezprostředním okolí někoho, na koho se v případě potřeby může obrátit nejen o radu, ale i o pomoc se svými duševními problémy, když není v jeho okolí terapeut. Oblast psychických obtíží většina lidí považuje za intimní, a pokud potřebují o těchto problémech hovořit, musí v sobě mobilizovat hodně energie k překonání studu, musí mít velkou důvěru v toho, s kým se o těchto svých problémech rozhodli hovořit.
9. Imaginativní techniky nabízejí „připravenému“ klientovi cestu do blízkosti jeho **já**. Člověk vlivem přetechnizovaného světa a vlivem nedostatku přirozených lidských kontaktů ztrácí paradoxně i cit pro míru podnětů z vnějšího prostředí. Ty ho zahlcují natolik, že už „neslyší“ a vlastně už ani neumí naslouchat svým vnitřním pocitům. Vzdaluje se tak od svého **já** a stále obtížnější je pro něho pochopit smysl vlastního bytí, vlastní existence. A ani nepociťuje v tomto kontextu momentální potřebu „dotknout se své podstaty a dotknout se i své duchovní dimenze“, ale za to častěji pociťuje metafyzickou úzkost. A tak, aby přehlušil nepříjemné pocity, negativní emoce, a aby mu snad něco neuteklo a aby „o něco nepřišel“, hltavě a povrchně konzumuje vše, co je v jeho okolí. Žije ve chvatu a konzumním životem, potlačuje v sobě stále častěji se objevující pocit nejistoty jako zárodka chaosu. Ten je nevyčerpatelným zdrojem negativních emocí. Jednou z cest, která vede z výše uvedeného bludného kruhu, je cesta

sanoterapeutická, směřující ke zbavení se avidity, ke zbavení se „mechanického a materializovaného“ života a směřující k větší odolnosti vůči stresorům, čili směřující k vyrovnanosti, k citovosti, k „duchovnosti“.

10. Podpora sanoterapeutickými prostředky spontánně se prosazujícím pozitivním emocím. Rozvinutí schopnosti usměrňovat disponibilní energii k zesílení efektu terapeutické práce a posílení odpovědnosti za své zdraví, i pocitu a prožitku realizované dospělosti. Nejedná se o kompenzaci, ale o hlubokou vnitřní přeměnu a orientaci klienta na proces a pro něho smysluplnou změnu. To je završení sanoterapeutické práce.

V každém bodu výše uvedeného „*desatera*“ je vždy respektována autentičnost výpovědi klienta, jeho osobnost, jeho cesta ke změně, kterou si z možných nabízených variant vybere jako nejvíce ho oslovující a s jeho nitrem rezonující. Citlivě se pracuje s těmi stránkami jeho vlastního bytí, které na přechodnou dobu předává do kompetence na terapeuta. Terapeut nesmí manipulovat s klientem a musí respektovat jeho lidskou důstojnost.

Základním cílem terapeutického sezení je vytvoření kontaktu (přičemž každý kontakt má již svůj emoční náboj) jako nutného předpokladu pro rozvinutí následujícího terapeutického vztahu. Proto jednotlivá sezení musí být na sebe navazujícími pozvolnými články, přičemž v nich musí být prostor nejen pro slovní, kognitivní zpracování problému, či „pouze“ prostor pro dialog o problému, ale současně i prostor pro reakci, pocit a prožitek a pro porozumění zakotvení prožitku v tělesném schématu. Somatická psychoterapie a také i sanoterapie pracuje se strukturou (tělo je vždy „přítomné“) a se vztahy (včetně vztahu k sobě samému), dále s problémy, které z těchto vztahů generují a které klient neuroticky i psychosomaticky zpracovává.

Vždy je třeba mít na paměti, že klient většinou přichází s popisem toho, co si myslí, že „cítí“ a nikoliv s vlastním autentickým prožitkem, vztahujícím se bezprostředně k jeho terapeutickému problému. V řadě případů klient přichází s „nabízeným“ problémem, jímž jednak „testuje“ terapeuta, o kterém zatím nic neví, a jednak „nabízeným“ problémem „maskuje“ svůj hlouběji uložený jádrový problém, který považuje za příliš „osobní“, zraňující, možná vyvolávající v terapeutovi i odpor, nebo podle představy klienta se jeho problém může stát příčinou zesměšnění ze strany terapeuta. To vše může produkovat a také produkuje mysl klienta. Výsledkem je další neurotizace klienta ještě před zahájením terapeutického sezení. Proto je nutný vstřícný, klienta akceptující přístup ze strany terapeuta již od prvního sezení. Pokud bude terapeut „přítomen“ pouze jako odborná autorita, není zde šance ani pro vytvoření dobrého terapeutického kontaktu. Klient pak má mnohdy pocit, že se jedná o jakýsi druh představení, kde je vybízen, aby předvedl etudy ze svého života.

Když je vytvořen reálný terapeutický kontakt a buduje se terapeutický vztah, je nutné mít na paměti, že vždy, když se klient „vztahuje“ s něčím k terapeutovi, nebo když „něco“ vyjadřuje k terapeutovi, tak to může být vzorec jeho vztahů k matce, otci, sourozencům, přítelkyni atd. „Něco“ z terapeuta bylo impulzem k oživení těchto starých vzorců chování a prožívání. Klient je vlastně obrácen „do minulosti“ a tam je on i jako dítě. Terapeut, který je zakotvený v přítomnosti, musí „jít“ s klientem do jeho minulosti (terapeuticky zpracovat to, co je nezbytně nutné pro klientovu přítomnost) a poté mu nabídnout cestu zpět do „jeho přítomnosti“. Terapeut nabízí cesty a prostředky, ale klient si vybírá sám to, co ho oslovuje, s čím rezonuje. Jestliže se na začátku terapie například řeší problém s kontaktem a vztahem, není nutné na úvod ihned volit nějaký složitý postup, ale jednoduše říci: „jsem zde, jsem (uvést svoje jméno), vnímám vás a naslouchám vám“.

Jestliže se pracuje s osamělostí (samotu si dobrovolně můžeme zvolit, ale do osamělosti jsme vmanipulováni různými nepříznivými okolnostmi), která je spojena obvykle s depresivní náladou, pak je možné dát klientovi podporu beze slov a povzbudit tak člověka, aby měl šanci na chvíli kousek vyjít ze své deprese sám, beze slov mu dát impuls k akci, k činnosti (byť zdánlivě nepatrné). Ovšem současně je nutné dát klientovi na vědomí, že je terapeut zde právě pro něho. Základní kámen pro bolestivý pocit osamělosti je totiž položen již v té fázi vývoje člověka, kdy si buduje vlastní identitu, kdy zjišťuje, že na jedné straně je on sám a na druhé straně je svět. A „světu“ může být například jedno, že ho bolí břicho! Jestliže v tomto citlivém období vnímá především zákazy a příkazy, citový chlad, chybí-li pocit bezpečí, láskyplného prostředí, potom je položen základ pro rozvoj pocitu osamělosti, smutku a deprese. Proto v případě skupinové terapie je velmi vhodné pro člověka s pocitu osamělosti využít skupinové atmosféry v jeho prospěch. To znamená využít bezpečného a jistého prostoru a skupinové koheze k odreagování klientova vlastního traumatu a jeho zpracování, jako bezpodmínečné podmínky k přijetí tohoto vývojového období klientem, jako součásti jeho vlastního životního příběhu. Analyticky řečeno, skupina se rovná „přítomné matce“. Dobrá skupina („matka“) nechce své „děti“ pohlit, ale posílá je zpět do světa nasycené, regenerované, nezávislé a dospělé.

Reálná matka vlastně vytváří pro své dítě prostor a současně zabezpečuje první „uzemnění“ dítěte v tomto prostoru. Prvotní uzemnění představuje oční kontakt a kontakt v oblasti šíje a v bedrosakrálním přechodu. Poté se k výše uvedeným formám přidává uzemnění v oblasti hrudní tam, kde se lopatky od sebe vzdalují v tupém úhlu. Toto místo je významným těžištěm, z něhož zahajuje vývoj navenek vyjádřená lokomoce kojence.

Když člověk v terapeutickém vztahu řekne, že cítí smutek, je nutné být mu nápomocný v prohloubení tohoto prožitku, tzn. pomoci mu prohloubit dech, uvolnit tělo a dát mu podporu pro vyjádření smutku (například položením dlaně na čelo ležícího klienta). Vždy je nutné mít na paměti, že nelze postupovat tak, abychom zablokovali proces (je to laický přístup, když plačícímu řekneme neplač; naopak pro pláč potřebuje čas a prostor a respektování své emoce, která se nachází za touto reakcí). Může se stát, že v případě objetí plačícího člověka vyvoláme kolaps, protože za pláčem nebyl smutek, ale vztek a plačící člověk si „nedovolil“ vůči „ochránci“ svůj vztek obrátit, a tak ho obrátí proti sobě. Nelze „zahánět“ smutek ani jinou emoci. Člověk má nárok na svůj smutek i na svoji radost atd. Ale na straně druhé je zase žádoucí zeptat se klienta, zda zná své emoce, zda jim rozumí, s jakými okolnostmi z dřívějších let se mu spojují, zda si vzpomíná na první silnou zkušenost se svojí silnou emoci. Je nutné se ptát, kteří lidé kolem něho byli účastni této události, kde v těle cítí svůj smutek, radost atd. Když prožívá to, co prožívá, jaké reakce si uvědomuje ve svém těle a kde a jaké pocity doprovázejí příslušný emoční prožitek. Při této práci je současně nutné poskytnout klientovi podporu, ovšem musíme si být vědomi toho, jaký typ podpory klient právě potřebuje. Musíme vědět, zda klient potřebuje otcovský typ podpory nebo potřebuje „matku“.

Pracuje-li terapeut například s hysterií klientky, pak se vlastně jedná o oidipální rovinu. Klientka „provokuje otce a vztahuje se k otci“, ozývá se otcovský element její osobnosti. Ovšem současně je málo v kontaktu s elementem matky v „sobě“. Proto musí terapeut orientovat terapii i na preoidipální období vývoje klientky. Musíme se ptát i na podíl výše uvedených elementů v člověku, na vnitřní dialog v člověku. Ptáme se: „Kdo tě kontroluje?“; „Kdo člověka více chrání, má-li člověk pocit ohrožení?“; „Od koho více čerpá posílení, povzbuzení?“; „Kdo člověka ve vnitřním dialogu soudí?“ atd.

Když člověk v procesu terapie sdělí, že cítí blok v šíji, pak to znamená, že je to výsledek přílišné tendence kontrolovat situaci. Za tímto blokem obvykle „sídlí“ strach. Je nutné ptát se po příčinách strachu a po nejranějších okolnostech tohoto strachu v historii klienta.

Když člověk sděluje terapeutovi, že v průběhu pohybových setů nic necítí, neprožívá, znamená to, že vykonává pohyb mechanicky a příliš rychle. Proto je nutné zvolnit pohyb a dát tak šanci výraznějšímu kontaktu s tělem. Tak vznikne prostor pro reakci, uvědomění si pocitu i prožitku v jeho tělesném zakotvení. Jestliže klient sdělí, že nemůže vykonat jemnější pohyb, protože to pociťuje jako nemužské apod., pak vlastně říká, že jednak nechce (v terapii je většina vyjádření „nemůžu“ vlastně zástupným fenoménem za nevyjádřené „nechci“), a jednak odhaluje, že mu v dětství nebylo poskytnuto dostatek něhy a laskavé náruče.

Obtížná práce je s odporem. Typickou reakcí odporu je: „když nemohu mít radost z toho, z čeho mají radost jiní lidé, tak jim tu radost alespoň zkazím“. Ovšem takto vyjádřená „čistá“ pravda není pro tyto lidi přijatelná před nimi samotnými, a tak jednájí pokrytecky, s přetvářkou a lží. Typickou lidskou oblastí, kde výše uvedené vystupuje do popředí, je oblast sexuality nebo oblast různých forem kritiky. Problém těmto lidem však způsobuje fakt potlačení vnitřních pudových impulzů a reakce odporu je pak doprovázena strachem, bolestí atd. Výsledkem intrapsychických střetů je impotence, askeze, sebemrskáčství apod.

Když klient vehementně sděluje „ne, to já nikdy...“, pak je nutné pomoci mu nalézt, co to vlastně tak usilovně v sobě popírá. Protože přiznání a přijetí sebe sama i s chybami umožňuje porozumět vlastním chybám, a to je současně i cesta k jejich nápravě. V tomto kontextu je nutné vést klienta k odvaze ukázat sám před sebou svůj stín. Je to možné tehdy, když klientovi nabídneme chráněný prostor, v němž by si dovilil „být negativní“. Jen skrze toto sebepoznání je možné pracovat se sebou samým.

K základním otázkám, které prolínají somatickou psychoterapii – sanoterapii, patří:

- Co si právě nyní klient přeje?
- Co se děje v jeho mysli v tomto okamžiku?
- Co obsah mysli doprovází za pocity v těle a kde v těle?
- Kde především v těle vidí klient zdroj svých pocitů, reakcí a prožitků?
- Když si někoho idealizuje, pak to není konkrétní člověk. Kdo to tedy je?
- Jak se vztahuje ideál ke klientovi?
- Jak se klient vztahuje k ideálu?
- Co klient vlastně potřebuje?
- Co nechce?

V somatické psychoterapii se současně spojuje pocit, prožitek, pohyb, zvuk, dech a představy (tzn. interagují se entodermové soustavy, mezodermové soustavy a ektodermové soustavy). Klient je vyzýván, aby udělal pohyb podle vlastního přání, ale aby udělal i to, co nechce udělat,



aby tak zesílil napětí v těch částech těla, ve kterých již napětí cítí, aby si současně všiml tohoto svého procesu a nastupujících změn.

Terapeut musí sledovat protipřenos a pracovat s ním. Znamená to současně být s klientem a všimnout si i sebe, věnovat pozornost vlastní zkušenosti a tomu, co mu vlastní zkušenost právě v daném okamžiku v konkrétním terapeutickém vztahu sděluje. Musí umět zvolnit tempo terapeutického sezení, zvolnit tempo produkce klienta v jeho vlastním zájmu. Například tak, že řekne: „Nerozumím této větě, zkuste mně to říci ještě jednou.“ Jestliže klient na otázku „Jak se cítíte?“ řekne „Myslím, že dobře.“, vlastně tím signalizuje, že je příliš ve slovech, příliš v myslí. Je žádoucí uvést člověka více do kontaktu se sebou. Například otázkou „Na kolik procent odhadujete to, že jste nyní zde?“; „Jste zde cele přítomen?“

Když klient vypovídá o svém problému, je pro něho důležité, aby byl s terapeutem v očním kontaktu tak, aby neměl pocit, že jeho sdělení „jde někam do prostoru“ a že je jedno, komu to vlastně říká. Důležité je, aby měl současně pocit „hic et nunc“. Je možné, aby terapeut zrcadlově udělal i několik pohybů stejných jako klient (například položil si svoji ruku na stejné místo na svém těle, jako to udělal klient na svém těle apod.). Zrcadlové zvýraznění pohybu beze slov zesiluje v klientovi pocit, že se mu naslouchá. Jestliže pak klient pronese klíčové slovo sdělovaného tématu, je důležité, aby toto slovo v určité podobě zopakoval i terapeut. Terapeut musí zůstat ve spojení s klientem, i kdyby momentálně nevěděl, jak postupovat dál. I v tomto případě však musí zůstat přirozený, nehrát, nepřetvářovat se a vhodnými dotazy získat od klienta potřebnou informaci pro své rozhodnutí, jak postupovat dál. To, co potřebuje znát v zájmu svého klienta, nezíská v „knize“, ale může mu to sdělit právě klient, jehož se to týká a v jehož zájmu terapeut pracuje.

Pracuje-li se s tzv. strachovou situací, musí si terapeut uvědomit, zda se jedná o strach, který je modifikací elementárního strachu ze smrti, nebo zda se jedná o modifikovanou formu strachu ze života a v jeho důsledku o „útěk ze života“. Kojenec má strach, že bude „opuštěn“, strach ze ztráty lásky rodiče, bojí se neznámého okolního světa, bojí se stínů a tmy. Znamějšimi a bez negativního emočního pozadí se výše uvedené eventuality stávají skrze jejich bližší poznání prostřednictvím lidí, kteří jsou schopni pomoci dítěti postupně transformovat strachovou situaci v bezpečný prostor nebo prostor, v němž z „neznámého“ je možné s využitím vlastního potenciálu udělat „známé“, a popřípadě se s ním konfrontovat a zmenšit tak jeho hrozbu. Dále je nutné nalézt způsob, jak se s předmětem strachu vyrovnat v případě, když ho není možné odstranit. Není-li prostor pro výše uvedený postup, neposkytují-li rodiče dítěti potřebnou podporu v „jeho snaze zvládat“ jeho strachové situace, nebo dokonce vytvářejí další formy „strachových situací“, zesiluje pak celoživotní marný boj za udržení vlastní integrity a v pocitu a v prožitku vyjádřené stability. V dospělosti se předmět strachu posouvá více do roviny symbolické a vlastní mysl člověka pak vytváří sobě samému peklo. A vrozený strach z chaosu, ze smrti, zesiluje u těchto lidí natolik, že strach ztrácí svoji mobilizační funkci, nemotivuje, ale působí destruktivně na samotnou podstatu člověka, na jeho **já**. A **já** se pak brání četnými obranami, lživě před sebou samým a „neznámé“ se zaobaluje čímkoliv „známým“ a posiluje se tak neurotizace člověka a somatizace jeho psychických obtíží. Narušená psychická stabilita má své vyjádření i v narušené fyzické stabilitě a naopak.

Známe-li pohyb emocí ve vlastním těle, teprve potom s nimi můžeme v případě potřeby pracovat. Například smutek a radost jsou více „prostorové“ a méně integrované než třeba hněv, který je kompaktní a směřuje proti „někomu“ navenek nebo proti svému nositeli. Zvednutím ruky nad hlavu, stejně jako rozpačením či silnou flexí paží můžeme poměrně rychle uvolnit emoce.

Emoce ani energie nemohou dostatečně „proudit“, je-li někde v těle blok. Terapeut nevstupuje do kontaktu s klientem proto, aby prošel jeho blokem, ale pomáhá klientovi nalézt cestu osvobození se z bloku. Když se klient „odevzdá“ terapeutovi, je to sice výraz touhy po pomoci, ale není to reálný kontakt. Klient má často potřebu přiblížení se a představu ohrožení, ale to nebývá v souladu s jeho reálnou situací, s jeho reálnými potřebami.

Nastupuje-li v klientovi silný prožitek, je nutné mu dát prostor (nedotýkat se klienta). Je potřebné ubezpečit klienta slovem, že je terapeut „přítomen“.

Jestliže se klient brání prožitku a přitom žádá znovu a znovu o pomoc, ale „nebude nic dělat“ (je-li současně rozkročen, je to vlastně někdo, kdo si chrání své „teritorium“), pak je možný takový terapeutický postup, který je vlastně analogií k výroku „dítě musí pomoci mámě narodit se“.

U lidí, kteří v terapii stále hovoří a nemají tak kontakt s vlastními pocity, prožitky, lze vyjít z následujícího jednoduchého schématu: dotek vlastní ruky, „vzít obličej do dlaní“, vyvolat si jemný třes v celém těle atd. Na straně druhé je potřebné znát, že čím více se člověk spontánně dotýká sám sebe, tím více se stává neurotickým (ovšem symptom neurózy je konstituován již řadu let před svým projevením).

Když se klient stydí před skupinou hovořit o svých nastupujících prožitcích a přesto si přeje pokračovat v práci, nebo když má pocit, že terapeut je „spíše“ pedagogem, potom mu lze pomoci dvěma způsoby:

1. požádat klienta, aby si dal tvář do dlaní a při popisu toho, co cítí, se pak „díval na svět“ skrze prsty;
2. požádat klienta, aby se postavil za záda terapeuta na určitou část své výpovědi, nebo aby se za zády terapeuta opřel rukama o ramena terapeuta a během výpovědi se postupně přemístil tak, aby se se skupinou nakonec „viděl“ a současně byl v kontaktu s terapeutem a postupně tak s jeho oporou „našel svůj potenciál“.

Když při výše uvedeném postupu sdělí klient, že se cítí unavený, pro terapeuta momentálně není tak podstatné, jak moc je klient unavený, ale především to, kde v těle je klient vlastně unavený. Jestliže klient řekne, že je mu nevolno (a je-li silně kumulovaná energie v brániční zóně), potom je možná náprava tak, že klient zvedne ruce nad hlavu, sepne je a vytočí dlaněmi proti stropu. Zvolna se ukloní k levému boku a poté se vrátí zpět do výchozí pozice. Následuje úklon k pravému boku a zase zpět do výchozí polohy. Celý postup se několikrát opakuje.

Když si klient idealizuje terapeuta, je potřebné se ptát, co je za tím, jaké je to přání klienta, jaká je to vlastně iluze. Protože v „obdivu“ není reálný terapeut, reálný člověk, a klient tak vlastně není v kontaktu s terapeutem a jeho vlastní proces je blokován. V obdivu je narcistický element, perfekcionista element a může v něm být i aspekt svádění.

Pracuje-li se sexuálními problémy, pak řada z nich se vztahuje ke komplikacím v průběhu orgasmického reflexu.

Jednou z metod, které mohou pomoci k jeho fyziologickému průběhu, je metoda rebirthing. Ta je schopná odstartovat dále již spontánně probíhající proces, napomáhající mj. celému organismu k uvolnění z celkové konstrikce. Vyvolané rytmické a plazivé pohyby sice mohou uvolnit část zkušeností z eventuálního traumatického porodu, ale podstatné je, že tato zkušenost je pak odreagována za současné restituace koordinace takového pohybu. Současně

probíhá uvolnění ze sevřenosti a obnovování rytmicity všech dějů v organismu jako celku. Pulsace podél páteře a v pánvi, jejich obnovená rytmicita, posléze restituuje i orgasmický reflex. Rytmičké pulsace jsou ke konci fetálního období signálem i bází nastupujícího porodního reflexu a v pozdějších etapách vývoje jedince i bází (po stránce formální) orgasmického reflexu.

Odpověď na silný zážitek rebirthing může také vést k probuzení dospělé sexuality, protože hlava a pánev, plus páteř jako most mezi nimi, jsou po této zkušenosti lépe integrovány pro dobrý průběh orgasmické energie. Při uplatnění této metody je nutné dbát na to, aby (obrazně řečeno) všechny „tři tubusy, byly na sebe nasazeny“; byly dobře prostupné, tzn. bez napětí ve svalových skupinách, s prohloubeným dýcháním a s pocitem tepla. Ovšem to je elementární zásada při jakékoliv práci s tělem v somatické psychoterapii. (První tubus představuje trubice od dutiny ústní po konečník; druhý tubus je vymezen tvarem těla konkrétního člověka; třetí tubus je vymezen takovým okruhem, který opíše rozpažené ruce a rozkročené nohy.) Smysl tohoto modelu spočívá v tom, že umožňuje porozumět psychosomatické a somatopsychické cestě problému a dává tak reálnou možnost s ním pracovat. Jedná se o to, jak mnoho energie je nutné uvolnit z vnitřního tubusu pro druhý tubus, aby se vnitřní problémy přesunuly ke zpracování do objemnějšího prostoru a aby se tak člověk s nimi mohl konfrontovat. (O funkčnosti třetího tubusu se jednoduše přesvědčíme například tak, že paže uvedeme do silné flexe v loktech; tělo pak bude „kolabovat“ v důsledku nedostatku uzemnění v pažích. Fyzická nestabilita vyvolává psychickou i duchovní nestabilitu a naopak.)

V terapii není místo pro mysticismus, ale pro spiritualitu. Spiritualita je imanentní součástí lidské psychiky. Jedná se o spiritualitu bez implantované viny za to, že člověk není bohem, ale bytostí chybující, člověkem s nedostatky, ale i s přednostmi. Skrze spiritualitu se člověk vztahuje k „něčemu“ nebo k „někomu“, kdo představuje sebepřesahující hodnotu a významný morální korektiv vlastních činů. Bez spirituality by člověk neunesl svůj strach z konečnosti, tak jak ho nemohou unést lidé s jeho neurotickou podobou. Skutečná spiritualita neobsahuje manipulativní element, není „vztyčeným ukazovákem“, ale podanou rukou. A pouze člověk sám je schopen manipulativním způsobem zneužít prvků spirituality k tomu, aby dostal jiného člověka (člověka nejistého, strachujícího se života i smrti, člověka s pocitem opuštěnosti, osamělosti a neschopného stát na svých dospělých nohou) do závislosti na sobě. Člověka k manipulování s druhými lidmi vede vlastní nezralost, strach z toho, aby nebyl sám manipulován, ziskost a pýcha a mnohdy i psychopatické charakteristiky.

Lidé závislí mají černobílé vidění světa a sebe v něm. Do vztahu *já – já* vkládají pseudospiritualitu, odcizují se sobě i jiným lidem, negují části sebe.

Pseudospiritualita je výrazem falešného *já*. Závislí lidé vkládají pseudospiritualitu i do vztahů s ostatními lidmi a brání se tak pocitům viny za neschopnost mít rád konkrétního člověka (to vyvolává strach z odpovědnosti atd.). Snadno tvrdí, že mají rádi všechny lidi, a tak vlastně nikoho. Mezi sebe a druhé lidi vkládají fráze, étos bez obsahu. Hovoří o lásce, ale jejich mimika je strnulá, neživotná, bez navenek vyjádřeného prostého lidského citu, který by druhému člověku dal šanci přiblížit se k nim jako člověk k člověku.

Mimovolní gesta dokonce vytvářejí navenek vyjádřenou hradbu před možným vyjádřením lidského citu ze strany k nim se vztahujících lidí. Strach z člověka se projevuje v inkongruenci. Setkávají-li se lidé s pseudospiritualitou, pak se vzájemně podporují ve virtuálním světě, ve stavu rádoby šťastné nálady. S řadou výše uvedených lidí se setkáváme právě v somatické psychoterapii – sanoterapii. A je fascinující, že tím jednoduchým a „zázračným klíčem“, který jim otevírá cestu do jejich vlastního nitra a cestu k lepšímu porozumění sobě samému a

současně i cestu k potřebné změně, není nic jiného, než prostý lidský dotek v terapeuticky chráněném prostoru. Jedná se o nejstarší a nejvýznamnější zkušenost člověka, o zkušenost haptickou, která je významným spouštěčem mnoha pozitivních změn. Nejedná se o vztyčený prst, ale o podanou ruku a akceptaci člověka jako člověka. Nikoliv patriarchální autorita (patriarcha = únik, strach z opuštěnosti, obrana z nezralosti), ale lidská autorita je spouštěčem dále již spontánně probíhajících sanogenetických pochodů. Patriarchální autorita přináší ambivalentní postoj k ženě jako důsledek nevyváženého vztahu mezi maskulinním principem a principem feminním v sobě samém. Je to mj. výraz nezralosti z protrpěného oidipálního komplexu a z nemožnosti jeho zpracování v dalším průběhu života. „Patriarcha v člověku“ přináší neurotickou agresi, sebeklam (výsledek falešného *já*), fráze, dogmata, sofistickované odpovědi na reálné problémy jiného člověka, který se na patriarchu obrátil o pomoc. Patriarcha má tendenci k obřadnictví, je to výraz navenek vyjádřené vnitřní nestability, nejistoty, pocitu opuštěnosti, strachu, že s ním bude manipulováno (a tak raději manipuluje s ostatními). Obřadnictví jako navenek silně vyjádřená obrana brání sebereflexi, otevřenosti. Jedním ze základních rysů těchto lidí je pokrytectví, „třídění“ informací podle zásady, že jiný člověk a priori není zralý pro utváření vlastního svobodného názoru (v tom je silná projekce). Chybí vřelost, tolerance, zaměňuje se lítost za soucit, chybí osobní zkušenost a duchovní zrání (nikoliv jeho verbální popis).

Spiritualita není dar instituce, ale přirozená dimenze lidské psychiky. Ovšem člověk musí velmi „na sobě pracovat“, aby se mohl s touto dimenzí v sobě „setkat“ a duchovně zrát. V procesu tohoto zrání všechna „proč“ se rozpouštějí, nejsou důležitá, a člověk ani nepotřebuje příliš slov na jejich vystižení. Současně se rozvíjí schopnost sebereflexe, která člověku umožňuje v případě chybování „postavit se čelem k věcem“ tak, aby byl schopen nápravy. Neprožívá neurotickou vinu, která se mnohdy váže na v dětství implantovaný pocit viny jednoduše řečeno za to, že člověk je člověkem. Neurotická vina nedává šanci pro odpuštění (zejména sobě samému) a také není cestou k nápravě, ale k sebemrskáčství v různých podobách. Přirozená vina je cestou k zamyšlení, cestou k sebezdokonalování, cestou k nápravě „věcí“, cestou ke zrání skrze zkušenost. Není hřích, když člověk nedokáže být trvale dokonalý.

Na straně druhé když si člověk nedokáže přiznat své slabé stránky, svůj stín a podléhá sebeklamu, dává tím šanci zlým stránkám v sobě tak, aby ho „nepustily“ na cestu ke zrání. A to je i v základu pýchy (pýcha jako maligní narcismus), lhostejnosti k životu druhého člověka, závisti, nenávisti a žárlivosti.

Jestliže se lidé, kteří nedokáží čelit svým stinným stránkám, dostanou do situací, které je z vnějšku upozorňují „na ně samotné“, potom čelí tomuto pocitu tlaku únikem skrze projekci. Projikují svoje nedostatky do druhých lidí a napadají je za tuto implantovanou zdánlivou chybu, podle hesla „lépe obětovat celého druhého člověka než jen část sebe“. Lež a přetvářka (má vzbudit dojem, že mají rádi člověka, že se o něho zajímají) jsou těmi mechanismy, kterými chrání sebe před narušením představy o sobě jako o dokonalém člověku. Tento moment je zase naopak významný pro terapeuta v tom smyslu, že přetvářka v případě klienta signalizuje, že je tam přítomný i „kousek“ svědomí (jinak by totiž nenapadlo člověka přetvářovat se). A to je šance pro terapii.

Samozřejmě že terapeut musí současně řešit otázku přenosu a protipřenosu. Kontakt se zlem v člověku vzbuzuje odpor a pocit odporu je pro terapeuta indikátorem zla v klientovi. Ovšem důležité je, aby terapeut pečlivě analyzoval, zda odpor je výsledek nemoci klienta či problémem terapeuta, protože terapeut může velmi uškodit klientovi, než přijde na to, že se jedná vlastně o jeho problém. Jedná-li se skutečně o reálný problém klienta, pak je nutné jít

mimo odpor, do soucitu a ke hledání cest, jak pomoci klientovi tento problém řešit, tak aby se otevřela cesta k jeho zrání. Na této cestě je nesouhlas s elementem zla v klientovi, ale současně respekt k elementu lidství v něm.

Terapeut je veden k tomu, aby a priori nehodnotil. Terapie totiž může fungovat pouze tehdy, jestliže klient vnímá, že je akceptován. Teprve potom lze aktivně v terapeutickém vztahu klientovi oponovat za současného společného otevírání cesty v něm ke změně. Terapie je v tomto případě bolestivou konfrontací s nepříjemnou realitou, která vstupuje skrze postupně se otevírající skulinu v neurotických obranách klienta do obsahu jeho vědomí. Je to skulina v postupně se rozpouštějícím sebeklamu, pýše, samolibosti, aroganci atd. Tato fáze je v celém procesu rozhodující v tom smyslu, že dává člověku šanci postavit se na vlastní dospělé nohy a ty zase umožňují, že člověk s pocitem vlastní kompetence na sobě „pracuje“ a vydává se tak na cestu zrání.

Zlými se nerodíme a ani nejsme ke zlu nuceni bez možnosti vlastního rozhodnutí o jeho přijetí. Postupně se svými rozhodnutími můžeme takovými stát. Je to otázka svobodné vůle člověka a toho, jak s ní „naloží“. Je to o osobnosti člověka, o jeho více či méně zralém *já*, které právě výše uvedený nástroj užívá, protože svobodná vůle sama o sobě neexistuje. To je další významný impuls pro terapii. Jestliže se člověk rozhodne „něco se sebou dělat“, „něco“ v sobě změnit k lepšímu, zralějšímu, potom se současně klienta ptáme na jeho připravenost vzdát se na přechodnou dobu také části své „dospělé svobodné vůle“ tak, aby vlastně byl schopen odstoupit od sebe a jít tak za stereotypy. Je to také otázka připravenosti přijmout skutečnost, že část vlastní životní cesty byla spíše slepou odbočkou, a na základě tohoto poznání přijmout rozhodnutí znamenající nutnost vrátit se kus cesty zpět k vlastní linii a poté přijmout zase odpovědnost za sebe, za své směřování v procesu seberealizace ke zrání.

Je-li v zájmu řešení problému na úrovni dospělého člověka nutný regres do dětství (ne všechny problémy dospělého věku si vyžadují cestu do dětství a zpět), pak je nutno mít na paměti, že regres do dětství je náročný jak pro klienta, tak i pro terapeuta (nemá-li to být pouze cesta otevírající bránu bolesti a v konečném důsledku neřešící aktuální problém dospělého člověka). Ovšem klient, který si nevyřešil oidipovské dilema a preoidipální fixaci v průběhu dětství, chtěl-li se uzdravit, musí tímto procesem zcela zákonitě projít v dospělosti ve vztahu k terapeutovi jako zástupnému fenoménu. Bohužel některé terapeutické směry se zaměřily především na řešení oidipálního dilematu a „přehlížejí“ tak možný problém generující právě z preoidipální fáze vývoje člověka.

Při práci s preoidipální fixací je nutné, aby se klient „vzdal virtuální symbolické lásky k terapeutovi jako k sexuálnímu objektu“ a na symbolické úrovni přijal roli dítěte a „skrze“ terapeuta „rodičovskou péči“. Ta je potom impulzem i zdrojem energie pro rozpuštění preoidipální fixace. Zakomponování dětské etapy vlastního vývoje, přijetí i toho období, kde nebyla poskytnuta člověku rodičovská láska, objetí a přijetí i povzbuzení, usnadňuje pak člověku zvládat i problémy dospělého věku.

Za normálních okolností je v raném dětství mateřská láska k novorozenci a kojenci láskou bezpodmínečnou. Matka nepotřebuje pro svoji lásku k dítěti jiný důvod než ten, že dítě prostě existuje. Kojenec nemusí dělat nic pro to, aby si lásku matky zasloužil. Ve druhém a třetím roce však rodiče navíc již očekávají, že dítě bude určité věci dělat a že jiné věci dělat nebude. (Výrazněji se požadavky objevují ve vztahu otce k dítěti.) Jejich láska pak má pro dítě jistý nádech podmíněnosti, protože dítě ještě nemá zkušenost, že nesouhlas s jeho určitým činem ještě neznamená jeho negaci. To je velmi citlivé období, v němž rodiče mohou udělat pro dítě a jeho budoucí existenci velmi mnoho dobrého, ale i zlého. V případě pevných, ale nezraňujících

hranic se dítě učí nejen rozlišovat, co je dobré a co je zlé, ale současně si utváří hranice svého *já*.

Řada lidí s problematickým citovým vývojem v raném dětství se i v dospělosti po citové stránce chová jako děti (podle hesla, že lidé je musí milovat bez ohledu na to, jak se chovají, „vydupávají si“ lásku okolí), ale na úrovni mysli vyžadují chování adekvátní úrovni dospělého člověka. Tento rozpor v nich samotných vyvolává neurotické tendence. V terapii je pak problém v tom, že ve vztahu k terapeutovi zaujímají postoj typu „uzdrav mě, ale nezměň mě“.

Vrátíme-li se k ranému dětství, pak kolem třetího roku existence jedince se u dítěte „objevuje“ virtuální romantická láska k rodiči. Dítě například řekne „podívej se na mě, jak dospěle se chovám, chci si tě vzít za manželku (manžela)“. Je to láska beznadějná, protože je nereálná (virtuální), a pro dítě je vyčerpávající hrát dospělého člověka, toužit po svém rodiči a současně být dítětem. S pomocí zralého rodiče se však dokáže zbavit svého romanticko-pseudosexuálního a virtuálního vztahu k rodiči a poté uvolněně uskutečňuje svoji reálnou roli dítěte.

V terapii se často řeší problémy, které mají základ v konfliktech v procesu identifikace s vlastním pohlavím a s problémy při realizaci vlastní celistvosti, která mj. vyžaduje existenci harmonického vztahu mezi mužským a ženským principem.

Pohlavní diference je řízena z limbického systému a z hypotalamu, a posilována učením v procesu pohlavní identifikace, a to je zase především záležitost korová a jejího podkorového propojení. Když se dívky a chlapci „učí“ chovat jako ženy a muži, potřebují právě identifikační vzory. Ale pohlavní identita se v současnosti obtížně hledá a selžou-li v tomto kontextu rodiče, hledají se vzory alespoň v širší rodině. (Ale o této problematice jsme již psali v předešlých kapitolách.)

Děti a dospívající nejsou inspirováni učit se nakládat se svojí sexualitou v různých životních situacích. Neučí se propojovat erotiku a sexualitu. Po zahájení sexuálního života a po řadě zklamání se mnohdy u těchto lidí výrazně „propojí“ centra pro sexualitu s centry pro agresivitu, která se i z anatomického úhlu pohledu nacházejí blízko sebe. (Z úhlu pohledu terapeuta až „příliš blízko u sebe“.)

Stejně tak je problémem, jestliže člověk jedná ve vztahu k opačnému pohlaví s pocity bezradnosti a ostýchavé pasivity (například je mu trapné odmítnout druhého člověka a je pak „ve vleku událostí“). Postupně se přidávají do takového vztahu výčitky svědomí, pocity viny, bolest ze ztrát atd.

Jindy se vždy při sexuální aktivitě spontánně v člověku aktivuje „vnitřní kontrolor“, „cenzor“ a výsledkem je neurotická sexuální aktivita postupně směřující k impotenci, k frigiditě atd. Je potřebné, aby člověk v případě vlastní sexuality sám sobě nelhal. Měl by být otevřený vnitřnímu dialogu a nedávat šanci neurotizaci toho vnitřního dialogu (znamená to nebát se otázek typu: jaká jsou vlastní sexuální přání člověka?; je on sám příčinou potíží v sexuálním vztahu?; jaká je motivace k sexuálnímu aktu?; do jaké míry zná svoji sexualitu?, podvádí sám sebe v „sexuální aktivitě?“ atd.).

Stejně tak je nutné, aby si člověk dal čas a prostor pro projevení orgasmické energie v orgasmickém reflexu. Je to regenerační proces (na jedné straně se jedná o razantní výdej kumulované energie a na straně druhé se jedná o odstartování regenerace metabolismu) pro celý organismus a současně impulz pro naplnění láskyplného vztahu k blízkému člověku. Člověk by

měl být v zájmu vlastního zdraví i v zájmu duševní pohody partnerky (partnera) otevřený pro řešení problému, jestliže ve vztahu k vlastní sexualitě pociťuje odpor či obecně odpor k vlastnímu tělu, k jeho „pudové žádostivosti“, jak si někdy lidé již pojmenováním přirozeného zdravého sexuálního pudu vytvářejí základy pro závažné zdravotní problémy. To může totiž vyvolat pocit znechucení ze sebe sama, pocit viny za „nezvládnutí“ přirozeného tělesného pocitu. Protože se jedná o neurotickou vinu, je zde malá šance pro odpuštění sobě.

Zvláštním fenoménem ve výše uvedených skutečnostech je, že tito lidé mají tendenci za vlastní nemocnou sexualitu, za nedostatečné propojení mezi sexualitou a erotikou a za vlastní problémy s dezintegrací ve vztahu mysli a těla obviňovat své partnerky (partnery). U takto postižených mužů se projevuje tendence negovat ženu v její podstatě. Přitom skutečností je, že na svět, řečeno s trochou nadsázky, přicházíme všichni jako „ženy“, bez ohledu na genetickou určenost. Teprve po třicátém dni po oplození, kdy mužské gonády začínají produkovat testosteron, se začne u embrya XY prosazovat mužský habitus. Kdyby však byla blokována syntéza testosteronu, pak by se bez ohledu na genetickou určenost XY rozvinula plnohodnotná žena, i když bez vaječníků.

Je tedy filozofickou otázkou, proč se vlastně v průběhu posledních více než sta generací „ztratil“ pod tlakem mužského světa svět ženský. Žena se tak vlastně stává tím, koho si pod pojmem žena představuje spíše muž. A když s touto myšlenkou bojuje, tak ji tím vlastně již akceptuje. Tento bazální obecný konflikt může předznamenat některé dílčí problémy ve vztazích mužů a žen.

Tak například tvrzení, že žena má být tolerantní, něžná, poskytovat péči, udržovat vnitřní integritu rodinného pole mj. i skrze sexuální podřidivost muži, vede na jedné straně k tomu, že žena sice cítí bezpečí a jistotu pro uspokojení mateřského pudu, ale na straně druhé se v ní probouzí potřeba nabídnout „něco“ ze svého potenciálu, potřeba seberealizace i v dalších aspektech vlastního života apod.

Tvrzení, že muž má především chránit rodinu navenek, prosazovat její potřeby a přání navenek, být oporou v zátěži a současně být i více nezávislý na rodinném poli než žena, aby mohl výše uvedené realizovat, s sebou přináší zárodky konfliktu. Muž na straně jedné touží po prestiži, moci, ocenění, soutěžení atd., ale na straně druhé potřebuje dotek, něhu a lásku a je tak zpětně přitahován do vnitřního rodinného pole.

Muž a žena vytvoří silně vnitřně integrované a navenek stabilní pole jen tehdy, když se jedná o vztah sdílení a o soužití dvou rovnocenných lidí.

Například u muže patriarchálního typu, který v sobě potlačil ženský princip a pro sex si vybírá spíše ženy smyslné až vulgární, ale ožení se ženou typu „šedá myš“, se nejedná „pouze“ o disharmonii mezi mužským a ženským principem, ale i o komplikace ve struktuře osobnosti, o problémy i s nevyvážeností v jiných polaritách. Žena „princezna“ s potlačeným mužským principem ve svém intrapsychemickém prostoru má zase celoživotní „smůlu na muže násilníky“.

Muž, je-li zralý a nepodléhá-li v tomto kontextu „chlapskému“ kultu v societě, je schopen rozvinout i ženský princip v sobě. To znamená, že je schopen prožívat, večit se do druhého člověka, využívat fantazie a intuice, je schopen ochraňovat i přijímat a je také schopen pracovat s tzv. měkkými informacemi (pracovat s tzv. tvrdými informacemi není problém). Vytvoření celistvosti v sobě přináší muži úspěch v zaměstnání (lépe zvládá mezilidské vztahy na pracovišti), zvyšuje jeho přitažlivost ve vztazích k ženám. Ženami je hodnocen jako solidní

a rozhodný, schopný poskytnout oporu i prostor pro jejich realizaci bez neurotických reakcí a schizofrenního jednání.

Kvalita vnitřního vztahu k opačnému principu v člověku se tedy promítá do kvality partnerských vztahů. Pokud není možné celistvé fungování člověka i v této polaritě, potom jeden pól této polaritě vystupuje v chování a prožívání člověka i na úkor druhého pólu.

Jestliže je důležitým projevem ženského principu mj. přijímat a societa „nutí“ ženu svými normami a zásadami spolunažívání ženy a muže především dávat, je tím narušena její schopnost přijímat i sebe samu. Paradoxně se to mj. projevuje v neschopnosti „dávat“ sobě, aniž by se objevil pocit viny spojený s představou, že v jejich případě je to sobecké. A tak raději negují své potřeby a tím i sebe. Když se objeví zcela přirozená potřeba přijímat, jsou tím tyto ženy neurotizovány a i jejich vztah se stává břemenem, které je vyčerpává. V ženě vzniká pocit, že jako žena není milována, vzniká pocit křivdy, zášť a nenávisť.

U muže je mužský princip spojený s dáváním. Ale muž se strachuje přirozeně a spontánně dávat, je-li u něho potlačen opačný princip (a chybí-li mu otcovský vzor dávání ženě, dítěti). Dávat totiž současně znamená riskovat kritiku, nesouhlas, odmítnutí. Čili znamená toho, že chybí. Zesiluje se v něm pocit, že ho nikdo nepotřebuje, což zase vede ke stažení se do sebe a hypertrofování potřeby přijímat. A tak je zde prostor pro velmi závažné konflikty ve vzájemných vztazích muže a ženy.

Nyní se opět vrátíme do obecné roviny terapeutického vztahu. Je-li klient příliš kompulzivní, je nejprve nutné usilovat o rozvinutí jeho spontánnosti, je nutné pracovat s jeho „inner child“. Je-li klient naopak impulzivní, pak je nejprve nutné rozvinout jeho ego kontrolu.

Když klient hovoří o svém problému a často se zmiňuje o tom, že se především ostatní mají změnit (změnit svoje chování musí v jeho pojetí i rodiče), je nutné iniciovat proces ke změně v klientovi, protože nelze pracovat s klientem tak, že jeho změna je především změnou v ostatních lidech.

Když klient příliš často hovoří o prarodičích, je nutné mj. zaměření terapeutické práce i na jeho vztah k matce (matka pravděpodobně některou z funkcí vztahujících se ke klientovi v jeho dětství neplnila) a matky ke klientovi.

Když klient často uvádí, že „něco“ je dobré, nebo není dobré, pak je to vyjádření silného superega. Superego může stavět člověka proti ostatním lidem („jsem morálnější než oni“) nebo i proti němu samotnému (sebedestrukce).

V sanoterapii se často pracuje s prožíváním a s elementy obranných charakterových struktur. Je nutné být v dobrém kontaktu s převažujícím elementem obranné charakterové struktury klienta, protože v případě například elementu orálního se může jednat o fenomén „vysávání“ terapeuta („ano, to mně moc pomáhá, musíte tak pokračovat, protože se mně lépe žije, cítím změnu“; za týden, když se opět realizuje terapeutické sezení, znovu se objeví výše uvedená věta „ano, to mně moc pomáhá...“ atd., a to po řadu sezení) a klient si vlastně změnu nepřeje a ke změně také nedochází.

V terapii je nutné, aby terapeut také usiloval o porozumění povahovým rysům klienta. To znamená, aby například lhostejnost nepovažoval za toleranci, letargii za klidnou povahu, závislost za oddanost, podbízivost za ochotu, servilnost za péči, poníženost za pokoru atd.



Pracuje-li se s obranným elementem histriónským nebo schizoidním, je možný přesmyk od hysterické reakce k schizoidní reakci (jedná se o polaritu v jednom systému; jedná se o pohyb z hysterického vzorce do vzorce schizoidního a naopak; jedná se o přesmyk do protikladu).

Obdobně bychom mohli uvést další schémata terapeutické práce (s histriónským vzorcem osobnosti atd.), ale každé schéma nese v sobě zárodek zjednodušování problému. Proto zůstaneme pouze u této jedné návěsti, která nabízí možný způsob terapeutického uvažování.

Z dalších zkušeností je také důležité, aby si terapeut uvědomil, kdy klient produkuje emoce jako dospělý člověk a kdy je produkuje jako „dítě“.

Jinou zkušeností je, že somatická psychoterapie a také sanoterapie je vhodnou cestou k uzdravení i pro lidi, kteří byli v dětství sexuálně zneužíváni. Jejimi postupy lze „rozpustit“ tzv. stigmatizaci, která je charakteristická především pro oběti incestu. Takto postižený člověk má intenzivní pocit špinavosti, nečistoty, kterou nelze „smýt z povrchu těla“, má pocit, že na těle jsou viditelná znamení toho hnusného znásilňování těla, a současně pocit, že toto „tělo vlastně člověka zradilo, podlehlo bez boje“. Tímto výrokem se také otevírá brána pro implantovaný pocit viny, pro sebeobviňování se za to, co se stalo („je to moje vina, že mně táta dělá takové věci“).

Z výše uvedeného generuje pocit bezmoci, ztráta elementárního pocitu rodičovské ochrany a možnosti obrany, i ztráta pocitu jistoty a bezpečí v bazální rodičovské péči. To je doprovázeno pocitem zrady ze strany rodiče, což vyvolává strach, úzkost a spouští disharmonický vývoj osobnosti. K této disharmonii ve struktuře osobnosti přispívá i drasticky probuzená nezralá dětská sexualita, která je stimulována a „tlačena“ na úroveň patické dospělé sexuality. Obtížně zvládnutelné, takto drasticky probuzené sexuální impulzy u dítěte v něm pak vyvolávají další psychotraumata. U sexuálně zneužitých chlapců je častou postraumatickou odpovědí tendence hledat někoho, kdo by za ně „převzal“ břemeno traumatizovaného **já**. Obvykle hledají někoho, kdo jim připomíná jejich vlastní bezmocnost a kdo je ještě bezbrannější, než byli sami. Sexuálně zneužívané dívky mají tendenci reagovat spíše pasivně, ale místo zneužívání jiných se tak stávají samy ještě zranitelnějšími vůči dalšímu zneužívání. Za to se trestají sebedestruktivním chováním. Důsledky zneužívání dětí jsou mnohočetné. Od emočních poruch v podobě zoufalství, nenávisti, agrese, autoagrese, fobií, depresí až po panické reakce. Dále se objevují poruchy příjmu potravy, psychosomatické obtíže, neuropsychické obtíže (nespavost, bolesti hlavy apod.) a různé formy závislosti a poruchy v osobnostní struktuře.

Jak již bylo uvedeno i v jiných souvislostech, v somatické psychoterapii a tudíž i v sanoterapii se výrazně pracuje také s polaritami. Cílem je v procesu vnitřní přeměny na cestě k posílení integrity docílit mj. i koexistence protikladů a dát tak šanci fungování člověka jako celistvé lidské bytosti. Polarita ovšem současně umožňuje i rozpoznávání „něčeho proti něčemu“. To znamená odhalení, že „něco“ není v pořádku, že „něco“ je ohrožující. Rozpoznání a posouzení „něčeho“ znamená adaptaci. Ale schopnost posouzení může vést i k deformaci. Například zlo uvolníme v sobě, když schopnost posoudit, rozlišit, je odděleno od schopnosti být soucitný, tolerantní a současně rozhodný tak, aby byla dána šance k žádoucí přeměně v protikladu. Vyjdeme-li z C. G. Junga a přejdeme-li do obecné roviny, pak stín (temný element osobnosti) je vlastně v protikladu k **jáství**. Proto integrace stínu je nezbytná v procesu individualizace. Když si stín nechceme přiznat, promítáme ho do okolí, na jiné lidi, pak sebe nevidíme z této stránky vlastní existence. Integrace stínu znamená neutralizaci jeho ničivé dynamické síly. Jinak stín bude vystupovat v protikladech, například v symbolech ve snech, vyvolává v nás odpor, ozývá se v pocitu něčeho nepřijatelného v nás a tudíž něčeho, co se musí skrývat. To může nastartovat

přetvářku, lež atd., což enormním způsobem „stravuje energii“ a neurotizuje člověka. Vylučujeme tak část sebe z procesu uvědomování si sebe. Potom je problém se seberealizačním procesem a s procesem zrání. Stín svojí hrozbou vyvolává strach, nenávisť atd., vrstvení obran **já**. Jeho hrozbu eliminujeme, když najdeme v sobě odvahu postavit se mu „čelem“. Je to cesta k žádoucím změnám v osobnosti člověka, cesta k lepšímu vyjádření vlastní lidskosti, pokory i vlastního potenciálu. Je to současně i dobrá cesta k práci s ostatními polaritami v nás, jimiž jsou:

<i>světlo — temnota</i>	<i>teplo — chlad</i>	<i>nenápadnost — výjimečnost</i>
<i>přirozené — umělé</i>	<i>plnost — prázdnota</i>	<i>zdraví — nemoc</i>
<i>pozitivní — negativní</i>	<i>anděl — ďábel</i>	<i>staré — nové</i>
<i>psychický — fyzický</i>	<i>osud — svobodná vůle</i>	<i>sebekontrola — spontánnost</i>
<i>kognitivní — emotivní</i>	<i>jemnost — krutost</i>	<i>primitivnost — kultivovanost</i>
<i>chaos — řád</i>	<i>trpělivost — nedočkavost</i>	<i>minulost — budoucnost</i>
<i>my — oni</i>	<i>čas — věčnost</i>	<i>reálné — nadpřirozené</i>
<i>střed — obvod</i>	<i>duch — hmota</i>	<i>absolutní — relativní</i>
<i>vědomí — nevědomí</i>	<i>psychika — soma</i>	<i>iluze — skutečnost</i>
<i>žena — muž</i>	<i>analýza — syntéza</i>	<i>cit — intelekt</i>
<i>tajné — veřejné</i>	<i>jedinec — societa</i>	<i>samota — společnost</i>
<i>ticho — hluk</i>	<i>jednota — mnohoznačnost</i>	<i>mlčení — mluvení</i>
<i>stud — necudnost</i>	<i>klid — neklid</i>	<i>otevřenost — uzavřenost</i>
<i>čistota — nečistota</i>	<i>adhese — smyslnost</i>	<i>morálnost — amorálnost</i>
<i>laskavost — přísnost</i>	<i>pravda — lež</i>	<i>láska — nenávisť</i>
<i>tolerance — neústupnost</i>	<i>náročnost — benevolence</i>	<i>kritičnost — nekritičnost</i>
<i>dostupnost — nedostupnost</i>	<i>připoutanost — nezávislost</i>	<i>lehkost — tíha</i>
<i>násilí — neubližování</i>	<i>odolnost — změkčilost</i>	<i>odvaha — zbabělost</i>
<i>síla — slabost</i>	<i>spravedlnost — nespravedlnost</i>	<i>samostatnost — závislost</i>
<i>rozhodnost — nerozhodnost</i>	<i>sebevědomí — nejistota</i>	<i>malost — velikost</i>
<i>poctivost — faleš</i>	<i>pokora — pýcha</i>	<i>spokojenost — nespokojenost</i>
<i>stabilita — labilita</i>	<i>vzestup — pád</i>	<i>obdiv — nezájem</i>

<i>všednost — výstřednost</i>	<i>závist — přejícnost</i>	<i>naivita — rafinovanost</i>
<i>radost — smutek</i>	<i>dávání — přijímání</i>	<i>ledabylost — přesnost</i>
<i>optimismus — pesimismus</i>	<i>věrnost — zrada</i>	<i>zbožňování — odstup</i>
<i>veselost — vážnost</i>	<i>systematičnost — hravost</i>	<i>krása — ošklivost</i>
<i>já — ty</i>	<i>komplikované — jednoduché</i>	<i>dobro — zlo</i>
<i>konečné — věčné</i>	<i>aktivní — pasivní</i>	<i>mladí — staří</i>
<i>my — oni</i>	<i>bdění — spánek</i>	<i>napětí — uvolnění</i>
<i>rozum — intuice</i>	<i>nevědomost — moudrost</i>	<i>jednoduchost — složitost</i>

Polarity jsou základními stavebními kameny, základní stavební jednotkou všech živých organismů, přičemž vzájemné vztahy mezi těmito živými organismy jsou podřízeny polaritě sil. A to je záruka nejen existence života obecně, ale i záruka vývoje organismů.

Z holistického úhlu pohledu nestačí zabývat se „pouze“ neodreagovanými a nezpracovanými problémy z předešlých vývojových etap klienta, či zpracovávat aktuální problémy klienta jako dospělého člověka. Musíme rovněž „vstoupit“ i do struktury rodiny, do systému rodiny, či jiné mikrosociety, v níž klient svůj problém „získal“. Každý z nás „funguje“ v určitém systému rodiny atd. a jeho elementy „vstupují“ do těla klienta, manifestují se v těle klienta. A změna v klientovi, která se odehraje během terapie, se musí „potvrdit“ v systému, z něhož klient přišel a kam se zase vrací. Změna v člověku, projevená v pravý čas a na pravém místě, nejenže se tím stvrzuje, ale také vyvolá potřebnou změnu ve struktuře systému, jehož součástí je i klient. A potom je šance, že toto „zrcadlení“ vlastní změny skrze změnu i například v rodině povede k její relativní nezměnitelnosti.

Vstoupit do systému například rodiny znamená, že terapeut v terapeutické skupině požádá toho člena, který chce před skupinou pracovat se svým problémem, aby s pomocí ostatních členů skupiny vybudoval strukturu vlastní „rodiny“. Klient si ostatní členy skupiny sám rozestaví; poté „zkouší“, kde je vlastně jeho místo, kde by si přál být, kdo v takto znázorněné rodině schází (někdo se například rozvedl, nebo odjel na trvalo do zahraničí, či zemřel atd.), kdo by v rodině být neměl (například milenka, milenec atd.). Poté se již pracuje se vztahy klasickým způsobem.

## **II.2. Somatický element v somatické psychoterapii, včetně sanoterapie**

Základní informace o pohybovém aparátu jsme již uvedli v podkapitole Elementární teze z anatomie a fyziologie pohybového aparátu. Nyní je doplníme o jejich praktickou stránku v kontextu sanoterapie.

Sanoterapeutický směr somatické psychoterapie klade důraz na holistický přístup k člověku, chápe člověka jako celistvou lidskou bytost. V tomto kontextu pojímá i jednotlivé aspekty jeho bytí, tedy i pohyb člověka. Ve formě pohybu (v jeho „tvaru“) se navenek manifestuje jedinečnost jeho osobnostní struktury, důsledky vlivů vnějšího i vnitřního prostředí a interpretace těchto vlivů ze strany osobnosti. Stejně tak se to týká i vlivů kultury a tradice mikrosociety a makrosociety, k níž dotyčný člověk přináleží. To vše se konkrétně promítá do postury i pohybových stereotypů, možných dysbalancí, bloků a spazmů. A v neposlední řadě to, jakou individuální formu a dynamiku má pohyb konkrétního člověka, charakter jeho chůze, závisí i na převažujících biomechanických situacích, v nichž se konkrétní člověk nachází v průběhu své existence, a na převažujících způsobech řešení těchto situací člověkem.

Sanoterapeutické pohybové sety, které jsou součástí terapeutického programu, jsou koncipovány s přihlédnutím k funkční specializaci motorických jednotek svalového vlákna, které jsou podle své funkce označeny jako tonické (je pro ně charakteristický pomalý a vytrvalý stah a přetrvávající tonus) a fazické (jsou rychlé, ale relativně snadno unavitelné). Svaly s převahou prvního typu motorických jednotek, svaly tonické, se uplatňují například při držení těla vůči permanentnímu působení gravitační síly. Jedná se o svaly posturální, které kontrahují (může být i značné napětí), ale pohyb nenastává (slouží k vyrovnání sil; jedná se o kontrakce izometrické).

Svaly s převahou druhého typu motorických jednotek, zabezpečujících rychlý a rozsáhlý pohyb, jsou svaly fazické. V tomto kontextu se popisují kontrakce koncentrické a excentrické (působí větší síla, než je výkon svalu – aktivně se smršťuje a proti svému odporu je „protahován“).

Je zřejmé, že svaly musí být permanentně aktivní (nejen v kontextu posturální funkce – jinak bychom se zhroutili v beztvorou hromadu masa a kostí, ale také aby mohly fungovat i vnitřní orgány, krevní oběh atd.). Stejně důležité je klidové napětí, které je předpokladem následného volního pohybu. Klidový tonus ovlivňuje řada faktorů od konstitučních (existují dva krajní póly: hypertonicko-hypomobilní pól, kdy se člověk jeví jako ztuhlý až toporný, a druhý pól, který se označuje jako hypermobilně hypotonický, s příliš „volnými“ kloubními pouzdry a s poddajným svalstvem) až po vlivy věku, pohlaví a stavu psychiky. Podle psychického stavu člověka se může tonus zvyšovat i snižovat. To následně vede ke svalové dysbalanci. Jestliže vezmeme do úvahy jako příklad výše uvedeného určitý segment a jemu příslušný kloub, nebo určitý úsek kloubních řetězců (určitý úsek páteře), pak se to konkrétně projevuje prohlubujícím se nesouladem mezi antagonisty určitého segmentu příslušného kloubního systému. Se zvyšujícím se tonusem (zvyšující se silou) hyperaktivní svaly přebírají stále větší díl práce při zajišťování stability segmentu a tím více se současně stávají hypertonickými až po spasmus. Po určité době může nastat zkrácení svalu (jeho vazivové složky). Na opačné straně kloubu se antagonisté dostávají do funkčního útlumu, nastává pokles svalového tonu. Hypotonické svaly ochabují a může nastartovat atrofie svalu. Nebo je možný i opačný postup, a to že výchozím problémem je hypotonus jedné skupiny svalových vláken kolem kloubního pouzdra a opět se postupně začne prohlubovat svalová dysbalance mezi antagonisty příslušného kloubního systému. Vedle antagonistů se zde také nacházejí i synergisté, čili svalové skupiny, které mohou po určitou dobu zastat funkci hypertonického nebo hypotonického svalu. Toho také ve svých setech využívá sanoterapie.

Důsledky svalové dysbalance se projevují nejen omezením rozsahu pohybu, ale i odchylkami v držení té části těla, jehož segmentu se svalová dysbalance týká. Problém spočívá mj. i v tom, že důsledky lokální postupně přecházejí v potíže globálního rázu.

J. Čermák (et al., 1993) ve své dobře koncipované práci uvádí, že ke svalům s tendencí ke zkrácení patří: krční úsek vzpřimovačů páteře, horní část trapézového svalu a zdvihač lopatky, velký i malý prsní sval, bederní úsek vzpřimovačů páteře a čtyřhranný sval bederní, dále sval bedrokyčlostehenní a dlouhá hlava čtyřhlavého svalu stehenního, přitahovače stehna, ohýbače kolenního kloubu a trojhlavý sval lýtkový.

Svaly s tendencí k oslabení jsou: ohýbače hlavy a krku, sval rhombický a střední úsek svalu trapézového. Dále se jedná o dolní část svalu trapézového a svaly břišní, svaly hýžd'ové, natahovače kolenního kloubu a svaly na přední a boční straně bérce.

V obecné rovině lze uvést, že sanoterapie orientuje ve svém programu pohybové sety nejprve na povzbuzení posturální funkce, na ty svaly posturální, které zabezpečují držení těla od klenby nožní až po cervikokraniální přechod (spojení krční páteře s lebkou). Držení těla, toto prostorové uspořádání tělesného schématu a jeho podržení vůči gravitační síle, má určitou relativní normu (čili vzor, jak by „tělo mělo vypadat“), oproti které se vymezují jedinečné individuální odchylky, a to z toho důvodu, že držení těla, vzpřímenou a pro konkrétního člověka charakteristickou postavu, si člověk vypracovává během individuálního vývoje na bázi dispoziční. Proto je velmi důležité, aby na dítě v době, kdy se učí zvedat těžiště těla, držet rovnováhu, vzpřímeně stát a chodit, působilo co nejméně dezintegračních vlivů (co nejméně emočních zranění, tenze, duševního strádání atd.), které by narušovaly jeho stabilitu. V příznivých vývojových podmínkách se pak vyvíjí dvojí zakřivení páteře, fyziologický úhel sklonu pánve a klenba nožní, v podobě blízké optimálnímu vzoru vzpřímené postavy. Čili vzoru, kdy je nejmenší spotřeba energie, nutná pro držení těla, a také méně předpokladů pro vznik svalových dysbalancí, zvýšeného toku proprioceptivních informací a eventuálně i nociceptivních informací. Postupně se tak uspořádává posturální stereotyp, který se navenek manifestuje individuální formou držení těla.

Hypotetický střed vzpřímené postavy, člověka ve vzpřímeném stoji, se nachází před kostí křížovou, těsně nad polovinou výšky celého těla (zepředu v místě zhruba tři prsty pod pupkem). I v klidu se mírně přesouvá, což souvisí s dýcháním. Rovnováha člověka je závislá na rozsahu opěrné plochy a na tom, kde se právě nachází těžiště. Svislý průmět těžiště však musí vždy protínat opěrnou plochu. V přirozeném stoji vzpřímeném jsou nohy rovně u sebe, s takovou mezerou mezi chodidly, kde paty jsou od sebe na šířku jednoho chodidla a špičky svírají úhel přibližně 30°. Opěrná báze má podobu lichoběžníka. Krátkou stranu představuje spojnice pat, nejdelší stranou je spojnice hlaviček metatarzů a boční strany tvoří laterální okraje chodidel. Do středu této lichoběžníkové opěrné plochy se promítá svislý průmět těžiště těla. Při stoji na jedné noze se vzpažením jsme nejlabilnější a při lehu na zádech nestabilnější. Při optimálním vzpřímeném stoji (viz podkapitola Elementární teze ...) je rovnováha je optimální. Nejenže pro svůj tonus posturální svaly, které zabezpečují vzpřímený stoj, spotřebují nejméně energie, ale člověk se cítí psychicky stabilní, což zpětně příznivě ovlivňuje jeho integritu a fyzickou rovnováhu. Do udržování vzpřímeného stoje, což je dynamický proces, nikoliv definitivní stav, zasahují četné intervenující proměnné, a to od gravitační síly, výšky a hmotnosti těla, tvaru a stavu opěrné báze, vliv dýchacích pohybů až po míru svalové aktivity, ovlivňované měnicími se vnějšími a vnitřními podmínkami.

Uvedli jsme, že svalová kontrakce je základním předpokladem pohybu. Ovšem základním předpokladem kontrakce je dostatek energie. Sval ji získává především jako energii biochemickou činností vnitřních orgánů. Energie je transformována skrze kloubní systém v energii kinetickou za současného uvolňování energie tepelné.

Sanoterapeutický program, který mimo jiné obsahuje prvky klasické a reflexní masáže, prvky shiatsu, iniciační prvky pro aktivní a pasivní pohyby, polohování, prostorovou manipulaci, mobilizační prvky, dále některé postupy fyziatrické léčby a sanoterapeutické pohybové sety, má účinky myorelaxační, hypertermické, sanogenetické, integrativně harmonizující a stabilizační. To je předpokladem pro větší otevření psychického pole a následnou hlubší introspekci s cílem uvolnit terapeutický problém (jestliže se jedná o klienta) nebo s cílem lépe porozumět sobě samému na seberealizační cestě v případě lidí relativně duševně zdravých, kteří si přejí skrze lepší porozumění sobě lépe porozumět i druhým lidem.

Sanoterapeutický program ovlivňuje aferentní nervový systém, stimuluje vyšší produkci endorfinů, odstraňuje svalové dysbalance, zejména nepřímou cestou tak, že skrze fazické svaly ovlivňuje svaly tonické, pracuje se spasmu, vzniklými jako funkční porucha, či s celými svalovými bloky, které zasahují i několik segmentů. Dále posiluje statiku a dynamiku páteře, fixaci páteře v oblasti pánve (kde důležitou úlohu hrají sakroiliakální klouby a kde současně pro statiku a biomechaniku je rozhodující sagitální směřování kosti křížové, ovlivňující postavení celé pánve i tvar a průběh páteře až po krční úsek). V sakroiliakálních kloubech se pohyb uskutečňuje jen v malém rozsahu, ale působí zde mohutné síly hmotnosti trupu a v případě sedu i mohutné síly změněné polohy dolních končetin (zejména v pozici „noha přes nohu“).

Zvýšenou pozornost věnuje sanoterapie také přechodům: atlantookcipitálnímu, atlantoaxiálnímu, cervikotorakálnímu, torakolumbálnímu a lumbosakrálnímu.

Sanoterapeutické postupy mj. vycházejí ze skutečnosti, že pro vzpřímenou pozici těla jsou důležité posturální svaly dolních končetin. Ty jistí dva nosné kloubní systémy, a to kolenní a hlezenní. Těžiště je těsně před osou kolenního kloubu a poněkud více předsunuto před osou hlezenního kloubu. Je to výhodné pro nataženou pozici kolenního kloubu, která je udržována především vlastní tělesnou hmotností člověka. Čtyřhlavý sval stehenní pak nemusí spotřebovávat tolik energie při zabezpečování této pozice. Větší problém se vyskytuje v oblasti hlezenního kloubu, kde trojhlavý sval lýtkový musí být permanentně aktivní, aby člověk „nepřepadával“ směrem dopředu. Je to obdobná situace jaká je v oblasti cervikokraniálního přechodu, protože těžiště hlavy je také předsunuto. Také v tomto případě musí být svaly (tentokrát šíjové) permanentně aktivní, aby hlava mohla zůstat ve své fyziologické (přirozené) pozici fixována. V tomto kontextu se tedy jedná o dvě permanentně aktivní místa, a tudíž i místa snadno postižitelná různými nepříznivými faktory, včetně faktorů psychogenních. Šíje a kotníky, jejich funkční stav významně ovlivňuje celkovou stabilitu vzpřímené pozice člověka.

To, že existují významné funkční vztahy mezi dolními končetinami a hlavou, páteří a pánví, je známo již dlouho. Změny a poruchy hybnosti například v segmentech páteře se mohou promítat až na úpony svalů kolem fibuly, kde mohou vyvolat sekundární poruchy funkčnosti kolenního kloubu a odtud i funkčnost kotníků. Tento stav zase negativně ovlivňuje stabilitu těla ve vzpřímené pozici, což se promítá do kolísání trupu a jako změny ve funkčnosti šíjového svalstva. A tím se uzavírá patologický okruh.

Klenba chodidla je důležitým nástrojem proti působení gravitační síly a současně pomáhá odvíjet nohu od země. Má velkou schopnost adaptovat se na nerovnosti terénu, po kterém se pohybujeme. Noha je zónou, ze které permanentně generují propioceptivní informace, které jsou vyhodnocovány v mozkové kůře (ale neuvědomujeme si je v plné šíři). Noha také tlumí mechanické rázy (například při doskoku), které se pak s nižší razancí přenášejí kloubním řetězcem dolní končetiny až na páteř, jež je definitivně utlumí.

Pozice hlavy, rovina pohledu očí, významně ovlivňuje držení těla. A jak jsme již uvedli, vzhledem k tomu, že těžiště hlavy (v sella turcica, kde je také uložena hypofýza) je předsunuto před spojení kloubních hrbolů týlních s prvním krčným obratlem, musí být hlava ve své fyziologické (přirozené) pozici udržována permanentní aktivitou (napětím) šíjového svalstva. Jedinečná podoba držení hlavy a celková vertikální pozice u konkrétního člověka je výsledkem jedinečně utvářené konfigurace posturálních stereotypů, která není nikdy definitivní. Je to mimo jiné dáno skutečností, že přes základní nastavení svalového tonu musí člověk od narození reagovat na převažující i na aktuální biomechanickou situaci a z ní plynoucí permanentní požadavky na posturální systém. Posturální systém je současně permanentně ovlivňován i psychogenními vlivy (převládajícím emočním stavem člověka, mírou jeho stresovanosti, převažujícími elementy obran jeho **já**, které se v těle manifestují jako „svalové pancíře“ – viz W. Reich atd.).

Vzpřímená pozice je pro člověka energeticky náročná nejen vzhledem k tomu, že opěrná plocha je v poměru k výšce těla malá, ale i vzhledem k tomu, že střed těla je těsně nad polovinou výšky těla (v horizontální rovině před kostí křížovou) a současně osciluje i v klidu v závislosti na dechové frekvenci. Proto například základním výchozím postojem při sanoterapeutické práci je stoj s mírně pokrčenými nohama, které jsou od sebe vzdáleny zhruba na šíři ramen.

Ale vraťme se k pozici hlavy a k významu této pozice pro držení celého těla a pro pohyb (pohyb vždy vlastně začíná „*pádem*“; teprve dokročení dává šanci pro udržení rovnováhy). Pohyb začíná aktivitou okohybných svalů, přenáší se na osu těla (velký stabilizační význam pro vertikální pozici člověka má mj. i vnitřní pnutí a rovnováha sil páteře, což znamená rozpínání meziobratlových plotének versus pnutí podélných vazů „stahujících“ obratle k sobě). Aktivita se pak z osy těla přenáší na končetiny. Vizuální informace (s výraznou převahou oproti jiným druhům informací) umožňují, po jejich vyhodnocení, predikci změn vnějších biomechanických podmínek, predikci pohybu druhého člověka, k němuž jsme zahájili pohyb, nebo od kterého se chceme vzdálit atd. To vše znamená, že musíme určit vzdálenost, která nás dělí od druhého člověka, dále určit jeho rychlost a možné změny směru jeho pohybu. Současně se vyhodnocují informace proprioceptivní, viscerceptivní atd., informace o stavu vnitřního prostředí v nás samotných. Výsledkem je konstituování pohybového kontextu, který postupně vyplníme dynamickými pohybovými stereotypy (protože i vlastní pohyb předjímáme) za stálé připravenosti k jeho korekci, v závislosti na změnách biomechanických podmínek a změně záměru pohybu, změně pohybového kontextu. Pokud se nám do „cesty“ nepostaví překážky, výše uvedené děje se uskuteční především na neuvědomované úrovni. Sledování objektu zrakem vyžaduje dobrou zrakovou funkci, protože je nutný synchronní pohyb očních bulbů. Jinak by docházelo ke zvyšování tonu šíjových svalů, což může být mj. i podkladem pro vznik některých druhů migrén.

Je zřejmé, že pohyb očních bulbů při sledování objektu je spojen i s činností posturálních svalů. V případě poruchy činnosti okohybných svalů mohou být vyvolány obtíže zejména v kraniocervikálním přechodu. Pohled vzhůru facilituje extenzory, pohled dolů flexory. Pohled do strany facilituje extenzi ve směru pohledu a flexi ve směru opačném. Tato skutečnost se také využívá v sanoterapeutických postupech, při zprostředkované facilitaci inhibovaných svalových skupin.

Také činnost žvýkacích svalů ovlivňuje v řadě aspektů posturální systém. Vedle hlavních žvýkacích svalů (m. temporalis – udržuje zavřená ústa, m. masseter – působí při addukci dolní čelisti, m. pterygoideus med. et later. – umožňují okluzi a protruzi, „mlecí“ pohyby) sem patří i svaly podjazykové a nadjazykové. Jedná se ve výše uvedených případech o svaly, jejichž základní funkcí je zabezpečit sdělovací proces, mimiku a zpracovávání potravy. Ovšem současně

se tyto svaly zapojují do zabezpečení přechodu z polohy vleže do polohy vzpřímené. Podporují flexi hlavy, což je spojeno s tendencí otevřít ústa. Ale aktivované hlavní žvýkací svaly je udrží zavřená, a tak je podržena dynamika flexe.

Z výše uvedeného je zřejmá souvislost funkčních poruch ve vztazích šíjového svalstva, žvýkacích svalů, artikulačních svalů a mimických svalů. Čím emotivnější je obsah sdělení, nebo čím silnější je prožitek člověka, tím více svalových skupin se komunikace účastní. Graduje-li prožitek, pak se komunikace účastní celý systém hybnosti. V tomto složitém komplexu spolu interagují volní motorika (jemná, lokomoční, komunikační atd.) s mimovolní motorikou (posturální, dechovou, nutriční) v každém okamžiku existence člověka. Naruší-li se souhra antagonistů i synergistů, rozvíjí se svalová dysbalance, naruší se stabilita i dynamika páteře a celého hybného systému. Svaly tonické mají tendenci ke zkrácení a svaly fazické k ochabnutí. Pohyb v kloubních pouzdech je tak omezen spazmy svalových vláken a funkční nerovnováha mezi antagonisty snižuje fyziologický výkon posturální funkce. I když se tělesné schéma, postoj člověka, přizpůsobuje novým okolnostem, je to na úkor výkonnosti. Člověk se obtížně vyrovnává s fyzickou zátěží, má problém při zvládnání gravitačních sil v různých pozicích (musí vydat více energie na zvládnutí rovnováhy, je-li jeho tělesný postoj zafixovaný v nefyziologické pozici). Objevují se posturální obtíže, funkční selhávání páteře a následné vertebrogenní obtíže.

Pohybový systém je nutné udržovat v kondici, dlouhodobé stání vyčerpává stejně jako vystupňovaná aktivita, i když za podstatně delší dobu. Samozřejmě že výše uvedené sdělení je třeba chápat v širším kontextu, kde se vzájemně podmiňují kondice fyzická a psychická. Poruchy hybnosti, na nichž se podílejí psychogenní vlivy, zpětně psychiku negativně ovlivňují. Klient pak hovoří o ochablosti a smutné náladě či depresi, o snadné unavitelnosti a neurotických obtížích, o pocitu ztráty síly, neobratnosti a současné nejistotě, pocitech nedostatečnosti apod. Prohlubují se i psychosomatické potíže.

Pro sanoterapii je důležitý i poznatek o krátkých intersegmentálních svalech v hluboké vrstvě šíjových svalů, které jsou aktivovány i velmi slabými impulzy, a to dokonce i představou pohybu, která iniciuje posturální dynamické stereotypy. Tím se vysvětlují časté obtíže neurotiků v krční oblasti páteře. Změna tonu v intersegmentálních svalech vede k aktivitě střední svalové vrstvy a mění se tak poloha hlavy. U labilních jedinců se narušuje dynamická rovnováha aktivity šíjových a krčních svalů. Výsledkem je opět svalová dysbalance, přenášejí se na celé tělesné schéma. Vznik nerovnováhy vždy vede k omezení pohybové volnosti a ke vzniku funkčního bloku.

Z toho, co bylo doposud uvedeno, je zřejmé, že pohyb krční páteře je klíčový pro regulaci pohybu v celém osovém systému (páteři a pánvi), který se orientuje podle změn v poloze hlavy. Pohyb v oblasti trupu zabezpečují svalové soustavy zádové, břišní, svaly dna pánevního a svaly spojující pánev s končetinami.

Svaly dna pánevního spolupracují při dýchání se svaly břišními a s bránicí, přičemž uvedené svaly dna pánevního mají také velký význam pro fyziologické fungování orgánů dutiny pánevní.

Pohyb pánve směrem dopředu, kdy symfýza se pohybuje dolů, je spojen s aktivitou bederních svalů (prohlubuje se bederní lordóza) za současné spolupráce m. iliopsoas. Pohyb opačným směrem (symfýza se pohybuje směrem nahoru) je spojen s aktivitou břišního svalstva a mm. glutei max. Pohyb, kterým se zvedá levý nebo pravý okraj pánve, zabezpečují mm. glutei medii a adduktoři (promítá se sem i vliv tvaru nožní klenby konkrétního člověka).



Rotace pánve je zabezpečena činností svalů dolních končetin, pánve a hrudního svalstva.

Z toho, co bylo o pánvi výše uvedeno, je zřejmé, že její sklon je zabezpečený pouze činností svalů. Svaly břišní vytahují přední okraj pánve nahoru a velké hýžďové svaly ji zase vzadu za kyčelními klouby stahují dolů. To znamená, že obě skupiny svalů se tak podílejí na zvedání pánve. Naopak svaly bederní a bederní část vzpřimovačů vytahují zadní okraj pánve nahoru, a m. iliopsoas a část stehenních svalů přes kyčelní kloub zase stahují bederní část páteře a pánev dopředu a dolů.

Je-li zvýrazněna bederní lordóza, pak vyvolá i výraznější hrudní kyfózu a naruší se tak statická a dynamická funkce páteře, což může být počátek vertebrogenních obtíží.

Vzhledem k tomu, že fyziologický stav páteře i přirozený (fyziologický) vztah páteře a pánve jsou rozhodující pro vzpřímenou pozici člověka a pro jeho sebedůvěru v motorickém chování, jehož koordinaci zase příznivě ovlivňuje klidný a vyrovnaný stav mysli, budeme se touto tělesnou zónou zabývat podrobněji. Pozornost si zaslouhuje i skutečnost, že ve vazivových strukturách a v drobných svalových vláknech podél páteře je velké množství volných nervových zakončení (pro zprostředkování přenosu nociceptivních impulsů) a různých proprioreceptorů, které permanentně vysílají velké množství informací o aktuálním stavu páteře do řídicích struktur CNS, které pak korigují případné směřování k funkční dysbalanci posturálního systému páteře. Důležitou úlohu v případných korekcích hraje duševní stav člověka, jeho převažující emoční naladění, míra stresovanosti atd. Neprobíhá-li z nějakého důvodu korekce nastupující funkční dysbalance, potom se postupně přepracovávají dynamické posturální stereotypy a člověk se tak na přechodnou dobu adaptuje na změnu polohy páteře a tím i celé postavy vůči gravitační síle. Po určité době se však prohloubí dysbalance a zesílí tok nociceptivních informací. Člověk může vědomě zasáhnout do svých chybných posturálních návyků a nepřímou cestou (skrze aktivitu fazických svalů) ovlivnit posturální svalový systém. Ovšem tyto vyrovnávací postupy musí respektovat konstituční typ a převažující tonický typ konkrétního člověka a současně i psychické faktory, které se spolupodílely na vzniku svalové dysbalance, na spazmech, na svalových blocích nebo na vzniku ochablých svalových zón. Navíc je nutné nejen respektovat, ale i využívat recipročního vztahu mezi antagonistickými svaly.

Komplikací pro výše uvedený postup je skutečnost, že svalová dysbalance se neomezuje pouze na určitý úsek páteře, ale postupně postihuje statiku a dynamiku celé páteře a tím i držení celého těla. O funkčním stavu posturálního systému se přesvědčíme, když požádáme klienta, aby se postavil a napřímil a nejprve s otevřenými očima předpažil na dobu 1 minuty. Poté ho vyzveme, aby oči zavřel. Po celou dobu pozorujeme změny postoje. Všimáme si změny polohy hlavy (zda se sklání dopředu), horní části trupu (míru posunu dozadu), dále zda se jeví výrazný pokles ramen a tím i paží, zda zesiluje bederní lordóza a vyklenuje se břicho. Při zavřených očích klienta sledujeme rozsah titubace.

Při stoji s pažemi podél těla se svalová dysbalance v oblasti ramen jeví navenek dopředu vysunutými rameny a odstávajícími lopatkami (zkrácené prsní svaly a zdvihač lopatky; ochablé mezilopatkové svaly). O svalové dysbalanci v oblasti bederně-pánevní jsme již psali. Svalová dysbalance v oblasti dolních končetin se týká zejména těch svalových skupin, které překlenují dva končetinové klouby: dlouhá hlava čtyřhlavého svalu stehenního (bedrokyčelní kloub a kloub kolenní) a tři ohýbače kolena (napnuté přes zadní stranu kyčelního kloubu a kolenní kloub). Také trojhlavý sval lýtkový má jako sval tonický tendenci ke zvýšené kontrakci a tím i ke zkrácení. O míře jeho zkrácení se můžeme přesvědčit tak, že se pokusíme co nejvíce přitáhnout chodidlo k bérce. Ke zkrácení tohoto svalu přispívají takové pozice,

keré ho permanentně aktivují a udržují v hypertonu (například chůze po špičkách, na vysokých podpatcích, chůze člověka s histriónskou disharmonií ve struktuře osobnosti atd.).

Nyní se podrobnějším popisem vrátíme k páteři a jejím funkcím (statické a dynamické) a k postavení pánve a jejím vztahům k páteři. Pánev a její postavení významným způsobem ovlivňuje statiku páteře a cervikokraniální úsek zase ovlivňuje její dynamiku. Statiku páteře ovlivňuje i postavení dolních končetin a tvar klenby nožní. To znamená, že zde hraje důležitou úlohu i to, jak si „stojíme na svých dospělých nohou“. Jinak řečeno, i pocit vnitřní integrity a psychické stability ovlivňuje držení těla a podobu pohybu. Nestabilita psychická ovlivňuje funkčnost antagonistů, vyvolává svalovou dysbalanci a začínají pak působit jiné silové poměry, což má zase za následek nerovnoměrné zatěžování svalů. To jen prohlubuje svalovou dysbalanci a negativně ovlivňuje i následný pohyb. Také účinky gravitace nejsou pak dostatečně kompenzovány vnitřními silami organismu. Funkčně selhávají oslabené složky hybného systému. To vše zesiluje pocit nestability a patický okruh se tak uzavírá. Páteř je velmi pohyblivým útvarem, který je schopen anteflexe, retroflexe, lateroflexe i rotace. Na pohybu se spolupodílejí kloubní pouzdra, vazy a svalová vlákna.

Jak již bylo mnohokrát uvedeno, nejpohyblivějším úsekem páteře je její krční část. Změny v této oblasti mohou vyvolávat i vzdálené příznaky. Nejedná se jen o potíže spojené s funkčním blokem kloubních systémů v přechodu cervikokraniálním a cervikotorakálním, ale i o řadu změn, které se promítají i do vzdálených míst v tělesném schématu, kde se projevují zdánlivě nesouvisejícími příznaky. V této oblasti je také bohatá vegetativní nervová pletěň, jejíž dráždění se navenek projevuje širokým spektrem vegetativních příznaků. Dále zde probíhá a. vertebralis (v blízkosti intervertebrálních kloubů), která pak vstupuje do foramen occipitalae magnum. Funkční poruchy v krčním úseku páteře mohou ovlivňovat i funkčnost této arterie a to je opět zdrojem dalších obtíží.

Specifikum cervikokraniálního spojení a kloubní receptory spolu s receptory svalových vláken vytvářejí z krční oblasti významnou oblast s regulačním vlivem a reflexním působením. Zejména to souvisí s labyrintovými tonickými reflexy a reflexy šijovými, které jsou závislé na postavení hlavy. Pohyb hlavy v atlantookcipitálním kloubu a kloubech C-1 až C-4 vyvolává změnu tonu extenzorů. Rotací hlavy se zvýší tonus extenzorů na končetinách na straně rotace a sníží se na straně k rotaci opačné. Totéž platí i pro zádové svalstvo. Funkční blokáda v oblasti cervikokraniálního spojení ovlivňuje tonus zádového svalstva a postavení pánve. To jen potvrzuje význam propriocepce krční páteře při vzniku funkčních obtíží i ve vztahu páteře a pánve, a tím i celého trupu. Funkční blokáda v oblasti krční může také vyvolávat obtíže s plynulostí polykání (zejména u lidí s akutními neurotickými obtížemi, u lidí s histriónskými projevy v zátěži apod.). Při dlouhodobých obtížích se může projevit i spasmus ve svalech uložených ve středním listu krční fascie (pod m. sternocleidomastoideus). Vhodnými protahovacími postupy lze napomoci zvládnutí této funkční dysfagie za současné celkové terapie, která je zacílena na zpracování příčiny těchto obtíží.

Funkční blokáda krčního úseku páteře je mnohdy také doprovázena pocitem nejistoty, vrávoráním, závratěmi, dále bolestmi hlavy migrenózního charakteru apod. Pro diferenční diagnostiku bolesti hlavy je v řadě případů důležité vyšetření statiky celé páteře až po lumbosakrální přechod.

Hrudní úsek páteře je nejméně pohyblivým úsekem. To má svůj význam, protože součástí trupu je velmi pohyblivý hrudní koš. Dechová vlna v něm postupuje v dolní polovině hrudníku jeho rozpínáním do stran a v horní polovině hrudníku jeho zvedáním směrem zdola nahoru a má čtyři fáze. Fázi nádechu předchází fáze preinspirační v podobě krátké pauzy

výdechového pohybu, během které trvá inhibiční vliv expiračního pohybu na svalovou aktivitu posturálně hybného systému. Této skutečnosti se využívá v terapii jako jednoduchého nástroje pro prohloubení relaxovaného stavu svalových skupin před jejich následnou řízenou aktivací. Poté následuje fáze nádechu. Po nádechu následuje fáze preexpirační, než se spustí poslední (čtvrtá) fáze, a to výdechový pohyb. Během preexpirační fáze zesiluje excitační vliv nádechu na svalovou, posturálně pohybovou aktivitu.

Vstupem terapeuta do výše uvedeného fázování dechového pohybu lze například facilitovat monosynaptické reflexy, ale i nepřímo volní aktivitou ovlivňovat především autonomně řízený dechový rytmus.

Dechovou vlnu zabezpečují především mezižeberní svaly a bránice. Bránice je vypouklý sval se šlachovitým vrcholem, od kterého se paprscitě rozbíhají svalová vlákna k žeberním chrupavkám 11. a 12. žebra. Svoji šlašitou částí je upnuta ve vazivu mediastina. Bránice je také v kontaktu s m. quadratus lumborum a m. iliopsoas. A to je jedna z cest, kterou se negativní emoce „promítají“ až ke svalům dna pánevního. Je skutečností, že negativní emoce ovlivňují dech, pohyb bránice a tím i funkčnost orgánů dutiny hrudní, břišní i pánevní.

Nádechu napomáhá bránice tím způsobem, že se její centrální část (šlašitá část) posunuje dolů, pracuje jako píst a v dutině hrudní tak vyvolává podtlak. A naopak v dutině břišní vyvolává tlakové síly (například proti stěně břišní, která se „aktivně“ brání) a které se přenášejí i na dno pánevní.

Při výdechu se bránice vyklene zpět do dutiny hrudní. Jednotlivé svalové snopce bránice se mohou aktivovat i izolovaně. To pak vede ke změně tvaru jednotlivých částí hrudníku i břicha. Určitými postupy lze do určité míry ovlivnit tvar hrudníku i páteře (a v důsledku těchto změn i pozici pánve). Dechovou vlnu lze ovlivňovat (facilitovat nebo inhibovat) také specifickým držením horní končetiny v určité poloze. Postavení horních končetin ovlivňuje rozsah dechového pohybu a této skutečnosti se využívá v sanoterapii zejména při práci ve dvojicích.

V sanoterapeutických programech se mj. vychází i z poznatků, které napomáhají dešifrovat navenek se projevující symptomy a jejich příčiny zdravotních obtíží klienta. Chceme-li porozumět tomu, co je z pohledu terapeuta za funkčními vertebrogenními obtížemi, za blokádami různých kloubních systémů, za spazmy, za bolestivými místy v různých segmentech, potom musíme znát segmentové uspořádání tělesného schématu, musíme umět rozlišit, které tkáňové struktury, orgánové systémy danému segmentu přináležejí. A stejně tak je nutné poznat určitou autonomii příslušného segmentu i jeho vegetativní a centrální řízení. Dokonce existuje i hierarchie tkání přináležejících určitému segmentu, kde vnitřní orgán je nadřazen kůži a pohybovému elementu segmentu apod. Na straně druhé je nutné vidět, že „vše funguje jako celistvý systém a ve vzájemných interakcích“. Například při podráždění určitého vnitřního orgánu (určité psychosomatické obtíže) jeho signály vyvolávají různé projevy i na kožním povrchu (viscerokutánní reflex) a v ostatních tkáních přináležejících danému segmentu, nebo vyvolávají prostřednictvím intersegmentových spojů i odezvu v jiných orgánech (visceroviscerální reflexy).

Jednou z možných reflexních odpovědí na psychosomatické onemocnění vnitřního orgánu může být i svalový spasmus, například dlouhých paravertebrálních svalů i svalů kolem intervertebrálních kloubů. Tento blok vede ke změně pohybu, mění se pohybový stereotyp a také rozložení sil vyrovnávajících se s permanentně působící gravitační silou. Funkční blok vede k chybným pohybovým dynamickým stereotypům a stejně tak změněné posturální

stereotypy „přenášejí“ funkční blok i na další segmenty. Znamená to, že blokáda zpětně, reflexně ovlivňuje paravertebrální a intervertebrální svalstvo, a udržuje spasmus. Spasmus fixuje kloubní systém mimo fyziologickou pozici, což se reflexní cestou zpětně promítá do nemocného vnitřního orgánu a patologický okruh se tak uzavírá.

Problém spočívá ve faktu, že například funkční blokáda v dolní části hrudní páteře a v oblasti torakolumbálního přechodu vede k vyzařování bolesti v různých částech břišní krajiny. Nebo jiný příklad: psychogenní faktor může vyvolat spasmus m. psoas, ale klient popisuje pocit bolesti „prostupující krajinou od ledvin až po podbříšek“. K tomu se postupně přidává funkční blokáda torakolumbálního přechodu. M. psoas nemůžeme ovlivnit přímo, volním úsilím, ale zprostředkovaně, skrze aktivovanou příčně pruhovanou svalovinu s převahou fazických motorických jednotek ve svalových vláknech. Přitom musíme rozlišit, zda se jedná o spasmus nebo o zkrácení svalu. Důležité je, že uvolňovací cviky musí být prováděny v rozsahu mírně překračujícím stávající mez, což je významným impulzem pro změnu v pohybovém stereotypu. Jinak bychom vlastně udržovali stávající stav. Zjednodušeně řečeno, jedná se o protažení zkrácených svalů a posílení svalů ochablých. Je možné postupovat skrze změny pohybových stereotypů ke změnám patologických reflexů v segmentech. Nebo se postupuje cestou nespecifické mobilizace jednotlivých úseků páteře k postizometrické relaxaci k odstranění svalových spasmů. Tyto postupy jsou vždy kombinovány s prací s dechem. Těchto cest je celá řada a v mnohých se využívá poznatku, že po izometrické svalové kontrakci následuje svalová inhibice (F. Gaymans, 1973; K. Lewitt, 1975; E. Rychlíková, 1974, 1997). Rytmem kontrakce versus inhibice lze dosáhnout snížení svalového tonu, protažení zkráceného svalového vlákna a připravenosti klienta pro práci s tzv. terapeutickým problémem. Příslušné svalové skupiny, se kterými se aktuálně pracuje, musí kontrahovat vůči odporu za současného pohybu hlavy a očí do směru pohybu. Pracuje-li se ve dvojicích nebo větší skupině, pak se současně postupuje v rytmu aktivní pohyb versus pasivní pohyb. (Je nutno zdůraznit, že sanoterapeutické sety se neuplatňují ve smyslu ortopedické rehabilitace, ale v kontextu somatické psychoterapie. To znamená, že se nesetkáváme s kontraindikovanými stavy, jako je například osteoporóza, spondylitida atd.)

Jedním z prvních kliniků, kteří se zabývali segmentovou souvislostí vnitřních orgánů, svalů a kožních zón, byl H. Head (Headovy projekční zóny – vegetativní souvislosti svalových vláken s vnitřními orgány a projekce bolesti do příslušné kožní segmentové oblasti; Head, H.: On disturbed sensation with special reference to the pain of visceral disease. Brain, 16, 1983, 17).

Funkční obtíže v oblasti kloubního systému páteře (například spasmus dlouhých paravertebrálních svalů a svalů kolem intervertebrálních kloubů) mohou iniciovat poruchy v orgánových systémech. A naopak psychosomatické funkční obtíže vnitřních orgánových soustav se mohou promítat do kloubního systému páteře.

Existují také bolestivé signály v určitém segmentu, které mohou dokonce imitovat onemocnění toho orgánu, který je do tohoto určitého segmentu projikován. Týká se to některých typů bolesti v hrudníku, v břišní krajině i v pánvi. Jedná se o důsledek funkční poruchy páteře a následné reflexní změny. Například se to týká vertebroardiálního syndromu. Jedná-li se o bolesti v břišní krajině v důsledku funkčních poruch páteře a následných reflexních změn, je nutná důsledná diferenční diagnostika. Přitom je třeba věnovat pozornost hyperalgickým kožním zónám a svalovým spasmům na zádech, a to od střední úrovně páteře až po torakolumbální přechod. Při vyšetření přední stěny břišní zjišťujeme spasmus mm. recti abdom. a bolesti mimo zónu pupku. Zjistíme-li při bolesti břicha spasmus m. psoas a m. iliacus (blokuje torakolumbální přechod a rozsah pohybu sakroiliakálního

kloubu), pak lze uvažovat i o možných onemocněních některých orgánů dutiny břišní nebo pánevní.

A naopak orgánová onemocnění (ICHS, AIM, bronchopulmonální onemocnění, onemocnění jater a žlučníku, pankreatu, tlustého i tenkého střeva, ledvin a močových cest a gynekologická onemocnění) jsou doprovázena funkčními poruchami páteře a reflexními změnami v příslušných segmentech. Projevuje se i zvýšená bolestivost při palpaci kolem příslušných kloubních pouzder.

Bederní úsek páteře spolu s kostí křížovou je svým tvarem uzpůsoben nejen statické a dynamické funkci, ale i funkci nosné. Zakotven v konstrukci pánve (která představuje nosník a dolní končetiny jeho „sloupy“) se musí tento nosný systém vyrovnávat se silami gravitace.

Chceme-li porozumět příčinám svalových dysbalancí, bloků a spazmů, musíme vzít do úvahy i výchozí stav člověka v celistvosti. Znamená to určit konstituční typ, tzv. tonický typ (umístění člověka na dimenzi s póly hypertonicko-hypomobilní a hypotonicko-hypermobilní), zjistit převažující osobnostní charakteristiky, míru frustrační tolerance, míru jeho stresovanosti, emoční odolnosti a převažující copingové strategie při zvládnání zátěže. Analyzujeme převažující elementy obranných charakterových struktur a převažující psychické obrany. Také je nutné stanovit reaktivitu organismu. Stanovení reaktivity (to znamená analyzovat převažující typ reakce na stimulující podněty, ať se jedná o dotek, hudbu, či gravitační síly při polohování atd.) umožňuje zvolit nejúčinnější druh stimulace, intenzitu působícího podnětu, dobu jeho trvání, převažující místo působení atd. Stejně tak je důležité zjištění kvality spánku (subjektivní pocity klienta o dostatečnosti či nedostatečnosti spánku), kvality spontánní fyzické a psychické výkonnosti. Důležité je i zjištění charakteru únavy (rychlý, pozvolný nebo „odsunutý“ nástup) a míra schopnosti volným úsilím zvládat psychické napětí, které bylo vyvoláno emociogenními podněty. Rovněž zjišťujeme stav krevního oběhu, čili teplé či studené periferní části lidského těla (ruce, nohy, špička nosu), dále jakou barvu má kůže v obličeji, jak vypadá architektura dechové vlny a hloubka dechu, zda se jedná o zvýšenou sekreci potu nebo o fyziologický projev během dialogu apod.

Sanoterapeutický program ovlivňuje aferentní nervový systém, stimuluje produkci endorfinů, zahrnuje v sobě postupy, které mají myorelaxační účinek. V sanoterapeutickém programu jsou také zahrnuty postupy, které mají hypertermický účinek (například masáže, ať již klasické či reflexní) a tzv. sanoterapeutické pohybové sety, v nichž se střídají aktivní pohyby s pasivními, dále prostorová pohybová práce s mobilizačními prvky i s protahovacími prvky.

Výše uvedené části sanoterapeutického programu jsou doplňovány mj. nepřímými metodami, které posilují odpověď na stimulaci. Jedná se o práci s dechem (nádech facilituje, výdech inhibuje), dále o aktivaci vzdálených svalových skupin (Jendrassikův fenomén), protahování svalových vláken (protahování facilituje, zkrácení inhibuje) atd.

Následky uvedených postupů se pak projevují zlepšením prokrvením celého tělesného schématu člověka, zvýšenou resorpcí metabolitů látkové přeměny, zvýšeným přívodem obranných látek (povzbuzením specifických i nespecifických imunitních reakcí) a zrychleným tokem lymfy v lymfatických cévách, poklesem kyselosti tkání, spasmolytickým účinkem v kosterním svalstvu, zvýšenou cirkulací tepla i v periferních částech těla. Lokálním teplem (dalšími dílčími specifickými postupy ze strany terapeuta) lze také dosáhnout uvolnění ligament, fascií a kloubních pouzder. To vše je cesta k obnovení fyziologického nastavení biologických funkcí a obnovení přirozeného rytmu biochemických dějů.

Práce s bloky je náročná a je nutné mít vždy na paměti, že posturální a lokomoční systém jsou ve vzájemném vztahu, který nelze jednoduše označit jako vztah antagonistický. Pohyb vždy začíná ze stabilní pozice a v konečném důsledku v ní zase končí. Chceme-li změnit polohu, která je udržována posturálním systémem, musíme aktivovat lokomoční systém, který současně napomáhá inhibovat systém posturální. Ale dokončení pohybu a jeho následné zastavení je mj. i výsledkem opětovné facilitace posturálního systému. Míru koordinace činnosti těchto systémů negativně ovlivňují i psychogenní faktory. Stres negativně ovlivňuje úroveň anticipace změn v prostředí a tím i anticipaci určitého pohybového vzorce. To jen zesiluje nejistotu a navenek vyjádřenou labilitu.

V případě jemné motoriky (včetně její nejvyšší formy – psaní) a komunikace (gesta, pohyb mluvidel, pohyb hlavy) lze dokonce hovořit o synergickém vztahu.

V případě poruch svalové koordinace, v případě bloků v různých kloubních systémech tělesného schématu člověka, je nutné také zvážit míru poruch jednotlivých stupňů řízení dynamických pohybových stereotypů, které se mimo jiné vyznačují určitou jedinečností. Bazálními motorickými stereotypy jsou ty, které zabezpečují krokový mechanismus (v zátěži se mění vzorce extenze a flexe), úchop (v zátěži se mění vzorce extenze a flexe), hlas a žvýkání (v zátěži se mění motorické vzorce, které jsou spojeny s funkcí hlavy a krku), statiku a dýchání (funkce trupu a pánve). Například v emoční zátěži omezení dýchání především na hrudní dýchání vede k přetěžování krční páteře a šíjových svalů. Veškerá lidská činnost z těchto bazálních dynamických motorických stereotypů vychází (umožňují ekonomický pohyb s minimální spotřebou energie) a člověk v zátěži má tendenci svůj pohyb na ně omezit.

Pro stanovení míry svalové dysbalance, která ovlivňuje statiku a dynamiku páteře, se podle V. Jandy (1995) zjišťuje, zda se nejedná o dolní a horní zkřížený syndrom a o vrstvý syndrom (střídají se zóny hypertonických a ochablých svalů).

Do výše uvedených poruch se promítají i poruchy v různých úrovních řídicích systémů, kde nejvyšší instanci představuje osobnostní regulace.

Volní pohyb se neuskutečňuje v celém svém průběhu za účasti vědomí. V obsahu vědomí se v průběhu anticipace záměrného pohybu „uvědomuje“ kontext a záměr pohybu pro potvrzení účelnosti, smysluplnosti pohybu. Jeho obsah, pohybové vzorce jako možné varianty pohybu, jsou částečně v obsahu vědomí a částečně v obsahu podvědomí, ale vlastní pohybový program (matrice) a celý průběh pohybu je v obsahu podvědomí. To platí i pro vzpřímený stoj, pro držení těla. Jdeme-li po schodišti z jednoho poschodí do druhého, nejsme schopni si uvědomit, po kolika schodech stoupáme. Pro určení jejich počtu je musíme spočítat, čili uvědomit si celý průběh pohybu. To je doprovázeno uvědoměním si celého spektra pocitů, prožitků i jednotlivých reakcí. Stejně tak to platí i pro uvědomění si držení vlastního těla. Uvědomění si polohy vlastního těla ve vztahu ke gravitační síle i ve vztahu k okolním předmětům a lidem pomocí zpětné vazby se děje současně za uvědomování si prožitků, pocitů a reakcí vlastního těla v „přítomnosti“. Jestliže chceme cokoliiv změnit, ať již v dynamickém pohybovém stereotypu nebo v posturálním stereotypu, musíme „být zakotveni ve vlastním těle“, být „hic et nunc“, být v kontaktu se svými pocity a prožitky. Jen tak lze posílit motiv ke změně pohybu, postoje, držení těla atd. a překonat neobvyklé pocity z nové pozice či jiného tempa pohybu, a postupně si zafixovat a uložit modifikovaný pohybový vzorec apod. Jinak při aktualizaci nové formy držení těla, nového pohybového vzorce nezpracované možné nepříjemné pocity oslabí motiv ke změně a nový vzorec „vyhasíná“.

O tom, jak se člověk „cítí v mysli“, co prožívá, jaké je převažující i aktuální emoční naladění, vypovídá jeho celkový postoj (vzprámený stoj), způsob vykročení a dynamika vlastní chůze. Do všech těchto skutečností se promítá míra vnitřní integrity člověka, subjektivně prožívaná jako stabilita, která se zřetelně navenek manifestuje i mírou fyzické stability. Proto si všímáme nožní klenby, její symetričnosti, způsobu našlapování. Konfigurace lýtka zase vypovídá o tom, která noha je odrazová (na kterou více spoléhá); všímáme si výškové symetričnosti podkolenních jamek a postavení kolenních kloubů, postavení pánve a jejího sklonu při rotaci vůči ramenům, tonu gluteálních svalů (nižší svalový tonus se navenek projevuje níže postavenou gluteální rýhou), průběhu páteře a tonu paravertebrálních svalů. Zde se na chvíli zdržíme. Totiž svaly realizující posturální funkci jsou vývojově starší, méně unavitelné a více odolné vůči negativním faktorům, než svaly fazické (například svaly břišní). Ochablé svaly břišní „povzbuzují“ ke zkrácení svaly zádové. Oslabují se i svaly hýžděové. Důsledkem je nevhodné zatěžování lumbosakrální oblasti, vznik hyperlordózy bederní páteře a zvýrazní se i hrudní kyfóza. Vzniklý stav vede k přetěžování šíje a dalším problémům, o kterých jsme již v této studii psali.

Proto si musíme všimnout i postavení lopatek a odchylek od symetrie ramen i držení hlavy vůči trupu. Ochablé držení těla je časté také u lidí, kteří prožívají chronický stres.

Při chůzi si všímáme souhybu trupu, pánve a končetin (při spazmu zádových svalů se člověk pohybuje strnule). Dále si všímáme jistoty dolních končetin a různých forem omezení rozsahu pohybu. Stejně významné je to, zda člověk našlapuje na paty, či chodí po špičkách nebo po vnějších okrajích chodidel. A neméně důležité je zjištění, do jaké míry a jakým způsobem se člověk při chůzi „dívá“ do směru svého pohybu vzhledem k tomu, že pohyb je iniciován pohybem očí a hlavy. Důležité je sledovat, kde a proč je pohyb omezen a s jakou historií člověka je toto omezení spojeno.

Při sledování průběhu předklonu si všímáme plynulosti pohybu, jeho omezení a bolestivosti při pohybu hlavy a hlavu následujícího trupu. Dále si všímáme, jak se od sebe trny bederní páteře oddalují, zda se trup neodchyluje do strany, do jaké míry jsou zkráceny zadní skupiny stehenních svalů, zda je možné nalézt eventuální spazmy zádových svalů, blokádu sakroiliakálního kloubu a blokádu torakolumbálního přechodu.

Při sledování záklonu věnujeme pozornost plynulosti pohybu, jeho eventuálnímu bolestivému průběhu, dále přibližování se trnů obratlových a eventuální bolesti spojené s tímto přibližováním. Také je nutné věnovat pozornost možným blokům v cervikokraniálním přechodu, torakolumbálním přechodu a v sakroiliakálních kloubech. Jestliže se při záklonu objeví závratě, je nutné věnovat pozornost stavu vegetativního nervového systému v příslušném segmentu.

Při úklonu opět sledujeme plynulost pohybu, možná omezení jeho rozsahu a eventuální bolestivost. Konkrétně může jít o bolestivost hřebene lopaty kosti pánevní, bolestivost 12. žebra, blokádu torakolumbálního přechodu a spasmus nebo zkrácení zádových svalů.

Zvláštní pozornost pak věnujeme pánvi a jejímu sklonu a plynulosti rotace pánve vůči trupu, a svalstvu dolních končetin. Jedná-li se o šikmé postavení pánve, potom hledáme příčinu tohoto stavu a také vliv tohoto stavu na statiku páteře.

Pohyb je elementárním projevem života a pomocí pohybu se realizuje adaptace na permanentně se měnící podmínky vnějšího i vnitřního prostředí a na výsledky jejich permanentního střetávání. Pohyb ovšem současně změny vyvolává. Pohyb také realizuje komunikaci, bez které by život nemohl existovat. Pohybový aparát je největším spotřebitelem

energie, a tak má podstatný vliv na metabolické pochody. Pohybový aparát současně působí i jako periferní oběhová pumpa a při nedostatečném pohybu se mimo jiné projevuje tato skutečnost snížením krevního oběhu. Existuje úzký vztah mezi rozvojem jemné motoriky a rozvojem obecné intelektové schopnosti. Psychická aktivita příznivě ovlivňuje pohybovou aktivitu a naopak. Toho se využívá v sanoterapeutické praxi. Je-li narušen propioceptivní informační systém, lze jej částečně nahradit zesílenou aferencí optickou, akustickou, haptickou a manipulačně kinestetickou.

V pohybu se v každém okamžiku integrují volní i mimovolní pohybové akty (zejména mimovolní pohybové akty posturální, dechové a nutriční).

Zejména dech má úzký vztah k celkové motorice, protože ovlivňuje iritabilitu motoneuronů a ovlivňuje i celkovou rovnováhu – při průběhu nádechu a výdechu se mění tvar hrudníku a tím i zakřivení páteře a postavení pánve. Motorika respiračního systému má tu zvláštnost, že je řízena jak mimovolně (vegetativním nervstvem), tak i z oblasti CNS volním způsobem.

V obecné rovině lze uvést, že existují dva okruhy pro řízení volní motoriky. Jeden pro řízení hybnosti končetin a hybnosti v ose těla (hlava, páteř, pánev). Druhý řídicí okruh je určen pro řízení jemné motoriky a je uložen v neokortexu. Tento řídicí okruh zabezpečuje i tzv. sdělovací motoriku (řečové orgány, svalstvo mimické a gestikulační).

Jakákoliv jemná motorika však vždy využívá pohybové i posturální systémy současně.

Jestliže bychom věnovali pozornost vývojovému aspektu motorického chování, potom bychom museli konstatovat, že již v období nitroděložního života z genetického základu generují bazální pohybové rámce (určitá organizační struktura) pro pozdější tvorbu pohybových vzorců. Ty se pak podle motivu pohybu, záměru pohybu, uspořádávají do složitých pohybových programů (matric), které směřují k míšním motoneuronům přes interneurony. Vzhledem k tomu, že plod ještě není vystaven přímému vlivu gravitační síly, může se posturální a pohybová funkce plně rozvíjet teprve po narození dítěte. Rozvíjejí se na podkladě permanentního toku propioceptivních, interoceptivních, exteroceptivních a mnohdy i nociceptivních informací.

Posturální motorická ontogeneze se zahajuje ze struktur limbického systému. To má svůj závažný význam, protože posturální reflexy jsou po narození dítěte provokovány vnějšími objekty, které jsou pro dítě z nějakého důvodu „zajímavé“. Zraková fixace takového objektu dítětem v něm vyvolá nepodmíněný orientačně pátrací pohyb spojený s nutnými polohovými reakcemi jako důsledek změny těžiště. V tom okamžiku se také zapojuje vegetativní nervový systém, protože je nutno mimo jiné spustit ty metabolické pochody, které zajišťují energii pro následný pohyb. To vše současně posiluje motivaci pro pohyb (jednoduše řečeno, dítě „má na to“, aby pohyb uskutečnilo) a záměr pohybem dosáhnout zajímavého objektu a „uchopit“ tento objekt, ať již ústy, rukama nebo i nohama.

Postupně se rozvíjející lokomoce, toto postupné otáčení se, plazení se a lezení, stejně jako pozdější klečení a stoj a následné vykročení, je spojené s neustálými přesuny těžiště. Přesun těžiště akceleruje rozvoj posturálních funkcí hlavy, páteře a pánve i dolních končetin. Ve své bazální podobě je tato fáze vývoje posturálního subsystému dokončena zhruba po třetím roce existence jedince, kdy dítě je již schopno udržet stabilní stoj i na jedné noze. V další fázi vývoje celého pohybového systému pak pokračuje ontogeneze zejména jemné motoriky, která je ve své základní podobě završena po dokončení zrání mozečku, což je zhruba po šestém roce existence jedince. V další fázi akceleruje rozvoj nejen její manipulační funkce, ale i funkce komunikační.



Jestliže v průběhu vývoje jemné motoriky, vývoje posturálního subsystému a lokomočního subsystému atd. je dítě stresováno, deprivováno, emočně zraňováno, negativně se to projeví i v celém pohybovém systému. Postižena je senzomotorická koordinace, rozvíjí se svalová dysbalance, funkční změny ve statické a dynamice páteře, ve vztahu páteř-pánev apod. Objevují se spazmy, blokády kloubních systémů a v souladu se specifickou strukturou osobnosti konkrétního člověka jsou potom položeny základy i pro převažující element obranné charakterové struktury.

Jak jsme již uvedli v předchozích odstavcích, neokortex neřídí jednotlivé svalové skupiny, ale určuje kontext pro smysluplný a účelný pohyb, což předpokládá anticipaci, která je zase předpokladem plynulého pohybu. Musí být aktivovány asociační oblasti mozkové kůry pro konstituování záměru (člověk „ví“, co má dělat a proč „to“ má udělat), dále se aktivují motorické okruhy kortikálně subkortikální a limbický okruh (minulá zkušenost, emoční pozadí, posílení motivu, „výzva“ vegetativnímu centru v hypotalamických jádrech pro spuštění metabolických pochodů zabezpečujících energii pro pohyb atd.). Do akce se zapojují senzorické systémy, přinášející do subkortiko-kortikálních okruhů informace o eventuelních změnách v prostředí, které člověka obklopuje. Další informace přicházejí z vnitřního prostředí a vypovídají o jeho aktuálním stavu. Do tohoto dění pak vstupuje osobnost a osobnostní regulace kontinuálního pohybu nebo jeho změn. Osobnost určuje významnost změn a strategii pro udržení či změnu dosavadního plynulého pohybu. Ostatní postupy, včetně zaužívané taktiky, se realizují převážně na neuvědomované úrovni. Ovšem do obsahu vědomí vstupuje výsledný pohybový projev jako celistvý fenomén a je pro člověka zdrojem informací o stavu jeho vnitřního prostředí. To lze v zájmu klienta využít i v sanoterapii. Vedeme-li klienta například k velmi pomalému pohybu, člověk se více zaměří a koncentruje na své vlastní nitro, je více otevřený informacím, které v tomto kontextu intenzivněji proudí do obsahu vědomí, a na jejich základě je schopen i hlubšího sebepoznání.

Dokonce lze prolongovanou stimulací určitých spouštěcích zón vyvolat nezávisle na vůli člověka geneticky zakódované elementární i globální pohybové vzorce, které se uplatňovaly v rané ontogenezi hybnosti a které představovaly bázi, na níž se vyvíjely pozdější individuální motorické vzorce a programy hybnosti konkrétního člověka.

Nejprve se objevují izolované záškuby, které pak přecházejí do „tápavého“, nejistého, ale plynulého pohybu. Tento pohyb má svůj zákonitý průběh a vyústí do otáčení, vzpřimování se, až po lokomoci. Také záleží na poloze těla, ze které se při stimulaci vychází.

V poloze na zádech směřuje odpověď k flexi končetin a k otáčení se kolem osy (hlava, páteř, pánev) s tendencí směřovat do vertikální pozice. Z polohy na břicho směřuje odpověď na stimulaci k lokomoci a k posturálním reakcím v souvislosti se změnou těžiště, což vlastně simuluje pohyb, který se uskutečňoval, když jsme byli kojenci (specifická forma lezení a vzpřimování se – na tomto principu je založena neobyčejně úspěšná restituce motorické funkce podle V. Vojty, 1993). V pozici na boku lze vyvolat akci, která vlastně simuluje pohyb, jenž jsme realizovali v porodní cestě při vlastním narození. Tohoto faktu se využívá v terapii (rebirthing).

V závěru k tomu, co bylo v této kapitole doposud uvedeno, je možné dodat, že v sanoterapii se věnuje pozornost i uvolňovacím postupům orientovaným „do všech směrů“, které kloubní systémy dovolí. Vliv tahu a tlaku na tyto kloubní systémy je mnohoúrovňový; zlepšuje se prokrvení, což znamená zlepšení odvodu produktů metabolismu, větší přísun energie a obranných látek atd. To s sebou přináší i zlepšení v produkci synoviální tekutiny a tudíž i lepší mechanické vlastnosti kloubních systémů. Dále se posiluje informační tok z proprioreceptorů, a

tím se také rozvíjí dynamika motorických stereotypů a připravuje se tak „půda“ pro následující specifické postupy a sanoterapeutické sety. Polohováním a protahováním zkrácených svalových skupin se současně aktivují ochablé antagonistické svalové skupiny a zmírňuje se svalová dysbalance. To vše současně otevírá cestu k práci s chybnými posturálními návyky. Pohybový systém má totiž k dispozici kompenzační, substituční mechanismy, které umožňují, aby například ochablý sval byl do určité míry zastoupen svalem jiným. Zapojením vědomého, volního úsilí klienta do práce se sebou samým při posilujících postupech pak zaručuje, že pro danou oblast bude kontrahován, protahován nebo naopak relaxován fyziologicky příslušný sval a nikoliv jeho náhradník. Umožňuje to obnovit posturální funkci a zabránit posturálnímu systému v produkování nových chybných posturálních návyků. Tak lze dosáhnout relativně trvalé změny. Ta je podepřena doprovodným efektem v podobě pocitu větší vitality a subjektivního pocitu síly (blíže viz ve svých významných publikacích F. Véle, 1998, 2006).

Nelze jednoduše bezprostředně manipulovat se svaly, které se podílejí na blokaci určitého pohybového segmentu. Nejprve je nutné „odblokovat“ obranné reflexy, které se paradoxně aktivují v případě nastupujícího úsilí o protažení zkráceného svalu, kterým organismus vlastně „škodí“ sám sobě.

Všechny výše uvedené postupy se realizují za současné práce s dechem a v řadě případů také za současného využití účinků hudby.

V souvislosti s muzikoterapií se ve stručnosti pokusíme dát odpověď na takové otázky jako například: O které mechanismy v lidském mozku se opírá léčebný účinek zvukových vibrací, léčebný účinek hudby? Jak to, že hudba příznivě ovlivňuje krevní tlak, tepovou frekvenci, dechový rytmus a bioelektrickou aktivitu mozku? Jak to, že hudba na interních odděleních nemocnic snižuje spotřebu sedativ a pacienti při hudbě lépe snášejí chirurgické zákroky a jsou klidnější, působí vyrovnaněji a mají méně pooperačních komplikací? Jak to, že hudba může regulovat rytmus spánku a bdění?

Všeobecně je známo, že rytmy a tóny příznivě ovlivňují metabolické cykly a synchronizaci bioelektrické aktivity celého mozku. Je také vědecky prokázáno, že již embryo je schopno pro sebe příznivým způsobem reagovat na klidový tep matčina srdce.

Rytmy a tóny mohou také být velmi rychle „transformovány“ v pohybovou aktivitu. Úzké propojení sluchových korových zón a motorických korových zón je v popředí zájmu terapeutů. Rytmičká hudba (dvoučtvrtový a čtyřčtvrtový takt) příznivě ovlivňuje psychomotorickou koordinaci. Dokonce i u pacientů po mozkové mrtvici nebo s Alzheimerovou demencí hudba zlepšuje koordinaci dolních končetin a příznivě tak ovlivňuje plynulost pohybu. Navíc je zde šance pro zapamatování si těchto rytmů a možnost podle potřeby si je znovu vybavit a pohybovat se v řádu podle nich. Samozřejmě že tato aktivita mozkových mechanismů příznivě ovlivňuje funkci mozku jako celku. Aktivují se kompenzační mechanismy, které umožňují překlenout postižení dílčích funkcí, vzniklých v důsledku poškození určitých úseků pracovních konstelací neuronů.

Vše, co se děje v orgánových soustavách, má charakter cyklického vlnění v určitém rozmezí, které je geneticky nastaveno. To mj. dává šanci pro pružnou adaptaci na permanentně proměnlivé prostředí.

V relaxovaném stavu se průběh těchto dějů nejvíce přibližuje k ekvilibriu, k fyziologickému nastavení relativně optimálního fungování konkrétního člověka (tento „stav“ je subjektivně prožívaný jako „stav“ well-being). Pojmenování „stav“ jsme dali do uvozovek vzhledem

k tomu, že tím máme na mysli určité rozmezí, v němž se mění frekvence vln. Jinak řečeno, stav well-being není na biologické úrovni nějaká stabilní frekvence. Naopak jestliže „zamrzne“ například srdeční rytmus v nějaké stabilní abnormální frekvenci, může to v konečném důsledku vést ke kardiovaskulárním obtížím. Existují však muzikoterapeutické programy, v nichž směs melodií s měnícím se rytmem nejprve uklidňuje mysl, „rozpouští“ úzkost a poté rytmem blízkým fyziologickému rytmu srdce „působí“ tak, že se i srdce postupně „připojí“ a upraví svoji činnost do fyziologické podoby. Melodie v těchto programech dávají prostor k postupnému návratu biorytmů do sledu, který odpovídá fyziologickému nastavení. A potom je větší šance pro to, aby se člověk introspektivní cestou mohl dostat hlouběji do svého nitra a lépe tak poznal sebe sama.

Zvuková vibrace, zvukové vlny působí nejen na sluchový receptor, ale na buňky celého těla. Vědomě vnímáme zvuk zhruba v rozsahu od 16 do 20 000 Hz, ale to, co „slyšíme“ skrze lebku a tělesný povrch, vědomě neregistrujeme. Akustické zatížení organismu je velké a problém spočívá v tom, že například silného toku vizuálních informací se zbavíme zavřením očí, kdežto nadměrné akustické zátěže se tak snadno zbavit nelze. Hluk působící dlouhodobě na organismus vyvolává psychosomatické obtíže nebo psychické poruchy neurotického rázu. A nejen hluk, ale i některé druhy hudby mohou vyvolávat zdravotní obtíže. Zejména se to týká rytmu, který probíhá podle schématu: krátce, krátce, dlouze, pauza. Tento přerušovaný takt vyvolává v komunikačním systému buněk chaos, což může vést k oslabení adaptačních mechanismů organismu, při dlouhodobém působení i k oslabení imunitního systému a ke stavům vyčerpanosti. Problémem je i ta skutečnost, že naše hlasivky mají tendenci podvědomě se pohybovat jako odezva na pohyb hlasivek zpěváka, což představuje silnou zátěž zejména při sledování zpěváka při playbacku. Při sanoterapeutické práci s hlasivkami se vychází ze skutečnosti, že hlasové charakteristiky jsou jednak ukazatelem zdraví člověka a jednak skrze ně je možné zdraví ovlivňovat. Každé emoční napětí, stres se promítá do kvality hlasu, do jeho barvy, atd. Na druhé straně lze posilováním hlasivek, trénováním hrtanu zpětně ovlivnit psychiku. Dokonce je možné dát šanci k projevení některých osobnostních charakteristik (viz bojový pokřik k překonání strachu, hlasité povzbuzování sebe sama při realizaci vlastního potenciálu ve výkonových testech atd.). Jindy lze otevřít cestu k hlubší introspekci (viz gregoriánské zpěvy) atd.

Člověk, jeho atomy, molekuly, buňky mají vlastní frekvenci a člověk jako celistvá lidská bytost má svoji vlastní frekvenci s vlastním základním tónem. Také je součástí elektromagnetického vlnění země atd. Ale to by již byla jiná kapitola pro jinou studii.

### III. ZÁKLADNÍ CÍLE A FORMY KONTAKTU TERAPEUTA S KLIENTEM V SOMATICKÉ PSYCHOTERAPII, VČETNĚ SANOTERAPIE

#### III.1. Program somatické psychoterapie – sanoterapie

Program somatické psychoterapie – sanoterapie v obecné rovině sleduje tři cíle:

**1. diagnosticko-anamnestický cíl:** psychodynamické postupy; analýza pohybu, výrazu, bloků, elementů převažujících obranných charakterových struktur, kontextová analýza, emoční zkušenost a její zakotvování v tělesném schématu, projektivní vyhodnocení;

**2. katartický cíl:** na zážitek orientovaná práce; pohyb, tanec, atd.; na konflikt orientovaná práce; dech, hlas, imaginativní katarze, zážitek otevření, zážitek uzavření, zážitek podržení se, zážitek odevzdání se atd.;

**3. integrativně stabilizační cíl:** objasnění psychodynamiky vztahů skrze korigovanou emoční zkušenost; reflexe se zřetelem na kontext, objasnění přenosových konstelací, obran, obnovení integrativní funkce „já“ atd. Obnovená integrativní funkce „já“ má své konkrétní vyjádření v psychosomatické stabilitě; skrze stabilizované „já“ se zvýrazňuje úloha „ty“ v procesu formování „my“, v němž se utvrzuje smysl existence „já“, a formování vztahu „my“ a „oni“, v němž se zase ozřejmují egoistické elementy „já“ (viz například jejich realizace v hostilním nebo avidním chování, v mezilidských vztazích) a empatické elementy „já“ (manifestující se v mezilidských vztazích, například v afiliativním chování).

#### A. Základní schéma pozorování v somatické psychoterapii, včetně sanoterapie

- Věk, pohlaví, doba trvání poslední terapie
- Zdraví (komplexně, zdravotní problémy prezentované, důvod, proč byla zahájena terapie)
- Zaměstnání (kde je zaměstnán, jeho situace v zaměstnání, zařazení...)
- Životní situace (stav, děti,...)

#### B. Somatická diagnóza

a) **tělesná stavba** (popis fyzického vzezření, výška, vlasy, popis zvláštností)

b) **svalové napětí** (vysoké, nízké, normální – obličej, šíje, trupu, pánve, končetin)

c) **dýchání** (převládající tendence – inhibovat výdech nebo nádech, celkově mělké dýchání, který segment je více v pohybu – hrudník, břicho, další zvláštnosti jako paradoxní dýchání apod.)

d) **kvalita impulzu:**

podle času – příliš rychlý, nebo pomalý (v odpovědích...)

podle síly – s tendencí příliš intenzivně, nebo nedostatečně užívat svůj potenciál

podle prostoru – je převážně přímý a zaměřený, nebo nepřímý a nezaměřený

podle toku, proudění – má tendenci být přeplněný (overcontained) nebo příliš uvolněný, prázdný (overreleased)

e) **posturální charakteristiky**

Klientovo držení těla – ve stoji, vsedě, vleže (mnohdy mají lidé v různých polohách různé držení těla).

Zaznamenání posturální preference – flexorů, extensorů a abduktorů, adduktorů (tedy například tendenci se otevřít nebo uzavírat...), specifika v rotaci končetin, páteře.

Zaměřit se na pozorování těla v kontextu doteků, kontaktů – tíhne k dotykům, odtahuje se, bojuje (proti)...

f) **spektrum interakce** (s terapeutem)

Klient má tendenci vést sezení, nebo očekává impuls od terapeuta atd.

g) **ektodermální, mezodermální a entodermální vztahy a souvislosti**

h) **bloky, spazmy, elementy obranných charakterových struktur. Struktura, štěpení v tělesném schématu, disproporce atd.**

## C. Charakterová diagnóza

### Charakterové tendence

Zaznamenat stručně převládající obranné charakterové tendence (taky ve vztahu, v kontaktu s jinou osobou).

a) problémy vztahu k primárnímu objektu

b) problém existence – právo na existenci (klientova tendence)

c) problém orality – právo na potřeby

d) problém autonomie – právo na nezávislost

e) problém vůle a kontroly – právo na svobodnou volbu, rozhodování

- f) problém sexuality a erotiky – právo na lásku
- g) problém se zráním – právo být dospělý a chovat se dospěle
- h) práce s životním scénářem – („nikdy si nenajdu vhodného partnera“, „nikdy nebudu mít dobré zaměstnání“, „lidé mne nemají rádi“, ...)

### **Důležité okamžiky ze životní historie klienta a raná vzpomínka**

Klíčová traumata, události z dětství, které mohou být závažné pro pochopení problémů klienta a strukturace jeho charakteru, v relaci s jednotlivými fázemi vývoje. Co se odehrávalo v období děložního života (vztahy mezi otcem a matkou...), v průběhu porodu, při kojení, při prvních krůčcích, jak probíhalo období puberty a adolescence, první zájmy o druhé pohlaví atd. (opuštěnost, citové strádání, vzdor, vina, nejistota, závislost, pocity méněcennosti, odpor, stud atd.). V sanoterapii se pracuje s ranými vzpomínkami klienta. Raná vzpomínka je silně poznamenána subjektivitou klienta a vzhledem k tomu, že se nejedná o pouhou reprodukci, ale o konstrukci, která je bytostně jemu vlastní a nikoliv něco implantovaného, má i svoji klinickou hodnotu. Nepřesnosti v ní, oproti minulé realitě, souvisejí s následně vyvinutou osobnostní strukturou a s aktuálními potřebami i postoji dospělého člověka. Vzpomínka také může překrývat emoční zranění, konflikty, bolestivé prožitky opuštěnosti a negativní emoce vůči rodičům v dětství klienta a současně utvrzovat v něm přesvědčení o jeho vlastní sociální kompetenci mezi lidmi. Nebo naopak v něm může potvrzovat pocit jeho vlastní bezvýznamnosti. Ve vzpomínce, v jejím obsahu jsou zvýrazněny ty elementy, které souvisejí pro člověka s podstatnými aspekty reálné události, ať již se jedná o první reflektovaný úsměv, pohlazení, libost nebo pozdější vztahové problémy v konkrétních životních situacích (s rodiči, s autoritami, s vrstevníky atd.), vždy je v nich silný emoční akcent. Vzpomínka může být posilující, povzbuzující, potěšující a člověku může pomoci při řešení nějakého aktuálního problému oživením v něm takové, jemu blízké, strategie řešení problému, která se mu již dříve osvědčila. Nebo to mohou být vzpomínky spjaté s trýzní, nenávistí, neurotickým studem, neurotickou vinou atd. Potom je její obsah filtrovaný psychickými obranami a aktuálním psychickým stavem vzpomínajícího, jeho současnými postoji, zkušenostmi tak, aby význam reálné události byl posunut ve vědomé vzpomínce člověka do snesitelné roviny. A tady je možnost účinné terapeutické intervence ve prospěch klienta. Protože mezi vzpomínkou, v jejíž obsahu je reálná životní událost bez zkreslení, a vzpomínkou, ve které došlo k významovému posunu v jejím obsahu oproti reálné události, přetrvává asociační vztah. Závěry z výzkumů raných vzpomínek vypovídají o skutečnosti, že lidé s psychickými obtížemi mají oproti lidem relativně zdravým statisticky významně vyšší procento negativních emocí a nízkého sebehodnocení. Méně rozumí sobě i druhým lidem.

### **D. Prognóza**

Jedná se o velice důležitý bod: o hledání kvalit, vlastního potenciálu, okolních zdrojů ve skryté či otevřené a dostupné formě – pro „členění“ problémům a ve prospěch klienta.

1. Co přináší klient do terapeutického vztahu?
2. Stručný popis strategie terapeuta při práci s klientem (na proces orientovaná stránka terapie):
  - a) strategie práce s jeho emocionálním systémem

- b) strategie práce s jeho behaviorálním systémem
- c) strategie práce s jeho kognitivním systémem
- d) strategie práce se strukturou rodiny klienta, se strukturou mikrosociety klienta, ve které problém vznikl
- e) strategie práce s jeho osobnostní strukturou

3. Jaké emoce vyvolává terapeut v klientovi (přenos)?

4. Jaké emoce vyvolává klient v terapeutovi (protipřenos)?

(pozitivní, negativní, neutrální, nic, agresivitu, nudu, spánek, chuť odejít, vzít jej do náruče...)

5. Které kvality terapeuta mohou být hodnotné pro posun či změnu u konkrétního klienta?

### III.2. Přínos bezpečného a jistého terapeutického prostředí

V terapeutickém bezpečném a jistém prostředí je prostor pro odreagování psychického napětí, skryté agrese a zlosti, ale i smutku, truchlení a hoře, když život člověka poznamenávají různé podoby ztrát. Ale dramatická atmosféra terapeutického prostředí musí být vždy v procesu terapie zpracována tak, aby celé to bouřlivé a neklidné dění bylo v konečném důsledku smysluplné a prospěšné pro klienta a vedlo ho to k posilování vlastní cesty k sebeakceptaci, k sebedůvěře a k emoční stabilitě.

Zážitek bezpečného a jistého prostředí usnadňuje člověku v roli klienta seberejevování a vyjadřování emocí a citů, včetně doprovodných vegetativních projevů a somatických manifestací. Tato stránka terapeutického procesu musí být propojena s racionální stránkou, s kognitivním náhledem tak, aby se mohla zkušenost propojit s poznáním a tím se stát pro člověka prospěšnou v dalších etapách jeho života.

V terapeutickém, bezpečném a jistém prostředí je šance pro otevření se původně skrytým a sobě nepřiznaným motivům jednání, tužbám (obtížně zvladatelné touhy přinášejí mnohdy člověku strádání až utrpení), postojům a názorům. Ovšem aby tato konfrontace s obsahy vlastního stínu, s jeho potenciálem byla pro člověka smysluplná a užitečná, musí být spojena se zpracováváním těchto obsahů a s jejich pochopením ze strany klienta.

Při navazování terapeutického kontaktu s člověkem, který požádal terapeuta o pomoc, je samozřejmostí kongruence a empatie v projevech terapeuta, afiliativní chování, přirozený respekt k člověku (například ani v myslí nelze stigmatizovat člověka jako „neurotika“, protože klient jako člověk se vyznačuje ještě mnoha dalšími stránkami než pouze nemocí apod.). Stejnou samozřejmostí musí být zachovávání tří elementárních terapeutických „T“ (Trpělivost, Tolerance a Tvůrčí mysl terapeuta), dále porozumění (které neznamená automaticky souhlasit s tím, co člověk v roli klienta sděluje) a dobrá sebekázeň (jestliže například terapeut pocítí nudu, když mu klient něco sděluje, není nuda v terapeutovi klientův problém, ale terapeutův problém, se kterým musí bezprostředně pracovat).

Pouze při naplňování výše uvedených předpokladů je šance pro přechod od terapeutického kontaktu k dobrému terapeutickému vztahu, což prakticky znamená vytvoření právě bezpečného a jistého prostředí pro klienta. A pouze v takovém prostředí je pak v procesu terapie reálná šance, aby klient dosáhl posunu či relativně trvalé pozitivní změny ve své psychice, a tím i v kvalitě svého života.

### III.3. Slovo v terapeutickém vztahu terapeuta a klienta

Slovo je základním nástrojem psychoterapeuta. Proto by si jich měl vážit a uvážlivě je používat. Metaforicky řečeno, máme dvě uši a jedna ústa. To znamená, že jsme disponováni k tomu, abychom více naslouchali druhému člověku a méně hovořili. Terapeut se musí umět vyhýbat větám, které by mohly vést k nedorozumění a ke ztrátě důvěry v terapeuta. Například: „Vy nikdy...!“ versus „Vy vždycky...!“; „Uklidněte se, prosím vás!“; „Budeme se chovat jako dospělí lidé!“; „Předpokládal jsem, že to bude pro vás jasné!“; „Tak to v žádném případě nepůjde!“; „Chápu vás, ale...!“; „To nedává smysl!“; „Nemělo by být pro vás obtížné v tomhle se změnit!“; „Jak je možné, že...!“; „Neberte si výroky osobně a neskákejte do řeči!“. Raději než uvedené výroky používat, lépe je nechat klienta sdělit vše, co potřebuje sdělit, a nezaujímat ani útočný, ale ani obranný postoj. Důležité je i umění pracovat s tichem. Pro terapeutický proces je důležité, aby terapeut citlivě a klidně zjistil, kde došlo k nedorozumění v dialogu s klientem, srozumitelně takový úsek znovu vysvětlil a navrhl konkrétní řešení. Současně musí naslouchat přání klienta, které v takovém „nedorozumění“ může být zakomponováno. V případě, že nedorozumění je doprovázeno negativními emocemi, potom ze strany terapeuta je nutné postupovat například v následujícím kontextu: „Vidím, (eventuálně slyším) a chápu, že se zlobíte.“ Tím je potvrzeno uznání, že klientův negativní pocit je legitimní. V další fázi dialogu terapeut pokračuje: „Chci vám pomoci, zajímá mě váš názor, protože řešení problému je naší společnou záležitostí.“ Takto dává terapeut klientovi najevo, že se nezlobí, je na jeho straně a má čas na řešení jeho problému. Jestliže se nedaří zmírnit negativní emoce, potom je nutné říci: „Nemohu pro vás zatím nic udělat jestliže...“ (následuje popis toho, co brání další komunikaci a jakou změnu na obou stranách je potřebné udělat, aby dialog byl konstruktivní). Když ani potom není dialog konstruktivní, potom je vhodná věta: „Navrhuji, abychom se sešli později, protože bych rád s vámi problém ještě jednou probral...“ Tím dává terapeut najevo, že je připravený dál pracovat ve prospěch klienta a klient má možnost později v terapii pokračovat.

### III.4. Některé bazální otázky zahajující terapeutický proces:

1. „*Co Vás ke mně přivedlo?; Co se stalo?; Co se děje?; Co potřebujete?*“

Častými odpověďmi jsou odpovědi typu: „*vše se proti mně spiklo, za vše může zlý osud, nikdo mně nepomůže, na všechno jsem sám...*“.

Jedná se o zjištění toho, co klient považuje za fakta ze svého života, jaká je míra možného zkruslení ve vzpomínkách klienta a co je vlastně skutečností. Dále, co je v základu současného paradigmatu uvažování klienta o sobě a o světě, který ho obklopuje, o jeho směřování k určitým životním cílům a jejich nenaplňování, co ho na této cestě blokuje, zraňuje, ponižuje apod., kdo by podle názoru klienta na této jeho cestě životem neměl být a je



tam, či naopak, kdo by podle klienta měl stát při něm na této jeho cestě životem, ale není tam atd.

2. *„Co jste v té situaci (situacích) cítil a prožíval? Jak jste se vnímal?“*

Klient mnohdy sdělí, že se již delší dobu cítí jako obětní beránek, vůl, netvor, princezna apod., což terapeutovi poskytuje řadu možností, kterým směrem v terapii u konkrétního člověka vykročit. Bohužel někdy začínající terapeuti zůstávají „pouze“ u otázky zaměřené na emocionalitu, na symptomy a „zapomínají“ na člověka, který si tento prožitek a pocit nese.

3. *„Co bylo přitom pro Vás nejtěžší a nejhorší chvíle Vašeho života?“*

Tato otázka je předstupněm k cestě na samotné dno tak, aby se mohl klient ode dna odrazit a směřovat k uzdravení. Tato cesta není snadná, mnohdy dopad „na dno“ je doprovázen bouřlivými emočními a somatickými reakcemi. Ovšem v terapii je to cesta nezbytná, chceme-li člověka inspirovat a mobilizovat k cestě, na níž by se postavil „na svoje dospělé nohy“, změnil postoj k sobě i ke světu a převzal tak odpovědnost za svůj život. Není šance k uzdravení se, jestliže by člověk neustále balancoval nad propastí na pružném laně a neustále měl pocit *„ještě chvíli to snad vydržím, ale já už fakt nemůžu... ještě chvíli to musím vydržet, ale já se již neudržím...“*.

4. *„Co se nyní děje ve Vás? Co cítíte, co prožíváte? Jak se právě nyní vnímáte?“*

Tyto otázky směřují k zakotvení klienta do přítomnosti. Je to cesta od slov, od abstrakt, od možného histriónského úniku klienta do virtuálního světa apod., do světa reálného, ke konkrétním jevům „hic et nunc“. Je to cesta k vydechnutí, k porozumění tomu, co bylo doposud v terapii sděleno, cesta k posunu, ke změně, k tomu, aby se člověk cítil lépe.

5. *„Co můžete, přes všechny těžkosti a strádání, sám pro sebe udělat a v čem Vám, podle Vás, mohu já pomoci?“*

Tato otázka směřuje k vyhledávání možných zdrojů a potenciálu klienta (hardiness, self-efficacy, LOC, SOC atd.) pro zvládání zátěže. Výše uvedená otázka současně směřuje k získání informací pro volbu dalšího terapeutického postupu, který by klienta inspiroval k řešení jeho problému.

### **III.5. Zvládání agresivních námitek**

- nebrat je osobně
- legalizovat námitky = chápu, že je to pro vás významné, podstatné... jsem rád, že se na to ptáte!, nikoliv negovat názor, námitku
- nebojovat, zachovat klid
- vyjádřit empatii = rozumím tomu, že z vašeho úhlu pohledu to tak může být... chápu, že to tak můžete vidět...
- udělejte z námitky otázku = co vás k tomu přivedlo?; proč si to myslíte?

- vyjádříte respekt = je to sice neobvyklý pohled na věc a já ho respektuji, i když můj pohled je jiný
- parafrázujte = vy tedy potřebujete vědět, že...
- projevte souhlas s tím, s čím (byť dílem) souhlasit se dá
- podávejte stručná jednoznačná vysvětlení
- uvádějte příklady efektu takového postupu, který jste jako terapeut zvolil
- korektně přerušte „mlácení prázdné slámy“ = promiňte, že vás přerušuji, ještě jsem se chtěl vrátit k tomu, co jste řekl před chvílí...
- oceňujte = to, co říkáte, je důležité, výstižné, zajímavé atd.
- odsuňte, co potřebuje čas = vrátíme se k tomu na závěr

V terapii je nutné počítat také s lidmi, kteří jsou orientováni na sebe a zpočátku pomáhají věty jako: „vy sám z toho budete mít užitek“; jiní jsou zase orientováni na druhé: „pomůže to i vaší rodině, skupině...“; někteří jsou internalisté: „záleží jen na vás...“; externalisté: „takový postup měl svůj efekt u lidí s dg. ...“; jiní jsou orientováni na podobnosti: „funguje to stejně jako...“; na rozdíly, na specifika, na jedinečnosti; na dosahování cíle (lze nabídnout řešení jako výzvu); na příležitosti: „nyní je příležitost spojit...“; na budoucnost: „tato náročná cesta je cestou, která přinese relativně dlouhodobý efekt“; na detaily: „konkrétně se jedná o následující kroky...“ atd.

V dialogu s klientem terapeut musí také naslouchat klientovi, klást objasňující otázky, parafrázovat to, co slyší, potvrzovat oprávněnost pocitů, potřeb, náhledů, názorů klienta, mluvit jasně, srozumitelně jazykem, kterému druhá strana rozumí, vážit slova, dodržovat slovo, sumarizovat informace tak, aby to bylo oboustranně uspokojivé a odráželo to zájmy obou stran a neztratil se v dlouhém dialogu smysl řečeného (například: „mohli bychom nyní udělat dílčí závěr k...“). Sezení má být zakončeno pozitivně, s vyjádřením důvěry klientovi. Naslouchání musí působit uvolněně, terapeut by se neměl rozptylovat, neměl by dopustit nudu, ale měl by se dívat na „věci“ sdělované klientem z hlediska klienta a přitom být objektivní ve své subjektivitě. Měl by být trpělivý, tolerantní, s přirozeným respektem ke klientovi jako k člověku, nikoliv brát klienta jako diagnózu.

Výroky terapeuta by měly být v kontextu sezení: stimulující: „pokračujte prosím, zajímá mě to; poslouchám vás“; objasňující: „co je v dané situaci pro vás nejdůležitější; jaké řešení byste viděl...“; parafrázující: „takže vy byste vlastně potřeboval...“; „pokud tomu rozumím dobře, potřebujete...“; empatické: „chápu, že je to pro vás nepříjemné, vnímám vaše rozčilení, a proto prosím sdělte vše, co momentálně sdělit potřebujete“; sumarizující, shrnující: „předpokládám tedy, že vaše dominující potřeba, motiv je...“; „dohodli jsem se na...“; oceňující: „vážím si vaší ochoty spolupracovat, řešit...“; jako parafráze: „pochopil jsem správně, rozumím tomu dobře, že byste tedy chtěl, aby...“; empatické: „vnímám, že to není pro vás jednoduché...“; „vidím, že vás to trápí, že jste smutný, což je lidské za takových okolností, nechte tomu volný průchod“; „jsem zde pro vás...“. Pokládané otázky mohou být otázky otevřené: „jak?; co?; proč?; k čemu?“ – například: „jak vypadá předmět, na který myslíte?“ nebo uzavřené: „kdo?; kolik?; kdy?; kde?; který?“ – například: „je předmět, na který myslíte, bílý?“.

V průběhu dialogu s klientem je nutné naslouchat mu takovým způsobem, abychom ve svých sděleních čas od času použili některá jeho slovní spojení či souvětí. Tím klientovi potvrzujeme, že nasloucháme právě jeho sdělení a že se nejedná ze strany terapeuta o pouhou rutinu. Stejně tak je žádoucí neptat se „proč“, ale například se zeptat, zda „něco“ nešlo udělat jinak, nebo zda klienta právě nyní nenapadá ke sdělovanému ještě něco dalšího apod. „Proč“ často vyvolává napětí, stejně jako když terapeut sice v jedné větě souvětí sice vyjadřuje souhlas s obsahem toho, co mu říká klient, avšak poté tento souhlas devalvuje v dalších větách často používaným „ale“!

### **III.6. Projev některých převažujících osobnostních charakteristik a povahových rysů v jednání klienta**

Již při prvním terapeutickém kontaktu je nutné všimnout si toho, jaké osobnostní charakteristiky a povahové rysy se více než kterékoliv jiné podepisují na klientově způsobu kontaktování s terapeutem. Samozřejmě nemáme na mysli patologii a také není možné si představovat, že k terapeutovi přijdou lidé jen pro to, že si uvědomují nějakou míru disharmonie ve struktuře své osobnosti. Jednoduše řečeno, k terapeutovi přicházejí lidé s duševními poruchami, s problémy, se kterými si sami již neumí poradit a na kterých se do určité míry mohly současně „spolupodepsat“ i některé akcentované osobnostní charakteristiky a povahové rysy. Ale ani v případě, že se již jedná o poruchu osobnosti, nelze očekávat, že se tito lidé přijdou léčit k psychiatrovi nebo k psychoterapeutovi právě s touto poruchou osobnosti. S lidmi, kteří vykazují poruchu osobnosti, se setkáváme na klinickém pracovišti teprve tehdy, když se léčí s jinými duševními poruchami, nebo když jsou nuceni podrobit se léčení, protože spáchali nějaký trestný čin (například když se sexuální agresor dopustí brutálního znásilnění apod.).

Jestliže to budou **agresivní charakteristiky**, které se mohou manifestovat v jednání klienta, nemusí se ještě jednat o hostilitu. Člověk může mít vztek na osud, může mít oprávněný vztek na mikrosocietu, na sebe atd. Může se cítit frustrovaný, bezmocný a zrazený. Agrese může být i „překřičený“ strach a úzkost. A také je skutečností, že ne každý, kdo křičí, je současně agresivní. V každém případě je výše uvedené signálem pro terapeuta, aby nereagoval agresivně ani svým hlasem, ani svým celkovým jednáním, a připravil tak prostor pro odreagování napětí a pro následný, pro klienta smysluplný dialog.

Vyazuje-li jednání klienta **úzkostné charakteristiky**, znamená to, že „neví“, co se s ním v podstatě děje, co se děje se světem, a vnímá „nějakou hrozbu“. Klient potřebuje zažít bezpečí a jistotu (pro pocit ochrany) a uklidnění, aby se mohl rozvinout terapeutický proces. Terapeut musí být jednoznačný v tom, že je zde právě pro konkrétního člověka v roli klienta („Jsem zde pro Vás.“). Musí být vlídný, vstřícný a současně pevný v určitých, v zájmu klienta vytyčených hranicích. Terapeut musí v klientovi posilovat takový pocit a zážitek, který si klient sám pro sebe může pojmenovat – jako například: „Mám své věci, mám sebe pod kontrolou.“ Nevytvoří-li terapeut pro klienta pevné a současně vlídné hranice, může se stát, že klient bude mít tendence k histriónského projevu a k regresi nebo naopak k agresivnímu projevu.

Jestliže se v jednání klienta objevují některé **depressivní charakteristiky**, je to pro terapeuta signálem k tomu, aby klientovi vyjádřil maximální pochopení pro jeho současný stav a také aby vyjádřil klientovi jako člověku přijetí i s jeho psychickými poruchami. To je důležité mimo jiné i z toho důvodu, že lidé z okolí depresivního a pesimistického klienta se od něho poněkud odtahují, protože depresivní nálada je „nakažlivá“. I když se mu z počátku snaží

pomoci, odrazuje je, nebo dokonce popuzuje klientova zdánlivá neochota ke změně prožívání a chování. Paradoxní je, že člověk s depresivními charakteristikami potřebuje právě lidi a také potřebuje pohyb. Přesto lidi spíše odrazuje a sám je v pohybu utlumený. O to více potřebuje pro svůj stav pochopení ze strany terapeuta.

Poněkud složitější jednání je s klientem, který ve svém jednání vykazuje některé **narcistické charakteristiky**. Pro tohoto člověka je nemoc narcistickým příkořím a lidé ho vyvádějí z jeho „narcistické rovnováhy“. I když se jedná o první návštěvu u terapeuta, má člověk s výše uvedenými osobnostními charakteristikami tendenci jednat v následujícím paradoxním kontextu: „Vy jste určitě vynikající terapeut! Ti před Vámi byli blbci! Jaký jsem já klient?“ Vypovídá to o potřebě neustálého sebepotvrzování vlastní dokonalosti. Je to určitá past na terapeuta, protože tímto způsobem se klient pokouší oslovit eventuální narcistickou stránku terapeuta.

Jestliže se v jednání klienta projevují některé **histriónské osobnostní charakteristiky**, může to méně zkušeného terapeuta svést k názoru, že s tímto klientem se bude dobře pracovat, protože je velmi živý, dokáže zřetelně vyjádřit to, co prožívá, a je komunikativní. Problém spočívá ve skutečnosti, že se jedná o snahu klienta zavázat si terapeuta k osobnímu vztahu (popřípadě i sváděním). Pro takového člověka lidé kolem něho narušují jeho histriónskou rovnováhu. Přesto lidi potřebuje. Jestliže je součástí problému tohoto klienta i úzkost, terapeut tomuto klientovi musí poskytnout takovou emoční podporu, která by vedla k rozpuštění úzkosti. Ovšem vždy musí současně zpracovávat klientovy pokusy o osobní vztah. Protože histriónské „vyladění“ osobnosti může být ve dvou formách (vyzrálejší má spíše oidipální problémy, kolabující spíše orální problémy), je nutný i odlišný terapeutický přístup k těmto klientům.

Klient s některými **paranoidními osobnostními charakteristikami** je velmi nedůvěřivý, je plný obav a má tendence při kontaktování se s terapeutem ke konspirativnímu způsobu komunikace. Současně projevuje některé stránky hostilního chování. Terapeut proto musí odolat tendenci požádat klienta, aby odešel, když je tak nedůvěřivý. Vždyť terapeut si tohoto klienta nevybral, ale klient si vybral terapeuta! Zkušený terapeut naopak vychází ze skutečnosti, že člověk s určitou mírou paranoidního „vyladění“ ve struktuře osobnosti má tak závažný problém, že přes jisté obavy z možného ponížení, zraňování v terapii nebo z vnucování nějakých léčebných postupů ze strany terapeuta a tedy možné závislosti na terapeutovi našel v sobě odvahu a do terapie přišel. Proto je nutné trpělivostí, tolerancí, empatií a vlídností získávat si důvěru klienta. Terapeutické postupy musí být pro klienta jednoznačné a smysluplné, věcné a otevřené, bez humoru, nadsázky a intimnějšího přístupu.

Pro terapeuta je někdy náročné získat si důvěru klienta, který ve svém jednání vykazuje některé **schizoidní osobnostní charakteristiky**. Je to dáno tím, že tito lidé se i v běžném životě spíše ostatním lidem vyhýbají, protože mají pocit, že lidé narušují jejich navenek se projevující stabilitu (což vypovídá o určité míře vnitřní, nepřiliš pevné integrity člověka) a nepřiliš stabilní emoční rovnováhu. Vyhledat pomoc terapeuta pro tyto lidi znamená ohrožení v podobě závislosti na terapeutovi, což nemohou akceptovat. Z jejich úhlu pohledu je také málo představitelné, že by měli hovořit o svých prožitcích, protože by se mohlo stát, „že by mohli být zničeni“. Což je odrazem jejich životního motta („mít právo na existenci“), které, obrazně řečeno, bylo pošlapáno v raném dětství tvrdě odmítavou výchovou zejména ze strany matky. Proto je v terapii nutné respektovat jejich potřebu určitého soukromí, oddělit technickou stránku terapie od stránky osobní a současně vytvořit podmínky pro pocit bezpečí a jistoty v terapeutickém vztahu. Terapeutické postupy je nutné modifikovat tak, aby co nejvíce klientovi připomínaly postupy z jeho životního stylu.

Získat si důvěru klienta s některými **anankastickými (obsedantně-kompulzivními) osobnostními charakteristikami** je obdobně náročné, jako v případě lidí se schizoidními osobnostními charakteristikami, i když se jedná v řadě parametrů o odlišný kontext. Tito lidé jsou plni pochybností o sobě, obávají se, že ztratí kontrolu nad svými afektivními impulsy, obávají se, že nezvládnou každodenní úkoly, což řeší zvýrazněnou svědomitostí, perfekcionismem a soustředěním se na detaily. Vykazují vyhýbavé a zabezpečovací chování a široké spektrum tělesných projevů při prožívání úzkosti a psychickém napětí. Mají obvykle problém s podřízením se autoritě a mají tendence k rigidnímu způsobu uvažování, k tvrdohlavosti a umíněnosti. Rozpory jim přinášejí zážitek intenzivní úzkosti. Proto je nutné v psychoterapii volit pregnantní postupy, které jsou pro tyto lidi čitelné a na které se klienti mohou připravit, popřípadě v některých případech je i zapojit do procesu volby terapeutického postupu. To posiluje jejich sebevědomí a pocit vlastní lidské důstojnosti. I v tomto případě je nutné oddělit osobní stránku terapie od technické stránky terapie a zvlášť s nimi pracovat.

## **IV. NĚKTERÁ ZÁKLADNÍ TÉMATA V SOMATICKÉ PSYCHOTERAPII, VČETNĚ SANOTERAPIE V HESLECH**

V této kapitole vycházíme z klinických poznatků D. Boadelly, zakladatele jedné z větví somatické psychoterapie, a to biosyntézy (1978).

### **Základní polohy**

Zevní postoj vyjadřuje vnitřní pocit.

Stlačené (depressed) sternum může omezit nádech a podporovat depresi.

Paty, které „zapomněly poskakovat“, mohou vyloučit pocit naděje.

Poloha v leže na břicho je nazývána polohou sebepřipomínání. Je to poloha, ve které břicho a srdce jsou chráněny. Odsud se dítě učí zvedat hlavu, aby se dívalo na svět, a učí se plazit, skrčit se a postavit se. Je to id-protektivní a ego-potvrzující pozice.

Poloha vleže na znak může být nazývána pozicí na sebe „zapomínající“. Je to id-potvrzující a ego-uvolňující. Usnadňuje emoční uvolnění a regresi.

Poloha na boku může být nazvána pozicí polarity. Přední a zadní strana těla jsou rovnoměrně otevřeny kontaktu. Lumbální a krční zakřivení mohou být dobře podepřeny. Porodní (rebirthing) pohyby mohou začít z této polohy.

### **Horizontální a vertikální základ**

Elementární horizontální základnou je život plodu v děloze, která představuje bezpečný a chráněný prostor. To je napodobováno uléháním na noc a ve všech situacích bezpečného okolí, pevného objetí, hluboké relaxace apod.

Vertikální základna je život uzemněného dospělého člověka, schopného být nezávislým a svobodným, schopného tvořivé práce, dobrého přizpůsobení se realitě atd.

Rytmus dne a noci je pulsací mezi vertikální a horizontální základnou.

V terapii můžeme toto vidět jako polaritu mezi ležením a stáním a všechny přechodné stupně mezi těmito dvěma stavy.

Někteří lidé jsou nadměrně identifikováni s horizontální základnou, ráno obtížně vstávají. Potřebují pomoc k vybudování příjemnější vertikální základny. Jiní jsou více identifikováni s vertikální základnou a obtížně večer uléhají ke spánku. Ti potřebují pomoci relaxovat do horizontální základny.

Horizontální základna je více spojena s příjemným pocitem id. Vertikální základna je více ve vztahu k ego-principu reality.

## Otevřená a uzavřená centra

Otevřené centrum je stavem horizontálního uzemnění s hlubokou relaxací, otevřeným systémem v břišní krajině a ve spojení s dýcháním. Člověk je v kontaktu se svým centrem a s okolím. Odpovídá na kontakt.

Uzavřené centrum je stav bez uzemnění s vnitřní kontrakcí a uzavřeným systémem v břišní krajině a s úzkostným nebo redukováným dýcháním. Člověk se krčí, zkouší najít bezpečí, ale bez skutečného úspěchu. Není v doteku s periferií a neodpovídá dobře na kontakt.

Uzavřené centrum je vážnoucí místo a člověk v něm potřebuje pomoc, aby z něho vyšel. Práce s kontaktem a s dotekem bránice může být počátkem této pomoci.

## Pohybové tendence

Tělo není nikdy v klidu. Dokonce i v úplné relaxaci probíhá expanze a kontrakce při dýchání. V mnoha pozicích, sezení, ležení nebo stání, jsou přítomny pohybové tendence, často nepatrné, ale to může být zesíleno terapeutem, použitím jeho rukou k povzbuzení zvýšení pohybové tendence. Může rozlišit:

Centrum–Periferie	Dovnitř–ven pohybová tendence (self-collecting, self-extending)
Cefalo–Kaudální	Nahoru–dolů pohybová tendence (gravitace – lehkost)
Dorzo–Ventrální	Dozadu–dopředu pohybová tendence (resistence – podpora)
Ipsilaterální–Kontralaterální	Pravá–levá pohybová tendence (rotace–linearita)

## Tíže a lehkost

Nechat tělo klesat vlastní vahou, to znamená poddat se gravitaci.

Stát vzpřímeně je odolávat gravitaci.

Vzpřímená pozice využívá antigravitačních svalů ke vzpřímenému stání.

Jestliže jsou antigravitační svaly nadměrně napjaté, člověk si pomáhá proti upadnutí nebo poddání se a ztrácí kontakt s uzemněním. V této napjaté (ztuhlé) pozici je snadno vyveden z rovnováhy.

Když je tělu „dovoleno“ trochu poklesnout, s relaxovanými koleny a spuštěnými rameny, člověk má lepší uzemnění.

Přílišné poddání se gravitaci přináší tendenci ke kolapsu.

To se v těle ukazuje jako tendence k těžkosti nebo zranitelnosti, podložené snížením svalového tonu.

Mrtvé nebo kolabované paže odporují pocitu lehkosti. Práce s pažemi může být použita k získání pocitu lehkosti nebo „létání“.

Skákání potřebuje podporu ze země a zvednutí paží.

Reflex skákání může být vyvolán při podpoře zad správnou rezonancí s terapeutem a vlastním tělem přikrčením se při self-collecting ve vertikální rovině a skákáním jako self-extension v téže rovině.

## **Resistence a podpora**

Pohyb vpřed a vzad, když se chodidla nepohybují, vytváří tendenci padnout dozadu nebo dopředu. To může být použito jako cvičení důvěry tak, že terapeut drží váhu toho, který „padá“.

Když je při této zkušenosti udržován kontakt, padání se může změnit ve spolehnutí se (odevzdání se). „Položení“ se dozadu otvírá tělo do extenze (jako s bioenergetickou stoličkou). „Položení“ se dopředu je intimnější a může vést k obejmutí se.

V párovém „cvičení“ stání zády k sobě (hlavy se rovněž dotýkají) dva lidé mohou vyjít dopředu a dozadu, udržující kontakt od kříže po ramena, včetně hlav. Toto je kontrolované spolehnutí se, které se může stát pádem, jestliže partner ukročí mimo. „Cvičení“ pomáhá mobilizovat agresi ze zad.

Když člověk jde dopředu, můžeme mu poskytnout odpor vůči nataženým pažím, hrudi nebo bokům, aby se vytvořil pocit síly pro pohyb vpřed. Odpor nesmí být příliš silný, aby neblokoval pohyb vpřed, ani příliš slabý, protože tak není dostatečná konfrontace pro pomoc agresi.

## **Práce s nohama**

Obě nohy jsou pilíři opory, prameny akce.

Je důležité vybalancovat motoricko-agresivní funkci nohou s eroticko-senzorickou funkcí. Sval psoas, jeden z větších flexorů nohou, se upíná na páteř v oblasti bránice. Tak může být činnosti nohou využito k mobilizaci bederní páteře a uvolnění bránice.

Kopání a dýchání jsou často synchronizovány u dětí. Kopáním může být vyjádřen vztek nebo slast. Je mnoho způsobů kopání.

**Kopání proti opoře:** např. udržování kontaktu chodidla s partnerem, s nímž je dobrý raport

**Kopání proti odporu:** např. blokování matrací

**Volné kopání:**

a) klient stojící

b) klient na všech čtyřech: kopání jako mula



c) klient ležící na znak: s ohnutými koleny (a současně přitaženými k hrudi), střídavě vykopávat do vzduchu:

- vymrštit k hrudi stažené ruce před sebe a současně vykopávat k hrudi přitažené (v kolenou pokrčené) nohy
- skrčit nohu a poté „vykopnout“, pata jde „první“; nohy se střídají
- obě pokrčené nohy současně vykopnout; („vykopnutí“ celým tělem)

Je možné pracovat s chodidly nohou odpočívajícími na terapeutově břiše nebo hrudi, ne asertivním způsobem, ale nechat zažít proud energie a pocitů.

To je zvláště užitečné pro lidi se slabými, nedostatečně energeticky nabitými nohami.

Koordinace flexe nohou může být s nádechem nebo s výdechem a má odlišné kvality. Flexe nohou s nádechem je přípravou pro agresivní sílu, flexe nohou s výdechem je relaxací před ochranným posílením hranic, když se nohy natáhnou při nádechu. Druhý způsob je silně indikován ve stavech úzkosti.

## **Rotace a linearita**

Lineární pohyby jsou jako paprsky kola: jsou přímo působící z centra těla ven po nejkratší linii.

Rotační pohyby jsou křivky, které působí jako kroucení, točení, tak i válení.

Kompulzivní lidé mají tendenci vyhýbat se rotacím, je to příliš nepřímé, ale válení a kroucení páteře může pomoci změkčit rigiditu.

Lidé s histriónskými elementy mají tendenci vyhýbat se lineárním pohybům, které jsou příliš přímé.

## **Práce s rukama**

### ***1. Stretching (natažení)***

Součástí „sebenatahovacího“ procesu. Je mu často napomáháno odporem proti rukám (a nohám) a někdy tažením. Ale tažení je pocíťováno jako pasivnější než tlačení.

### ***2. Reaching (dosahování)***

Extenze paží má kvalitu toužení po kontaktu a vyžaduje nějaký druh lidské odpovědi. Ale terapeut by měl být opatrný, aby neodpovídal příliš ochotně, neboť tak se člověk učí, že jeho potřebám může být vyhověno bez aktivního úsilí.

### **3. Opening (otvírání)**

Extenze paží má v sobě kvalitu spirituality. Jestliže k pažím „přijde“ lidský kontakt, tento zážitek mizí a mění se v dosahování (2).

Paže mohou být použity, aby vytvořily hranici pro hrudník v prostoru. Zde paže a prsty fungují jako „mimotožní hrudní koš“ v prostoru.

Paže se vyvíjejí z páteře ve stejném prenatalním týdnu, jako se plíce vyvíjejí z trávicího kanálu. Můžeme vytvořit funkční rezonanci mezi plicemi a pažemi.

To znamená, že pohyby zdvihající paže mohou pomoci nádechu. A mohou být klíčem pro způsob práce s astmatiky.

Postavení rukou a paží má bohatou variantu emočních výrazů. Často ruce a prsty spontánně vytvářejí „mudry“ (pozice rukou), které mají vitální, emoční nebo spirituální význam.

### **Signály kontaktu a čtyři základní formy v doteku**

Při každé terapeutické interakci představují signály z kontaktu s klientem nejdůležitější informace pro stanovení, zda to, co právě v klientovi probíhá, zvyšuje jeho pulzování, nebo posiluje jeho obranný systém a kontrakci. K těmto signálům kontaktu patří verbální výraz ulehčení nebo stísněnosti, změny v dýchání, barvě obličeje a v kontaktu očí; stejně tak změny v napětí svalů a reakce na dotek atd.

Pro čtyři základní formy doteku se užívá metaforických označení:

#### **1. „Dotek země“**

Ruce, podobně jako ostatní části těla, představují prvky opory. Snažíme se zprostředkovat zážitek pevnosti; dokázat, že spolehlivým „základem“ může být nejen země, ale také i druhý člověk.

U lidí vyžadujících přílišnou nezávislost používáme principu opory, abychom jim pomohli více věřit jiným lidem, a rozvíjíme u nich schopnost přijmout pomoc. Těmto lidem se snažíme dopomoci k tomu, aby získali důvěru k „základu“ stejně jako k prvkům opory (záda, nohy, paže).

V tomto druhém významu je dotek země obzvláště smysluplný, jestliže máme co dělat s lidmi, kteří mají slabé hranice, nebo jsou neuzemnění a příliš úzkostní. „Dotek země“ je také spojen s pohyby rebirthing (tlak na temenní partie hlavy a na chodidla současně).

#### **2. „Dotek vody“**

Zde se snažíme zprostředkovat zážitek proudění. Ruce se stávají nástrojem pro uvolnění proudu energie a posilují tok směrem ze středu těla na povrch. Proudění poznáme např. podle střevní peristaltiky, která byla podrobně popsána v teorii biodynamické psychologie Gerdy Boysen. Proud můžeme sledovat ve formě kmitání, chvění těla, přičemž zvýšené napětí svalů je uvolněno a svalový tonus je uveden do rovnováhy (normotonu). Poté se objevují (spontánně vyvolány) pohyby paží a nohou podobné plavání.

### **3. „Dotek vzduchu“**

U vzdušného doteku jsou nasazeny ruce jako jemné pumpy za účelem „vmasírování“ dechového rytmu do těla jako celku a za účelem podpory rytmu naplňování a vyprazdňování (roztažení a ohýbání), abdukce a addukce, prodloužení a zkrácení v celém svalstvu.

U mnoha lidí je dýchání odděleno od pohybu spasticitou nebo ochablostí bránice. Proto může být tento způsob doteku označován jako brániční dotek, protože otevírá „bránici“, což samo vede k vyššímu pulzování v oblasti pánve, na chodidlech a v dlaních, stejně jako na bránici samotné a zprostředkovaně i na temeni (mozkomíšni mok).

### **4. „Dotek ohně“**

Principem doteku ohně je princip regulace proudění tepla a změn teploty těla. Ruce jsou nasazeny jako „radiátory“, aby bylo přivedeno vnitřní teplo na povrch těla. To může nastat bezprostředně zahřáním chladných oblastí těla nebo nepřímo prací na energetickém poli v prostoru nad staženou oblastí těla. Jsou-li použity obě ruce za účelem vytvoření energetického pole mezi dlaněmi uzavřenými okolo určité oblasti těla, tak se efekt zintenzivňuje. Horké oblasti těla mají za normálních okolností nadměrný náboj a musí být zpracovány, aby přeměnily nadbytečné teplo v pohyb.

#### *Ad 1. „Dotek země“*

Příklad některých konkrétních postupů s cílem připravit klienta k otevření psychického pole pro hlubší introspekci:

Klient leží v poloze na zádech a terapeut sedí u jeho chodidel. Poté terapeut uchopí nohy klienta těsně nad kostí patní a při nádechu obě nohy zvedne nad podložku (asi 15 cm) a při výdechu je nechá poklesnout (nepokládá je na podložku). Vše se opakuje v dechovém rytmu klienta a v souladu se změnou jeho dechové frekvence.

Klient leží v poloze na zádech a terapeut klečí u jeho chodidel. Poté klient položí svoje chodidla na břišní stěnu terapeuta. Při nádechu na svá chodidla klient tlačí, při výdechu nohy uvolní. Vše se opakuje v dechovém rytmu klienta a v souladu se změnami jeho dechové frekvence.

*„Dotek země“:*

Přináší pocit pevnosti a podpory.

Posiluje muskuloskeletální systém.

Pomáhá stavět ego-sílu.

Učí lepšímu vztahu ke gravitaci.

Může být použit k zakotvení jedné části těla, aby bylo jiné části těla umožněno pohybovat se volně.

## *Ad 2. „Dotek vody“*

Příklady některých konkrétních postupů s cílem připravit klienta k otevření psychického pole pro hlubší introspekci:

Klient leží v poloze na zádech. Vizualizuje plynutí vody a tyto obrazy doprovází jemným pohybem celého těla po podložce.

Klient leží v poloze na zádech. Poté zvedne paže před sebe, které uchopí vedle stojící terapeut. Terapeut začne s nimi jemně pohybovat v rytmu dechu klienta a pozvolna přenáší „vlnivý“ pohyb do jeho celého těla.

Klient leží v poloze na zádech. S nádechem současně posunuje hýždě po podložce směrem k hlavě a s výdechem se „vrací“ pánví za současného vysunutí dna pánevního směrem dopředu a nahoru. Jedná se o jemný a plynulý „vlnivý“ pohyb. Děje se tak opakovaně a plně v souladu s dechovým rytmem (vhodné zejména pro lidi s převažující rigidní formou obranné charakterové struktury).

*„Dotek vody“:*

Přináší pocit pohybu a plynutí.

Posiluje cirkulační systém.

Pomáhá uvolnit pocit sevřenosti a podporuje proudění v těle.

Učí lepšímu kontaktu s vnitřními pulsacemi.

Může být použit k uvolnění peristaltiky.

## *Ad 3. „Dotek vzduchu“*

Příklad některých konkrétních postupů s cílem připravit klienta k otevření psychického pole pro hlubší introspekci:

Klient leží na zádech. Terapeut položí jednu svoji ruku pod bederní část trupu klienta (popřípadě bříšky prstů se opře o příslušné trny obratlové) a s nádechem klienta „zvedá“ jeho trup. Jedná se spíše o impulz než o „nadzvednutí“ trupu klienta. A poté nechá klienta spontánně vydechnout. Vše se opakuje v dechovém rytmu klienta. (Postup je mimo jiné velmi vhodný pro člověka s převažující schizoidní obrannou charakterovou strukturou.)

*„Dotek vzduchu“:*

Uvolňuje pocit vnitřního prostoru.

Posiluje respirační systém.

Pomáhá dokončit emoční cyklus.

Učí lepšímu vztahu k pocitu lehkosti.

Může pomoci vnést dechový rytmus do nehybných částí těla.

#### *Ad 4. „Dotek ohně“*

Příklad některých konkrétních postupů s cílem připravit klienta k otevření psychického pole pro hlubší introspekci:

Klient leží v poloze na zádech. U jeho boku klečí terapeut. Jednu ruku podsune pod bederní část trupu klienta. Druhou ruku položí dlaní do prostoru kolem hypotetického středu tělesného schématu člověka (2-3 prsty pod pupkem). Sladí svůj dechový rytmus s dechovým rytmem klienta a nechá v klidu proudit teplo.

*„Dotek ohně“:*

Evokuje teplo a dobrý kontakt kůže.

Pomáhá kontaktu s vnitřním základem (uzemněním).

Učí lepšímu kontaktu s meditativním stavem.

### **Rytmus dechu**

Nádech je jako narození. Inspirační lidé (lidé v nádechu) se bojí „zemřít“ nebo nechat věci „běžet“. Jejich potřebou je větší uvolnění. Výdech je jako umřít. Exspirační lidé se obávají růstu. Jejich potřebou je větší naplnění.

Lidé, kteří zůstávají „v hlavě“, mají tendenci bránit se výdechu (to je schizoidní tendence). Lze jim pomoci při výdechu povzbuzením průběhu pohybu zbaveného kontroly.

Lidé, kteří ztrácejí hlavu a snadno „upadají do pocitů, prožitků“, mají tendenci bránit se nádechu (to představuje hysterickou tendenci). Těm pomáhá nadechovat se, což znamená povzbuzení k většímu sebenaplnění.

### **Bránice**

Bránice je „podlahou hrudníku“ a „střechou“ břišní dutiny. Pohybuje se nahoru s výdechem a dolů s nádechem.

Když se bránice pohybuje dolů, vede k pozici zadržetí dechu, když se pohybuje nahoru, vytváří pozici pro uvolnění.

Bránice masíruje vnitřní orgány břišní dutiny.

Bránice je připojena k bederní páteři. Její pohyby nahoru a dolů vytvářejí malou vlnu flexe/extenze v páteři. Ztuhlost páteře je překážkou volnosti bránice.

### **Spasmus bránice**

V některých stavech výrazného vnitřního tlaku se spouští reflex, při kterém má bránice tendenci se „zamknout“ v její horní pozici. Tlačí vzduch ven z těla a stlačí páteř trhaně do flexe.

Pohyb představuje ochranná ohnutí, jimiž se uvede břicho do uzavřeného systému a vytvoří se tak uzavřené centrum v těle.

Abychom zde pomohli, podržíme člověka v partii zad a pracujeme s jeho vědomým nádechem, následovaným uvolněným výdechem. Dále pracujeme s extenzními pohyby nohou a uvolníme potlačenou emoci nalézající se za tímto somatizováním.

### **Zadržení a uvolnění**

Toto je jedna z nezákladnějších polarit v biosyntéze. Zadržení (containment) má co dělat se sebezdržetím, uvolnění (release) se sebevyjádřením.

<u>Zadržení</u>	<u>Uvolnění</u>
Nádech	Výdech
Ego-síla	Id-síla
Formování hranice	Rozpouštění hranice
Formativní princip	Katartický princip
Soustředění se na sebe	Sebevyjádření, seberozšíření
Přijímání	Vylučování

### **Práce s očima**

Oči mohou být „otevřené“ pro kontakt, nebo mohou být defenzivně ostražité.

Oči mohou být zavřené, aby usnadnily vnitřní kontakt, nebo mohou být „defenzivně“ zavřené.

Obrácení pohledu očí ven má co do činění s kontaktem a s komunikací. Obrácení pohledu očí „dovnitř“ souvisí se zaměřením na své představy, myšlenky a prožitky.

Histriónští lidé se bojí obrácení pohledu očí „dovnitř“. Schizoidní lidé se bojí obrácení pohledu ven.

Oči a chodidla (vidění, porozumění a stání) jsou ve specifickém vztahu; jsou součástí komplexního systému, který zabezpečuje stabilitu. Například zavření očí vede ke svalovým dysbalancím a k narušení tělesné rovnováhy. To je doprovázeno subjektivním pocitem nestability. Čili oční kontakt s okolím je mj. formou stimulace mozkových funkcí.

Dítě spojuje dotek se zrakovým vnímáním. U dítěte se hmat a zrak vyvíjejí souběžně a vzájemně se ovlivňují. Když se terapeuticky pracuje s očním kontaktem, je vhodné současně být i v tělesném kontaktu. Plně postačující je dotek ruky. (Problém současné společnosti je mimo jiné i v tom, že volí různé strategie vedoucí k nežádoucímu štěpení zrakového vnímání a haptiky. Chybí, v mnoha případech žádoucí, „uzemnění“ očního kontaktu.)

Jestliže se negativní emoční vyladění člověka manifestuje v okulárním bloku, potom tento blok současně „zadržuje“ energii potřebnou k průběhu celého emočního cyklu a negativní emoce nemohou odeznít. Tímto mechanismem příslušný blok paradoxně „posiluje sám sebe“.

## **Hlas**

Hlas je „socializovaný“ dech.

Vnitřní hlas v mozku je vyjádření osobních pocitů.

Napětí v hrdle potlačuje nebo nadměrně zesiluje přirozený hlas.

Zesílený zvuk zvyšuje napětí v hrdle.

Potlačený hlas „odděluje“ hlavu od těla.

Zvuky, jako pocity, jsou mnohoúrovňové: jeden zvuk může schovat jiný.

Zvuk může být ve výdechu nebo v nádechu.

Zvuk je vibrace.

Zpívání pro radost je u mnoha lidí více potlačeno než ječení ze strachu nebo řvaní ze zuřivosti.

Ticho může být speciálním druhem zvuku: vnitřním zvukem.

## **Přenos a protipřenos**

Přenos v neurotickém smyslu je projekcí postojů na druhého člověka (ovšem vyvinutých k objektu v dětství, které nejsou přiměřené k tomu, na koho jsou projikovány).

Jestliže to, co je projikováno, je potřeba, pak přenos bude zahrnovat introjekci.

Jestliže přenos je vědomý, může být zpracován k uvolnění neurózy, jak to ukazují oblasti blokových vztahů v dětství.

Jestliže je přenos nevědomý, „vsává“ obsah terapie do pacientových problémů a blokuje řešení.

Přenos na terapeutově straně vůči klientovi je nazýván protipřenos. Se šesti základními charakterovými tendencemi u pacienta a terapeuta může vzniknout řada vztahových tendencí ve dvojici, terapeut a pacient.

## **Acting out a acting in**

V terapeutickém sezení je acting out shovívavostí na účet někoho jiného, kde pacient nerespektuje limity nebo hranice svého vlastního bezpečí nebo bezpečí někoho jiného.

### **Příklad**

<b>I</b>	Acting out – slast:	manipulativní užití sexuality
<b>M</b>		ke svádění jiné osoby
<b>P</b>		
<b>U</b>	Acting out – strach:	utíkání z místnosti v panice,
<b>L</b>		bez vysvětlení
<b>Z</b>		
<b>I</b>	Acting out – smutek,	vytváření regrese, která jde
<b>V</b>	bezmocnost:	za hranice terapeutické situace
<b>N</b>		
<b>Í</b>	Acting out – vztek:	útok na jinou osobu (nebo na sebe nebo budovu) způsobem, který je neudržitelný nebo bez raportu

Acting in je způsob „kortikalizace“ emocí, takže nemají somatické vyjádření:

### **Příklad**

<b>K</b>	Acting in – slast:	alfa blokáda, používá transu jako
<b>O</b>		blokády citění vnitřního stavu
<b>M</b>		
<b>P</b>	Acting in – strach:	neurotické starosti
<b>U</b>		
<b>L</b>	Acting in – smutek,	těžce pracuje, aby skryl depresi
<b>Z</b>	bezmocnost:	
<b>I</b>		
<b>V</b>	Acting in – vztek:	vina, sebeobviňování
<b>N</b>		
<b>Í</b>		

### **Vzorce „držení se“ v těle (holding-patterns)**

Obranné charakterové struktury mohou být vyjádřeny i jako vzorce držení se v těle (holding-patterns in the body). Mohou se objevit následující polarity:

Holding in:	schizoidní tendence stáhnout se a přehnaně zadržet „uvnitř sebe“
Holding out:	hysterická tendence přehrávat a přehnaně se vyjadřovat
Holding on:	orální tendence být příliš závislý a „lepivý“
Holding off:	paranoidní tendence vidět každý kontakt jako invazivní a nadměrně vyvíjet obrannou hranici
Holding up:	psychopatická tendence bát se podrobit; identifikace s dominancí a mocí nad druhými
Holding down:	masochistická tendence „polykat“ pocity vzteku a akceptovat ponížení



Holding forward: pasivně femininní tendence dělat ústupky a „těšit se“ ze zhroucení, které mu druzí přejí

Holding back: kompulzivní a falická tendence ke ztuhnutí páteře jako způsobu k potlačení pocitů.

Tyto vzorce držení se (holding) jsou všeobecnými schémata. Člověku přináleží určitý charakterový typ, jehož jedna tendence je jasně dominující. Ale mezitím je mnoho odstupňování a odstínění.

Je užitečné uvažovat o charakterové tendenci jako způsobu chování než o typu osobnosti (např. je to spíše sloveso nebo příslovce než podstatné jméno nebo přídavné jméno).

Osm výše uvedených vzorců určuje čtyři pregenitální charakterové typy definované Lowenem: schizoidní – orální – psychopatický – masochistický a čtyři rigidní charakterové typy: pasivně femininní, maskulinně agresivní, hysterický, falický (rigidní, kompulzivní).

### **Práce s emocialitou**

Řeší se následující témata:

1. Emocionalita jako růst, nebo emocionalita jako obrana.
2. Regrese a progrese v pocitech.
3. Katartický princip a formující princip.
4. Emocionalita a jednání. Acting out a acting in.
5. Emoční vyjádření a emoční naplnění.
6. Přejechy mezi emocemi.
7. Pojem vrchol a plateau.
8. Práce s konceptuálními emocemi.
9. Identifikace a desidentifikace u emoci.
10. Emoce a jazyk (pojmenování prožitku).

### **Emocionalita a jednání**

Mnohokrát se emoční cykly nedokončí, protože chybí nějaké nezbytné jednání k dokončení cyklu. Emoce potřebuje být následována pohybem (entoderm – mezoderm), který by přinesl uvolnění od emočního tlaku.

<u>Emoce</u>	<u>Jednání</u>
Slast	dotek, zkoumání
Strach	obrana, útěk
Hněv	prosazení, expandování
Smutek	sahání, naplnění

### **Strategie pro zacházení s emocí**

1. Pomoci emočnímu cyklu dokončit jeho vyjádření; jestliže je to vegetativní pocit vyrovnáním dechu.
2. Jestliže se tím nedokončí, zkusit jiná kontaktní místa (oči, paže, hlas, nohy).
3. Zvážit, zda je to superego-pocit, a podívat se na „skrytý“ vegetativní stav.
4. Zvážit, zda určitý vegetativní stav je opakovaným stavem, který potřebuje pomoci rozvinout se do ego-pocitu s větším naplněním nebo vyžadující přiměřené jednání.
5. Dbát na jiné emoce, které mohou být přítomné ve vegetativním vrstvení, aby např. neunikl moment zrodu jiných prožitků, které jsou již přítomny.

### **Regrese a progrese**

Každé vyjádření emocí, které je přiměřené v dětství nebo v adolescenci a je nepřiměřené pro dospělost, je formou regrese.

Můžeme rozlišit prenatální regresi (zážitek jako v děloze) a postnatální regresi (jiné dětské prožívání).

Můžeme rozlišit také **strategickou** a **taktickou** regresi.

Strategická regrese je formou superego-emoce, kde dřívější stav je agován do prostředí nebo na terapeuta. Je ve službách určitého obranně charakterového vzorce.

Taktická regrese je regrese ve službách progrese. Je to spontánní odreagování – znovuprožívání dřívějšího zážitku, takže je otevřená cesta pro odreagování traumatizující epizody a umožněno zralejší chování.

Strategická regrese blokuje taktickou regresi, a proto blokuje progresi.

## **Smutek a žal**

Uvolňující pláč musí být rozlišen od bezmocného pláče.

Uvolňující pláč uvolňuje hrudník.

Bezmocný pláč rozpouští uzemnění, zeslabuje záda a podporuje kolaps a selhání.

Uvolňující pláč je vegetativní pocit, který spontánně vede k lepšímu cítění se, zahřátí a slasti.

Bezmocný pláč potřebuje pomoc, pokud je osoba uzamčena v obranné pozici.

### **Pro bezmocný pláč:**

1. Podepřít záda, hlavně zátylek.
2. Podepřít část zad „vzadu za srdcem“ a dolní část zad s použitím páteř-posilujícího doteku (nikoliv jemný podporující dotek). Úprava nedostatečného nádechu a práce s pažemi nebo dotykem bránice, aby byl prohlouben nádech.

## **Slast a radost**

Slast může být ektodermální, entodermální nebo mezodermální. Při orgasmu se všechny tři spojují a vytvářejí velmi intenzivní prožitek potěšení.

Slast, pokud se s ní setkáme v terapii, je často „uříznutá“, takže je pociťována pouze v místních oblastech těla. Popření slasti nebo slast směřovaná navenek a pak zastavená blokádou vytváří zuřivost. Slast hledající pohyb ven, když není člověk, který by na ni mohl odpovědět, může vytvářet pocit smutku. Obrácení slasti z proudění zevnitř – ven k proudění zvenku – dovnitř vytváří úzkost.

Často se slast v entodermu projevuje jako „otevřená“ hrud', uvolněné dýchání s otevřeným systémem v břichu. Ale tvář může být držena mimo slast (zavřené oči např. nebo vynechání jakéhokoliv zvuku slasti), nebo systém motoriky může být blokován. Radostný reflex u mnoha lidí je vytvářen jako vzrušené skákání. Také měkčí slast, která přichází v pomalejších pohybech, může být tímto pohybem povzbuzena.

Radost je nejhlubší emoce a přichází z hlubokého smyslu pro dobrý život. Negativní emoce mají tendenci sedět na jejím vrcholu a maskovat ji. Mnozí lidé snadněji vyjádří bolest, než projeví radost.

Strach se může rozpustit v třesu, chvění, které přemostí mezeru mezi strachem a slastí (vzrušením).

Úzkost stahuje energii k centru těla a vede k zmatenosti, neschopnosti čelit obtížím a k hypotonu (ztráta uzemnění).

## **Tři principy, jak pomoci čelit atace úzkosti:**

1. Nádech a naplnění.
2. Uzemnění nohou, zad a rukou.
3. Oční kontakt a hlasový kontakt.

## **Hněv a agrese**

Dvě hlavní příčiny hněvu jsou invaze a deprivace.

Je nutné rozlišit probíhající situaci, kdy hněv je ještě aktivně vyvoláván okolím, a situací, kdy hněv-podmiňující situace je ukončena, ale účinky jsou zadrženy v pancéřování.

Těsně stažené svaly vytvářejí menší prostor pro volnou energii v těle. Mnoho hněvu lze přičíst boji za větší prostor v těle.

Hněv je v obráceném vztahu k agresi. Agrese znamená jít dopředu a rozšířit teritorium. To znamená odrazit útok a přizpůsobit se deprivaci.

Jestliže člověk má takovou životní situaci, která kontinuálně vytváří hněv, má následující možnosti:

1. vyjasnit si projekce, aby měl jistotu, že situace je skutečně ohrožující, a nedívat se na to očima z dětských situací,
2. vyjádřit hněv v bezpečném kontextu bez obviňování osoby, která byla příčinou (superego-hněv),
3. změnit hněv zapříčiňující situaci přiměřeným jednáním, aby si klient vytvořil více prostoru a nové podmínky; změnit explozi v expanzi,
4. opustit hněv vytvářející prostředí, jestliže je to možné a nezbytné,
5. změna „uvnitř“ sebe sama.

## **Úzkost a strach**

Vyjádření strachu může být explodující nebo plynulé.

Explodující strach je jako úder blesku: je provázen intenzivním výkřikem a silným pocitem proudění energie v těle. Jestliže jsou oči zavřené, zůstává pocit neúplného vybití. Strach ze strachu je to, co je zanecháno, místo uvolnění strachu.

Intenzivní sympatické vybití strachu

Odraz do parasympatického uvolnění

Plynoucí strach je méně intenzivní.

## **Práce s lidmi s dg. borderline**

Borderline lidé jsou lidé, kteří jsou blízko hranice mezi psychotickým a neurotickým onemocněním. Opravdu psychotičtí lidé nejsou v terapeutických skupinách tohoto typu.

Borderline člověk je osoba, která pod těžkým stresem může sklouznout do psychózy.

Jeho hranice jsou slabé, a tak je snadno zaplaven přicházejícími myšlenkami, pocity nebo vjemy a může být zmatený z toho, že neví, kterým impulzům může být dovoleno vyjádření a které je třeba zadržet.

Borderline člověk má neohrazené id a nedostatečně zadržující ego. Proto terapeutická práce je zaměřena na posílení ega, dříve než na vnitřní obsahy.

Ve vlastní terapii se osvědčily následující postupy:

Facing	Grounding
Vnímání	Koordinace
Oční kontakt	Svalový tonus
Vědomí	Volní akt
Rozlišení	Detotalizace
Separace, ne fúze	Kontakt se zemí

Obal musí být silnější než obsah. Když obal (ego) je dost silný k práci s obsahem a k integrování silného obsahu, pak práce s potlačenými pocity a energiemi může v malých krocích pokračovat.

## **Background a foreground**

Foreground je to, co pacient prezentuje:

- o čem mluví
- která část jeho těla se pohybuje
- jaký přijal postoj
- jaký pocit vyjadřuje.

Background je to, co pacient neprezentuje:

- o čem nemluví
- kterými částmi těla nepohybuje
- které postoje nikdy nepřijímá
- které pocity neukazuje.

Foreground je manifestním obsahem terapeutické práce.

Background je latentním obsahem.

Foreground může maskovat background.

Foreground je spíše vědomý, background je více nevědomý.

Foreground může být minulost vyjádřená v přítomnosti.

Background může být budoucnost blokována minulostí.

Při práci s pacientem je nutné dávat pozor na jeho foreground. To je na to, kam terapeuta „vede“. Ignorovat, to znamená nadměrnou konfrontaci. Ale nelze ignorovat ani background.

### **Práce s polaritami**

Když vážně pracuje v jedné z polarit, může pomoci směřování k druhému pólu.

Pohyb k jednomu pólu ruší symetrii a umožňuje volnější pohyb energie.

Rezonance je vytvářena na principu symetrie.

Symetrie podporuje jednotu a integraci. Asymetrie podporuje separaci a diferenciaci.

Polarity:

Přední – Zadní

Levá – Pravá

Rychlý – Pomalý

Přímý – Zakřivený

Silný – Slabý

Regrese – Progrese

Aktivita – Receptivita

Vedení – Následování

Volní – Mimovolní

Stání – Ležení

Příjem – Výdej

Držení – Nechání být

Venku – Uvnitř

Když je pacient ve stavu pulsace, symetrie upevňuje a podporuje jeho životní proces.

Když je pacient ve stavu kontrapulsace, symetrie upevňuje a podporuje jeho neurózu.

### **Svazek, pouto (bonding), ohraničení (bounding), symbióza**

Svazek (bonding) je energetický a informační most mezi dvěma lidmi, který napomáhá diferenciaci každého z nich.

Symbióza je energetické splynutí mezi dvěma lidmi, které redukuje odlišnost každého. Jedna osoba je integrována pouze vedle, spolu nebo skrze aktivity druhé.

Rozdíl mezi svazkem (bonding) a symbiózou je ve schopnosti udržet hranice.

Hranice je součástí individuality. Hranice se utvářejí v separaci, ale musí se i uvolnit, aby se vytvořilo společenství.

Zdravě a nezdravě utvářená hranice se projevuje v jednání:

#### **Hranice:**

1. Polopropustná

2. Zcela propustná

3. Zcela nepropustná

4. Perforovaná

Může se otevřít a zavřít

Příliš otevřená, slabá hranice

Příliš uzavřená, rigidní hranice

Periodicky exploduje (aby se tak otevřela „těsná“ hranice)

#### **Jednání:**

Zdravé

Symbiotické

Izolované

Impulzivní  
Hysterické

Budování energetických a informačních mostů prostřednictvím kontaktu, který rezonuje s emocionálním životem a vegetativními rytmy, posiluje svazek (bonding).

Budování síly ega prostřednictvím groundingu a facingu posiluje hranice.

### **Sexualita**

Pohlavní orgány jsou tvořeny ze tří druhů tkáně: entodermu, mezodermu, ektodermu.

Orgasmus potřebuje emoční propojení skrze parasympatický a sympatický systém, s volným dýcháním (entoderm). Vyžaduje dobrý svalový tonus a volnost pohybu (mezoderm) a dobrou schopnost kontaktu a otevřenost k senzoričké stimulaci (ektoderm).

Sexualita se stává problematickou, když je napětí v jednom nebo více z těchto systémů.

Tři skupiny základních sexuálních problémů:

1. Problémy výkonnosti (impotence, frigidita)
2. Problémy viny (morální postoje k tomu, který druh rozkoše je přijatelný a který ne)
3. Problémy identity.



## V. STRUČNÝ NÁSTIN SANOTERAPEUTICKÉHO SCÉNÁŘE A NĚKTERÉ JEHO PRVKY

**Základní principy a zásady** (mimo ty, které již byly uvedeny v předešlých kapitolách), na nichž je postaveno každé sanoterapeutické setkání, jsou následující:

1. Být otevřený kontaktu se sebou (to znamená být si vědom sebe sama, svých reakcí, pocitů, prožitků a myšlenek; být za ně odpovědný sám sobě i před druhými lidmi). Být připravený na dotek a kontakt se svým procesem, připravovat se na posun či změnu v sobě a změnu přijímat.
2. Být v kontaktu se sebou a s porozuměním sobě vstoupit postupně do kontaktu s ostatními lidmi ve skupině. Je to směřování k porozumění (a nikoliv pouze slovní popis) reakcím, pocitům a prožitkům druhých lidí, a kontakt s nimi skrze odezvu ve vlastním procesu. Jedná se o naplnění procesu pulsace od **já** k **ty** a k **my** a zase od **my** zpět k **já**, aniž by člověk ztratil hranice vlastního **já** a odpovědnost za vyvolaný kontakt. Uvědomění si vlastních „*dospělých nohou*“ (fyzicky, psychicky i duchovně) a na hranici **já** a **my** uvědomění si i smyslu vlastní existence. V procesu lepšího porozumění sobě se připravuje posun či změna a skrze ně se posiluje směr vlastního zrání. A od tohoto procesu se také odvíjí lepší porozumění i druhým lidem.
3. Nekritizovat, neodsuzovat, nebýt invazivní! Cesta k vyjádření nesouhlasu s určitým činem člověka neznámá současně negaci tohoto člověka. Stejně tak je důležité na nesouhlas s našimi činy ze strany druhých lidí ve skupině nereagovat popíráním, vysvětlováním, odporem, vzdorem a obranami **já**. Ale naopak reagovat žádostí o více informací, protože je nutné dozvědět se o sobě co nejvíce tak, aby člověk mohl v sobě „nastartovat“ proces posunu či změny. Ukáže-li se, že se kritik mylí, dokázat stát za svým přesvědčením bez negativních emocí a negací (odsudků) druhého člověka.
4. Nebýt závislý na žádném myšlenkovém systému, protože to jsou pouze návody, nikoliv absolutní pravdy. „*Držitel pravdy*“ snadno „přehlédne“ to, co může být a je skutečně pravdivé. Znamená to být otevřený k názorům jiných lidí. Také to znamená přiznat si i omyly ve vlastních úsudcích.
5. Nevnučovat nikomu autoritu. Být tolerantní v dialogu. Nemanipulovat. Současně to znamená být v kontaktu se svým procesem a naslouchat v sobě vnitřnímu dialogu a uvědomit si, o koho v nás se v dialogu jedná. „*Kdo*“ v nás samých s námi nesouhlasí, negativně nás hodnotí, je nepřátelský atd. Je nutné poznat v sobě, ve vnitřním dialogu toho, kdo kritizuje, mentoruje, přikazuje a zakazuje. Stejně tak je důležité rovněž poznat toho, kdo se nás ve vnitřním dialogu zastává a obhájí nás před námi samotnými. Nevyhýbat se bolesti a utrpení. Jen tak lze nalézt autory a příčiny příkazů a zákazů.
6. Na straně druhé, je nezbytně nutné zjistit, jaké jsou příčiny naší eventuální netolerance, nepřátelského pocitu vůči druhému člověku atd., poté zpracovat tuto naši stránku a probudit v sobě odvahu i schopnost reálné pomoci druhému člověku v nouzi.

7. Být schopen reflexe a sebereflexe. A to skrze permanentní práci se sebou, tak aby uvolněný potenciál (který by jinak mohl být vyplýván na přetvářku, maskování a lež před sebou i před druhými lidmi) umožnil člověku žít bez nesplnitelné touhy a přání, bez chtivosti, lačnosti po věcech, bez pocitu permanentní potřeby „něčeho“ a permanentního pocitu, že člověku „svět stále něco dluží“. Znamená to uvolnit se pro cestu k nápravě skrze porozumění příčinám zlosti, hněvu, závisti, nenávisti a žárlivosti. Je to cesta k otevřenosti se vztahům a k pochopení pro lidské nedostatky i slabosti (a současně porozumění tomu, že pochopení ještě automaticky neznamená souhlas se vším, co druhý člověk dělá). Je to cesta k toleranci, k soucitu a k lásce.
8. Posilovat koncentraci, všímavost a vědomou jednotu těla a mysli. Je to cesta k posílení vnitřní integrity, která má navenek své vyjádření nejen v pocitu stability, ale i v projevení této stability v reálném prostředí. Současně také probíhá permanentní práce s polaritami v člověku.
9. Používat slova se všímavostí k jejich významům. „Neznásilňovat“ slova, nepoužívat slova vulgární, agresivní, slova vyvolávající konflikt a ta slova, která mohou „zraňovat“ naslouchajícího a mnohdy zpětně paradoxně i mluvčího. Tato zásada je o umění vyslechnout a o úsilí, které směřuje k porozumění jako cestě k důvěře a nikoliv k manipulaci. Je to cesta k míru se sebou a k míru s druhými lidmi. Slova byla „stvořena“ pro uvědomění si „lidství“ a jeho vyjadřování „navenek“ a nikoliv pro peklo v nitru člověka.
10. Najít odvahu pro vystoupení proti nespravedlnosti bez dětských nebo neurotických reminiscencí a nabídnout konstruktivní řešení situace. Současně to znamená neztratit ze zřetele sebe a orientovat se v tom, co je příliš subjektivní a ve vlastním jednání může do dialogu přinést element nespravedlnosti. Také to znamená být otevřený k sebezpřesahujícím hodnotám.

## **V.1. Některé prvky sanoterapeutického scénáře**

### **V.1.1. Vybrané postupy pro uzemnění (grounding):**

#### **V oblasti chodidel:**

- a) klient stojí vzpřímeně a terapeut podloží svými dlaněmi jeho chodidla;
- b) klient stojí vzpřímeně a terapeut položí své dlaně na nártu klienta;
- c) klient leží na zádech a opírá svoje chodidlo o stehna před ním klečícího terapeuta (jiná varianta je opření chodidel o ramena nebo o hýždě, v tomto případě zády ke klientovi obráceného terapeuta);
- d) vzpřímeně stojící klient pokrčí prsty na noze a „vyhrabává s nimi důlek v zemi“ za současného zvukového doprovodu, výrazné dechové frekvence a zvyšujícího se úsilí;

- e) velmi pomalá chůze („*otevření*“ se pocitům a prožitkům);
- f) velmi rychlá chůze (udržovat kontakt s chodidly);
- g) klient je v pozici vzpřímeného stoje:

nádech a prsty na nohou směřují nahoru  
výdech a prsty na nohou směřují dolů  
nádech a váha těla se přenesse dopředu  
výdech a váha těla se přenesse zpět do středu  
nádech a váha těla se přenesse na paty  
výdech a váha těla se přenesse zpět do středu  
nádech a váha těla se přenesse na vnější hranu  
výdech a váha těla se přenesse zpět do středu  
nádech a váha těla se přenesse na vnitřní hranu chodidla  
výdech a váha těla se přenesse zpět do středu

- h) lidé ve skupině sledují pouze svoje chodidla (bosá chodidla; jsou pouze „*svými chodidly*“, „*setkávají se chodidla*“, „*komunikují*“ chodidla, stabilitu „*hledají*“ chodidla).

#### **V oblasti nohou:**

- a) poskoky na místě s dopadem na celou plochu chodidel;
- b) poskoky na místě tak, že prsty chodidel (špičky nohou) jsou v kontaktu se zemí, zvedají se pouze paty;
- c) chůze a běh po patách (dopředu, dozadu, rotace, vyskakování snožmo i přeskakování z jedné paty na druhou patu);
- d) chůze a běh po špičkách (totéž co v bodě c);
- e) jednu nohu přednožit, natáhnout prsty na této noze dopředu; poté následuje běh na jedné noze tak, že dopředu natažená noha vede celé tělo tam, kam „*si přeje*“ (jako první „*proráží*“ prostor špička palce na noze, mysl „*nezasahuje*“ do směru pohybu, vše „*organizuje*“ vůdčí noha);
- f) dvojice leží na zádech tak, že se vzájemně opírají o sebe bosými chodidly; nohy jsou nataženy a mírně od sebe; následuje přitažení se hýžděmi k sobě tak, že nohy chodidly spojených lidí se zvednou a mají tak možnost pohybu v kyčelním kloubu; poté následuje vzájemný pohyb a komunikace pouze skrze chodidla; nakonec si dvojice položí nohy na zem, zůstane ve spojení mezi sebou prostřednictvím chodidel a nechá všechny děje doznít.

## V oblasti páteře:

Před následujícími postupy je nutné uvolnit tělo v pozici na zádech; vleže na zádech vzpažit pravou paži a protáhnout ji do dálky až po konce prstů; totéž udělat pro levou paži; následuje protlačení pravé paty do dálky a poté levé paty; uvolnit krční prohnutí přisunutím brady blíže k hrudi; lopatky „spustit“ šikmo dolů; bederní prohnutí zmírnit protlačení pat do dálky; v následujících sestavách se vychází z této základní pozice; přetáčejí se především nohy a pánev je následuje; impuls k pohybu vychází z pánve, nikoliv z boků, a při pohybu je nutné soustředit se na kostrč, odkud je pohyb veden; pohyb hlavy by neměl předcházet pohybu pánve; hlava by se měla volně pohybovat po podložce a nezvedat se nad ni; ramena a lopatky by měly zůstat na podložce; bedra se přitlačují k podložce dechem; nepřetáčet se příliš rychle.

- a) v poloze na zádech, paže jsou upažené; hlava se plynule otáčí z jedné strany na druhou, brada se posunuje co nejdále nad rameno, oči sledují dlaň a paže se vytahuje co nejdále; současně se plynule přetáčejí obě špičky nohou, vždy na opačnou stranu, než se pohybuje hlava – pevným bodem jsou lopatky; pohyby je nutné několikrát opakovat;
- b) základní výchozí poloha na zádech; s nádechem provést hrudní záklon, pánev se nezvedá, ale vyklene se nad podložku s celou páteří tak, že podložky se dotýkají pouze hýždě a hlava (která směřovala pohybem do záklonu) v týlu až temeni; poté se pokrčí paže a dolní končetiny a zvednou se nad podložku – zadržet na několik vteřin dech, a potom s výdechem „jít“ do výchozí pozice a uvolnit celé tělo za současného otáčení hlavy do strany; celý pohyb je nutné opakovat třikrát, přičemž hlava se vždy otáčí jiným směrem;
- c) základní výchozí pozice — ruce jsou rozpaženy, kolena jsou pokrčena snožmo a přitažena k hrudníku (kolena a kotníky jsou velmi těsně u sebe); bederní úsek páteře a šíje jsou „přitaženy“ k podložce; kolena a pánev se přetáčejí na jednu stranu a přitom kolena směřují co nejbliže k rameni; hlava se pohybuje na opačnou stranu a opět co nejbliže k rameni; nutno opakovat třikrát na každou stranu;
- d) totéž co v bodě c), ale tentokrát nejsou ruce rozpažené, ale objímají kolena a přitahují je co nejbliže k hrudníku – následují stejné pohyby, jako jsou uvedeny výše;
- e) u p o z o r n ě n í — změna základní výchozí polohy: základní poloha na boku; v poloze na pravém boku (je možné vybrat si spontánně příjemnější z pozic na jednom nebo druhém boku), pravá paže je vzpažena, ohnuta v lokti a na předloktí je položena hlava, dlaň fixuje hlavu v ose páteře; dolní končetiny jsou nataženy snožmo; celé tělo i hlava jsou v průběhu cvičení stále v jedné ose s páteří (nezaklání se ani se nepředklání); levá paže je pokrčena a dlaní kolmo opřena o podložku před dolní částí hrudníku, tím se „spustí“ ramena i lopatky dolů; ze základní výchozí polohy – levou nohu pokrčit v koleni tak, že její vnitřní kotník se opírá o koleno spodní nohy; s nádechem vytáčet koleno nahoru, až se postupně chodidlo postaví na podložku; s výdechem vrátit levou nohu do výchozí pozice; nutno opakovat třikrát;
- f) výchozí pozice na boku — obě kolena pokrčit tak, aby stehna byla v ose těla a lýtka v pravém úhlu směřovala dozadu; s nádechem přetáčet pánev dopředu a chodidla zvedat ke stropu; s výdechem se vrátit do výchozí pozice;
- g) výchozí pozice — leh na zádech; fyzioterapeutický válec se pokládá pod různé úseky páteře a v každém úseku klient prodýchává – „*tělo volné jako tubus*“;

- h) pozice kolébky — leh na zádech; ohnout nohy v kolenou, uchopit kolena zkříženými rukama, zvednout hlavu nad podložku, přitáhnout bradu k hrudníku a rozhoupat se na páteři;
- ch) výchozí pozice — leh na zádech; vytvořit výše uvedenou pozici kolébky, ale tentokrát se nepohybovat po délce páteře; s nádechem silně tlačít ruce proti kolenům (10 vteřin vydržet) a s výdechem zase silně rukama přitáhnout kolena k hrudníku;
- i) klient leží na boku a terapeut klečí u jeho zad; terapeut položí jednu svoji dlaň na bederně křížový přechod a druhou dlaň položí na cervikotorakální (krčně-hrudní) přechod; synchronně s nádechem klienta terapeut přitlačí dlaně a současně je od sebe odtahuje; je tak v pevném spojení s klientem; s jeho výdechem uvolní terapeut tah a tlak svých dlaní, ale zůstává v doteku s klientem.

### V oblasti hlavy:

- a) klient leží na zádech a terapeut sedí u jeho hlavy – podloží svoji dlaní týl klienta a druhou svoji dlaň položí na čelo klienta;
- b) klient leží na zádech a terapeut klečí za jeho hlavou; terapeut lehce položí svoje dlaně na uši klienta;
- c) klient leží na zádech a terapeut sedí u jeho hlavy; lehce položí svoji dlaň na zavřené oči klienta;
- d) klient leží na zádech a terapeut sedí u jeho hlavy tak, že má hlavu klienta položenu ve svých dlaních (dlaně tvoří „misku“, tzn. že se dotýkají v oblasti malíkových hran; klouby svých prstů se terapeut současně opírá o podložku). (Ve všech výše uvedených případech „uzemnění hlavy“ se současně pracuje s dechem, uvolněním v celém tělesném schématu a s uvolňováním sanogenetických procesů.)

### V.1.2. Vybrané postupy práce s dechovou vlnou (centering):

- a) výchozí poloha v kleku — dlaně se opírají o podložku v úrovni ramen, lokty jsou nataženy; s výdechem vyklenout páteř směrem ke stropu, pupek „tlačít“ směrem k páteři, svésit hlavu a „podívat se“ směrem ke kostrči a pánev „podsadit“ právě směrem k hlavě; s nádechem prohnout páteř opačným směrem, pupek tlačít obloukem směrem k podložce, hlava směřuje do záklonu a ústa jsou pootevřena; několikrát opakovat celý postup;
- b) dvojice: poloha ve stoji vzpřímeném — mírné rozkročení; jeden z dvojice dá obě ruce v bok a opře se o horní okraj kosti pánevní tak, že prsty se současně opřou o hroty kosti pánevní; druhý z dvojice stojí za prvním a uchopí jeho lokty do svých dlaní; s nádechem prvního člena z dvojice druhý člen v horizontální rovině přitahuje jeho lokty (za jeho zády) k sobě a s jeho výdechem je zase uvolní; celý cyklus se několikrát opakuje, přitom se zvyšuje tah za lokty a více se tak „otevřít přední stěna“ člověka pro větší objem přijímaného vzduchu během nádechu, uvolňují se bloky, spazmy atd.;
- c) dvojice: poloha ve stoji vzpřímeném — mírné rozkročení; první člen z dvojice zapaží, uchopí se za zády za své zápěstí, propne lokty, „vytáhne se“ z ramen a uvolní se; druhý

- člen z dvojice stojí u jeho boku a podloží svým předloktím spojené ruce prvního člena z dvojice; s nádechem prvního, druhý mu pomůže výrazněji zapažit, s jeho výdechem zase uvolnit zapažení do výchozí pozice; celý cyklus se opakuje se zvyšující se amplitudou zapažení;
- d) dvojice: jeden člen z dvojice sedí a opírá se zády i hlavou o nohu (z boční strany) stojícího druhého člena dvojice; první má současně obě ruce spojeny v týlu a svoje lokty tlačí co nejvíce dozadu; druhý člen z dvojice uchopí do dlaní jeho lokty a opět (tak, jak bylo uvedeno v předešlém postupu) s nádechem tlačí jeho lokty v horizontální rovině co nejvíce dozadu, s jeho výdechem je uvolní; celý cyklus se několikrát opakuje;
- e) dvojice: jeden člen z dvojice se posadí na židli bez opěradla a druhý se postaví za jeho záda; první zkříží svoje paže přes hrudník až tam, kam dosáhne (může si i křížem položit dlaně až na svoje ramena); druhý člen dvojice zezadu uchopí do svých dlaní jeho lokty a záda prvního si opře o svůj hrudník; s nádechem prvního člena, druhý „podrží“ jeho hrudník za lokty ve svých dlaních a současně „propne“ trup cvičícího (protože při nádechu se bránice posunuje směrem dolů); s jeho výdechem uvolní tah; několikrát se celý cyklus opakuje; ve druhé fázi tohoto postupu se naopak „podrží“ hrudník při výdechu cvičícího, jinak je postup stejný jako v první fázi; ve třetí fázi se provede trakce hrudní páteře tak, že v pozici, kdy cvičící je opřený zády o hrudník druhého z dvojice, který současně drží lokty jeho zkřížených paží, právě tento druhý člen dvojice zakloní svůj trup a tahem končetin provede mobilizační trakci hrudní páteře, přičemž je dbáno na to, aby nešlo jen o záklon v hrudním úseku páteře a aby cvičícího nezvedal ze židle; vše se děje v klidu a pohodě, pozvolna a se všímavostí k tomu, s kým se pracuje; musí zde být prostor i na delší setrvání s vlastními pocity a prožitky cvičícího;
- f) dvojice: jeden člen z dvojice se posadí na židli bez opěradla a druhý člen z dvojice se postaví za záda prvního; sedící si v lokti flektovanou ruku dlaní položí na cervikookcipitální přechod; druhý protáhne zezadu svoji ruku ohybem paže cvičícího tak, že uchopí jeho loket do své dlaně; vytvoří tak „páku“, kterou při nádechu cvičícího protahuje jeho úklon (propne boční plochu hrudníku) a poté uvolňuje úklon během výdechu cvičícího (hlava zůstává vždy v ose páteře); druhý (při následujícím postupu) při nádechu a úklonu cvičícího svojí druhou rukou (při natažených prstech) – dlaní projede celou plochu mezižeberních prostorů, od podpažní jamky až po 12. žebro; celý cyklus se několikrát opakuje;
- g) dvojice: dvě židle; na jedné židli sedí cvičící a druhá židle je od něho vzdálena tak, aby druhý z dvojice mohl ohnout svoji nohu v kolenu a kyčli a položit tak chodidlo na sedací část této židle (přitom stojí bokem k prvnímu z dvojice), potom si cvičící položí svoje natažené paže (ve výši loktů) na stehno ohnuté nohy druhého z dvojice; ten pak jednou svojí rukou přidrží lokty cvičícího, aby při práci neklouzaly po stehně a svojí druhou ruku, dlaní, položí na přechod torakolumbální cvičícího; při výdechu cvičícího druhý pozvolna abdukuje svoji flektovanou dolní končetinu a současně dlaní protlačuje dolní úsek hrudní páteře do retroflexe, přičemž cvičící zvedá hlavu do záklonu; při nádechu cvičícího se addukcí dolní končetina druhého z dvojice vrací do výchozí pozice (současně je uvolněn tlak na páteř a cvičící prohlubuje hrudní kyfózu), hlava se vrací k hrudníku (brada co nejbliže hrudníku) – předklon; celý cyklus se několikrát opakuje;
- h) dvojice: obdobná pozice jako v bodu g) i stejný princip pohybu, ale tentokrát si cvičící v lokti flektované paže opře o stehno druhého z dvojice (opře se lokty) a dlaně si položí na šíji; druhý zase položí svoji otevřenou dlaň na hrudní úsek páteře cvičícího, ovšem

tentokrát v oblasti cervikotorakální (prsty ho překrývají) a druhou rukou poskytne oporu loktům; jinak vše se opakuje jako v případě bodu g);

- ch) dvojice: jeden leží na zádech a druhý sedí rozkročen za hlavou prvního z dvojice; druhý z dvojice uchopí hlavu ležícího do „misky“ (viz výše) a s jeho nádechem zvedá jeho hlavu nahoru (asi 10 cm) a s výdechem „jde miska“ s hlavou dolů; vše se opakuje; potom se pohyb modifikuje tak, že při výdechu, když se hlava v dlaních spouští do výchozí polohy, tak v souladu s průběhem výdechu cvičícího se „klouzavým“ pohybem kloubů „misky“ po podložce a se „zapřením“ prstů „misky“ o okraj kosti okcipitální „vysune“ brada ležícího dopředu a nahoru; celý cyklus se několikrát opakuje;
- i) dvojice: oba stojí čelem k sobě, v základním sanoterapeutickém postavení a navzájem se o sebe opírají spojenými (otevřenými) dlaněmi; s nádechem se opřou do dlaní a stále v kontaktu „jdou“ trupem (chodidla se nepohnou z místa) dozadu (prohloubí se bederní lordóza) a hlava „jde“ do záklonu; s výdechem paže flektují, zvětší se hrudní kyfóza, hlava jde do předklonu (cvičící se téměř dotknou čely); celý cyklus se několikrát opakuje.

### V.1.3. Vybrané postupy práce s agresí a vztekem:

- a) dvojice: oba se posadí na zem, čelem proti sobě, s napnutýma, mírně roztaženýma nohama; jeden z dvojice si položí svoje chodidla mezi chodidla druhého z dvojice (v úseku nártů) a snaží se tlačit partnerovy nohy od sebe, čemuž se zase partner brání (je-li ve dvojici žena, vždy má svoje chodidla mezi chodidly partnera); současně se přidá „bušení“ dlaněmi o podlahu a silný zvuk – je nutné dát volný průchod agresí; po odeznění dějů se v aktivitě zúčastnění vystřídají;
- b) práce sólo: stočený velký ručník se přehodí kolem šíje a jeho konce se pevně uchopí rukama; poté se střídavě silně „popotahuje“ za tyto konce a člověk tak „bojuje“ ve stoje, v kleku i vleže za silného prodýchání se, vydávání zvuků a razantního pohybu „všemi směry“;
- c) dvojice: každý člen dvojice použije svůj stočený ručník a vzájemně si je uprostřed překříží; poté usilují tomu druhému jeho ručník vytrhnout ze sevřených rukou; nutný je zvukový doprovod, uvolnění šíje, pletence ramenního, pánve i dna pánevního;
- d) práce sólo: základní postavení (vzpřímený stoj) s rozkročenýma nohama na šíři ramen; klasickým způsobem uvolnit celé tělo a potom provést flexi paží v loketním kloubu; krouživým pohybem v ramenním kloubu (nahoru, dozadu a dolů) s pomocí loktů obloukem (lokty směřují až k páteři) razantním způsobem setřást „nepřítele ze zad“ nebo setřást „ranec starostí“ ze zad; zvuk, dech atd.;
- e) dvojice: jeden přidrží na zemi podušku a druhý si před ni klekne s mírně roztaženými nohami; poté extenduje paže a v poloze nad hlavou je pevně spojí dlaněmi i prsty; poté s nádechem „jde“ hlavou do záklonu, současně dozadu protáhne natažené paže a v pěst sevřené ruce a s výdechem a silným výkřikem a velkým obloukem s nimi prudce směřuje dolů a silně pěstí uhodí do nastavené podušky; vše se v rychlém sledu opakuje za současného otevření cesty pro proud agrese a vzteku;

- f) práce sólo: základní postavení – pánev je „zavěšena“ při následném širokém rozkročení se a současném pokrčení nohou v kolenním kloubu, následuje flexní postavení paží v loketním kloubu a „vysekávání“ pánví tak, že pohyb začíná pánev „zasunutá“ dozadu, poté se pohybuje zezadu-dole-nahoru-dopředu (co největším možným obloukem) za současného „vyrážení“ zvuku a zvýrazňování flexe paží;
- g) dvojice: zády k sobě a opřít se současně navzájem hlavami i hýžděmi; poté „bojovat“, přetlačovat se a „bušit o sebe“ právě hýžděmi za současně vydávaného silného zvuku;
- h) práce sólo: leh na zádech, ruce podél těla, dlaněmi na podložce a s nataženými nohama (mírně nohy od sebe); následuje „podsunutí“ pánve směrem k hlavě tak, aby se ležící člověk v oblasti pánve dotýkal podložky „vrcholem“ hýždřových svalů; poté začít rytmicky „bušit“ hýžděmi o podložku; současně je třeba přidat zvukový doprovod;
- ch) dvojice: jeden člen z dvojice leží na zádech a druhý klečí u jeho boku; druhý člen pevně uchopí ležícího člověka v místě obou hrotů kosti pánevní (neprotlačovat prsty do dutiny pánevní); poté první člen z dvojice začne bušit rukama o podložku a současně kopat nohama a přidá silný zvuk; po celou dobu musí být cvičící člověk v očním kontaktu s tím, kdo mu poskytuje podporu pro jeho práci s agresí;
- i) trojice: jeden člen trojice se položí na záda, druhý člen ho uchopí za nártu nohou, které jsou u sebe a třetí člen ležícího uchopí v oblasti kolenního kloubu; oba pevně sevřou ležícího člověka; následuje pulsní pohyb ležícího člověka (snaží se vyprostit tak, že střídavě přitahuje a odtahuje svůj trup od sevřených končetin), který se za pomoci zvuku usiluje zvýrazněným pohybem uvolnit ze sevření.

Ve všech cvičeních a) až i) je nutné dbát na práci s dechem.

Výše uvedeným způsobem by bylo možné popsat i další elementy sanoterapeutických scénářů (práce s „podržením se“, „odevzdáním se“, s polaritami atd.).

### **Harmonizace proudění v oběhových systémech těla (rytmická bubnová sóla):**

Každý člen skupiny si dá před sebe židli, klekne si před ní a po zahájení hudební produkce začne postupně dlaněmi stejný rytmus vybubnovávat na židli. Přidá pohyb trupu a zesílí „vlnění“ od pánve k hlavě a zase zpět. Po uvolnění celého těla se přidá i zvuk. Jakmile se tělo začne prohřívát a mysl se uvolní ze slov a pohyb graduje, terapeut vypne hudbu a skupina pokračuje v rytmickém bubnování svým osobním tempem.

Po 10 minutách terapeut zase zapne hudební produkci a zesílí zvuk. Pozvolna, skrze reprodukováný, měnící se rytmus, vede skupinu ke zklidnění. Potom lidé vleže nechají reakce, pocity a prožitky proběhnout a doznít. Následuje krátká interpretace a dialog, kdy se zpracovávají uvolněné vnitřní obsahy.

### **Zkouška integrity a stability (vztah fyzické stability a psychické integrity a jejich vzájemná podpora):**

Dvojice: jeden z dvojice drží opěradlo židle a druhý na židli stojí zády k prvnímu. Soustředí se na „přítomnost“, prodýchání a uvolnění se. Poté se na židli stojící člověk postaví na jednu nohu, dobře „rozprostře“ chodidlo (nezatíná, ani nezvedá prsty na noze), pracuje s vnitřním



vyladěním na zvýrazněný pocit vnitřní integrity, zavře oči. Druhou nohou, než je ta stojící, „prošlapuje“ prostor kolem sedadla židle tak, že pata jde až pod okraj sedací části židle a opakovaně se pohybuje v oblouku i přes nohu stojící. Člověk současně pracuje na posílení fyzické stability a psychické integrity (všímá si, jakou strategii volí, dále jak rozumí svým protektivním a rizikovým faktorům ve struktuře osobnosti, co ho posiluje a co naopak oslabuje, jaká obrana mu vystupuje do popředí atd.). Ten, který drží opěradlo židle, pozoruje, jak zvládá na židli stojící člověk zátěž, aby mu mohl poskytnout zpětnou vazbu.

Stojící na židli se na pokyn terapeuta po určité době znovu postaví na obě nohy, nechá oči zavřené a pracuje v sobě s tím, co právě v jeho mysli proběhlo. Například jak vlastně funguje ve všedním životě během zátěže, o co se může v sobě opřít, když hledá v sobě cestu k větší stabilitě; co k tomu všemu potřebuje atd. Poté nechá děje doznít a přes jednu polaritu – hluboký nádech, dlouhý výdech a otevření očí – se vrátí se do bdělého a aktivního stavu. Dvojice se vystřídá. Po ukončení tohoto postupu následuje krátká interpretace, zpětná vazba a další možné dialogy.

#### **V.1.4. Zkouška integrity a stability** (v procesu vzdalování se a přibližování se k objektu a uvolnění zkušenosti z procesu „vztahování se“):

Dvojice: jeden z dvojice sedí na zemi v pozici „tureckého sedu“. Druhý nad ním stojí na židli (obličejí k sobě) v neutrálním postoji a bez „řeči těla“. Sedící vzpaží a s nataženými rukama naznačuje „toužení“ po pomoci směrem ke stojícímu. Ten naznačí postojem odmítavý vztah a zůstane bez dalších doprovodných projevů jako „skála či kus ledu“. Oba se vnitřně otevrou pro hlubší proud prožitků, pocitů, reakcí v sobě a pro vnitřní cestu od sebe ke druhému a zase zpět k sobě. Oba vnímají nastupující obrany („pozoruj“, jak obvykle na zátěžové a emočně silné situace reagují atd.). Po pěti minutách, na pokyn terapeuta, sedící vstane, rozpaží a nechá rozpažené ruce („náruč“) a poté stejnou „náruč“ udělá i stojící člověk (který mezi tím seskočil ze židle), aniž by se oba vzájemně dotýkali.

Dech, pocity a prožitky se v tomto prostoru náruče nechají poněkud déle volně „proudit“. Poté, na znamení terapeuta, se oba spolu pevně obejmou. Po krátké pauze totéž absolvuje i druhý z dvojice. Vše se nechá doznít, proběhnout, pak se lidé posadí a poskytnou si zpětnou vazbu. Následuje interpretace a dialogy s terapeutem.

#### **Zkouška integrity a stability:**

Dvojice: jeden z dvojice se postaví do základního sanoterapeutického postavení, druhý si k někomu stoupne z boku a poskytne mu podporu otevřenou dlaní v místě, kde lopatky „svírají“ tupý úhel. První z dvojice se uvolní, prodýchá a zkusí si oporu; zavře oči a pevně se opře o ruku (uvědomění si, po jaké linii opora pro něho přichází, zda po otcovské či po linii matky atd.; současně hledá eventuální komplikace a jejich příčiny). Poté se sám vzdálí od ruky, která mu poskytovala oporu, takže se na místě pouze od ruky odkloní na 5 až 10 centimetrů (pohybem trupu dopředu). Jedná se o rozhodnutí postavit se na vlastní „dospělé nohy“ (proto si celý děj člověk řídí sám) a o odvahu čelit tak eventuálnímu ohrožení. V další fázi se skupina postaví před prvního z pracujících dvojice, který má stále zavřené oči. Skupina je od něho v takové vzdálenosti, že v případě natažených rukou jsou tyto ruce 5 cm od jeho obličeje. Na znamení terapeuta první z pracujících dvojice otevře oči a skupina, současně se silným výkřikem, vztáhne prudce svoje ruce k obličejí tohoto člověka. Ten opět zavře oči. Nechá vše v sobě proběhnout a pracuje s obranami, s dezintegrací, s emoční labilitou, s uvědoměním si, kdo mu vlastně vzadu

poskytl nebo neposkytl v ohrožení oporu, co prožíval a co prožívá nyní, zda se něco změnilo oproti představám a pocitům, které měl člověk před ohrožením o sobě atd. Postupně se ve stejné roli vystřídají všichni členové skupiny. Terapeut musí mít připravený repertoár různých forem ohrožení tak, aby se i přes opakovaný kontext vždy „objevila překvapující forma ohrožení“. Po vystřídání se všech členů skupiny následuje zpětná vazba, interpretace a dialogy.

#### **V.1.5. Témata imaginativní části sanoterapeutického scénáře:**

1. Dům na louce v lese
2. Dva balony – černý a pestrý (vzestup a let pestrým balonem; výstup do prostoru)
3. Jeskyně
4. Jeskyně a dítě
5. Jeskyně a muž a žena
6. Hora
7. Jezero
8. Moře a ostrov
9. Oheň
10. Kontakt s průvodcem
11. Žalář v cizí zemi
12. Let orla
13. Král a královna (práce se vztahem k autoritě)
14. Otvor v podlaze
15. Cesta výtahem ve výškové budově i s podzemními patry (práce s nejranější vzpomínkou)
16. Společné cestování skupiny v exotické pouštní zemi

(práce s odvahou a rozhodností versus zbabělostí, s dominancí a submisivitou, s fyzickým ohrožením a z něho generujícím možným pocitem bezmocnosti, beznaděje, práce se skupinovou solidaritou versus egocentrismem a egoismem, afiliativní versus avidní chování atd.)

### **V.1.6. Arteterapeutická témata v sanoterapeutickém scénáři:**

1. Kresba stromu
2. Nakreslit kruh a poté vlastní logo
3. Volný pohyb tužkou po papíru bez vědomého ovlivňování toho, co za sebou zanechává tužka; poté obtažení možných, z čar vystupujících konkrétních předmětů;
4. Malování se zavřenýma očima
5. Volné, spontánní malování při hudbě
6. Kresba beze slov jednou pastelkou, kterou společně drží dva lidé (poté beze slov společně napsat název díla a podepsat se)
7. Kresba s ovlivňováním (druhý sem tam do kresby prvního něco v náznaku dokreslí)
8. Kresba společného domu pro skupinu (přitom spolupráce členů skupiny probíhá beze slov)
9. Kresba pěti přání
10. Vlastní karikatura, portrét
11. Míra zakotvenosti ve světě reálných věcí
12. Proměna v živočicha, nakreslit ho a poté zvýraznit jeho dobré a zlé vlastnosti
13. Nakreslit na jednu stranu listu lidskou postavu, poté na druhou stranu nakreslit lidskou postavu s opačným pohlavím k první postavě
14. Nakreslit tři symboly:
  - a) vyjadřující vnitřní svět
  - b) vyjadřující intimní život – milostný, rodinný
  - c) vyjadřující život profesionální, společenský
15. Kresba vlastní psychosomatické siluety
16. Kresba dosavadního průběhu vlastní životní linie
17. Nejkrásnější místo pro člověka
18. Troje dveře
19. Most
20. Portréty tří členů skupiny dle vlastního výběru (nejtajemnější, nejotevřenější, nejsympatičtější apod.)

21. Dar versus nedar
22. Okno
23. Ruka (vlastní, laskavá, zlá, černá, mužská, ženská, dětská)
24. Katarze: na záda jednoho člena skupiny přichytit list papíru – na něm je nakreslený člověk s vyjádřením jeho vztahu k lidem; ostatní si prohlédnou kresbu a do jednoho sloupce napíší pro komunikaci s ním příznivé a do druhého sloupce pro komunikaci s ním nepříznivé vlastnosti, komplikující přiblížení se k němu. Poté si sednou do kruhu a člověk s papírkem v ruce nejprve bez přečtení si vyjádření na papírku odhadne, jak si myslí, že se lidé o něm vyjádřili. Poté si přečte to, jak ho vidí ostatní lidé ve skupině. Následuje zpětná vazba, dialog i možné interpretace ze strany terapeuta.
25. Já uprostřed lidí; můj nejhorší zážitek; jak se jevím ostatním, život bez obav; jaký bych chtěl být; já za deset let; síla versus slabost; co lidem dávám a co dostávám;
26. Kresba rance starostí
27. Klobouk empatie – viz rozeřivací techniky
28. Zeď paradoxů – viz rozeřivací techniky
29. Skupinové nástěnné malby na dané téma – viz rozeřivací techniky
30. Strom rodiny – dotyčný je kmen (ego), rodinní příslušníci jsou jeho větve – viz rozeřivací techniky

## VI. Meditace v sanoterapii a příklady relaxačních postupů

### VI.1. Meditace v sanoterapii – od hodinové po čtyřhodinovou

Nejedná se o prosté „cvičení“ všímavosti, koncentrace, pozitivního myšlení atd., ale o nastavení vnitřních podmínek ke spontánnímu zahájení procesu, který hic et nunc vede skrze houštinu zraňujících emocí ke klidu myslí beze slov, jako tiché plynutí časem. Poněkud paradoxně zní, že **já** vědomě do tohoto procesu uvědomování sebe nezasahuje, ale to, co je potřebné, po ukončení meditace s pocitem porozumění přináší do terapeutické práce.

Formy meditace:

#### a) dynamická

#### b) klidová: 1. turecký sed

2. faraónská pozice

meditace well-being

meditace „do pyramidy“

meditace s použitím zvuku

meditace „jsem“ (otevření se procesu; „být procesem“)

meditace „vnitřní ticho“ = „NIC“ (otevření se „vědomí přítomnosti“ jako nejvýstižnější vyjádření nevyjádřitelného)

### VI.2. Příklady relaxačních postupů

Relaxace může probíhat v pozici „drožkáře“, v pozici „westernové“, v pozici „srdce“, dále s pomocí techniky „sprcha“, „loutka“ atd. Uvedeme deset možných relaxačních postupů podle přehledu M. Mihulové a M. Svobody (1992):

#### 1. 22 bodová relaxace

**Postup uvolňování:** 1. špičky nohou, 2. celá chodidla, 3. lýtkové svalstvo, 4. stehenní svalstvo, 5. oblast kyčlí, 6. základna páteře, 7. celá pánev, 8. břicho, 9. hrudník, 10. ramena, 11. prsty rukou, 12. dlaně, 13. předloktí, 14. nadloktí, 15. krk, 16. brada a ústa, 17. nos a tváře, 18. oči a okolí očí, 19. uši a oblast za ušima, 20. zátylí, 21. temeno hlavy, 22. čelo.

## **2. Relaxace jednotlivých oblastí**

Tento způsob relaxace je obdobný jako technika dvaceti dvou bodová, s tím rozdílem, že neuvolňujeme jednotlivé části těla, ale celé oblasti najednou. Relaxační postup je možno provést v kratším čase a vyhovuje zejména těm, kterým relaxace tělesné složky nedělá potíže a nemusí se tedy zdržovat detailním uvolňováním každé jednotlivé části.

### **Postup:**

1. Po krátkém zklidnění v relaxační poloze si uvědomíme celou pravou nohu, od špičky až po kyčelní kloub a vědomě ji uvolníme. Několik vteřin setrváme a procitujeme celou uvolněnou nohu. Vnímáme příjemné pocity, které se vytvářejí na základě uvolnění.
2. Stejným způsobem relaxujeme nohu levou.
3. Přejdeme na relaxaci pravé paže, kterou si opět nejprve uvědomíme od konečků prstů až po ramenní kloub a potom uvolníme obdobně jako nohy.
4. Totéž provádíme u paže levé.
5. Uvědomíme si celou oblast trupu, provedeme hluboký, ale nenásilný nádech, během kterého se soustředíme na rozpínání břišní stěny a hrudníku a s výdechem tyto oblasti uvolňujeme.
6. Uvědomujeme si uvolnění všech relaxovaných částí a oddáváme se pocitu hluboké relaxace. Jestliže v tomto uvolnění setrváme bez rušivých projevů, přesouvá se relaxace samovolně po krátké době také do oblasti hlavy.

## **3. Tíhová relaxace**

Provádí se v lehu na zádech tím způsobem, že se nejprve koncentrujeme na určenou část těla, dostatečně si ji uvědomíme a provádíme určitý pohyb spojený s prožitkem tíže a následným uvolněním.

### **Postup:**

Soustředíme se na pravou nohu po celé její délce od špičky až po kyčelní kloub, plně si ji uvědomíme a po 2–3 vteřinách začínáme velice pomalu krčit nohu v koleni a sunout patou po podložce směrem k hýždím. Tento pohyb, který provádíme zhruba po dobu 5 vteřin, je velice uvolňující, dbáme na to, aby se na jeho vytváření účastnilo jenom minimum potřebných svalů a stále celou nohu procitujeme. Je-li pohyb dostatečně uvolňující, dochází k pocitování tíhy v celé noze a tento pocit se během pohybu zvětšuje. Může být dokonce tak intenzivní, že máme dojem, jako bychom již nohu nemohli dále sunout. V tomto okamžiku, nebo alespoň při pocitu dostatečného uvolnění nohy i uvědomění si její tíže, pohyb na okamžik zastavíme a necháme nohu samovolně klesnout na podložku bez jakéhokoliv dalšího pohybu. Noha je těžká, uvolněná a klidně spočívá na podložce. Toto uvolnění se provádí pouze jednou a dále po 2–3 vteřinách klidu provádíme totéž s nohou levou. Po skončení přejdeme na pravou paži, kterou opět nejprve procitíme od špiček prstů až po ramenní kloub. Dále velice pomalu ohýbáme paži v lokti, zvedáme předloktí, procitujeme uvolněnost a tíhu paže. Pohyb ukončíme v okamžiku, kdy předloktí směřuje téměř kolmo k podložce, případně dříve, pokud ovšem již pocitujeme

dostatečné uvolnění a tíhu. Zvedání představuje opět dobu asi 5 vteřin. Po kratičkém zastavení necháme ruku vlastní vahou klesnout na podložku a dále jí nepohybujeme. Krátce si uvědomíme uvolněnou ležící paži a stejným postupem uvolníme i paži levou.

Dále provedeme hluboký nádech do břicha, uvědomíme si rozpínání břišní stěny a její uvolnění při výdechu. Stejným způsobem pozorujeme i následující hluboký nádech do hrudníku. Nakonec provedeme 2–3 velice uvolněné pohyby hlavou na každou stranu a necháme hlavu, aby se samovolně zastavila v klidové poloze. Dále již jenom zažíváme celkové, velice příjemné uvolnění.

#### **4. Relaxace s koncentrací na dech**

Tuto relaxaci provádíme v leže na zádech, v uvolněné poloze, kdy nejprve provedeme několik hlubokých, pomalých dechů. Začínáme se koncentrovat na motorickou stránku dechu, tzn. že procítujeme dýchací pohyby břišní stěny a hrudníku a snažíme se nenásilně, aby tyto vjemy byly jediným obsahem naší mysli. Zvládneme-li tento stupeň po určitou dobu, přesuneme svoji pozornost na proudění vzduchu. Pozorujeme chladný proud vzduchu, který vstupuje do nosu při nádechu a pokračuje dýchacími cestami do plic, a teplejší proud vzduchu, který vystupuje. V této ani v předchozí fázi dech nijak neovlivňujeme, pouze jej pozorujeme. Ve fázi následující vždy při nádechu vědomě rozšíříme chřípí a porovnáme množství vzduchu a energie získané tímto způsobem oproti dechu normálnímu. Po chvíli se vrátíme k běžnému dýchání a nyní se snažíme rozprostřít vědomí do celého těla a zažívat si jeho celkovou mírnou rozpínavost při nádechu a uvolnění při výdechu. Tento pocit automaticky splývá s nádechem a výdechem a celé naše vědomí se jakoby rozpouští v dechu – stáváme se dechem, který pro nás představuje život. Dále již nevkládáme žádné představy a setrváváme ve ztotožnění s dechem v hlubokém uvolnění, které v nás navozuje krásný pocit klidu a harmonie. Délka jednotlivých fází je kolem 1–2 minut s tím, že ji můžeme individuálně prodlužovat, poslední fázi je možno prodloužit na 5–15 minut. Tuto relaxaci je možno mimo uvedeného lehu na zádech provádět také v jiných polohách.

#### **5. Dotyková relaxace**

Provádí se většinou v lehu na zádech tak, že se koncentrujeme do určitých částí těla, procítujeme jejich dotek s podložkou a uvědomujeme si pocity, které v místě dotyku vznikají. Doba koncentrace na jednotlivé části je zhruba 2–5 vteřin. Relaxační postup se provádí nejprve na pravé polovině těla a potom na levé.

##### **Postup:**

1. Soustředíme se na patu pravé nohy a uvědomujeme si její kontakt s podložkou. U dalších oblastí postupujeme obdobně.
2. Pravé lýtko.
3. Pravé stehno a hýždě.
4. Pravá polovina trupu.
5. Pravá polovina šije.
6. Pravá ruka.
7. Pravé předloktí.
8. Pravé nadloktí.
9. Pravé rameno.
10. Znovu pravá polovina šije.
11. Uvědomíme si kontakt celé pravé nohy s podložkou.
12. Kontakt celé pravé poloviny trupu.
13. Kontakt pravé paže od špiček prstů až po ramenní kloub.
14. Kontakt celé pravé poloviny těla s podložkou od paty pravé nohy až k šiji.

Koncentraci na celou polovinu těla oproti předchozím bodům prodloužíme a porovnáme také s pocity v levé, zatím vědomě nerelaxované polovině. Při dostatečném uvolnění bychom měli zjistit, že pravá strana se nám jeví jako těžší, teplejší a jakoby objemnější.

Dále celý postup provedeme také na levé části těla. Po jeho ukončení bychom měli zjistit, že pocity v obou polovinách těla se vyrovnaly a jsou nyní přibližně stejné.

## **6. Relaxace s napětím**

Tento způsob relaxační techniky využívá k uvolnění předchozího vědomého napětí v určité části těla, které může být způsobeno určitým pohybem. Základní polohou je leh na zádech, je možno však využít i leh na břiše, na boku i sed a lze ji praktikovat i ve stoji s tím, že při vytváření napětí a uvolnění v jedné noze spočívá váha těla na druhé.

### **Postup:**

1. S hlubokým nádechem pokrčíme prsty pravé nohy tak, abychom procítili výrazné napětí, dále špičku nohy přitahujeme směrem k bérce, vytvoříme napětí lýtkového svalstva, kolena, stehenního svalstva a hýždě. Toto vše provedeme postupně během jediného nádechu. Zadržíme dech na 1–2 vteřiny a s výdechem uvolňujeme napětí v opačném pořadí, tzn. že nejprve uvolníme svalstvo hýždě, stehna atd. a ukončíme uvolněním prstu. Chvilku zůstaneme v klidu a pozorujeme rozdíl mezi pravou relaxovanou nohou a nohou levou.
2. Stejný postup provedeme na noze levé a potom opět porovnáme pocity s nohou pravou.
3. S nádechem stáhneme svalstvo obou hýždí, vytvoříme napětí v oblasti pánve, podbřišku, břicha, spodní části hrudníku a spodní části zádového svalstva, horní části hrudníku a horní části zádového svalstva a nakonec oblasti ramen. Krátce setrváme v zadrženém dechu (1–2 vteřiny) a s výdechem opět v opačném pořadí jednotlivé partie uvolníme.
4. Přejdeme k pravé paži. S nádechem zatneme ruku v pěst, pěst přitáhneme k zápěstí, vytvoříme napětí v oblasti předloktí, loktu, nadloktí i ramene. Krátce (1–2 vteřiny) zadržíme dech, procítíme napětí a s výdechem uvolňujeme svalstvo postupně od ramene až po konečky prstů. Setrváme v uvolnění a porovnáme relaxovanou pravou paži s paží levou.
5. Stejný postup provedeme na levé paži a po jejím uvolnění porovnáme opět s paží pravou.
6. V další části vytváříme napětí v oblasti krku a hlavy v tomto pořadí: s nádechem napneme svalstvo krku, oblast brady, rty a jejich okolí, nos a okolí nosu, tváře, oblast očí a okolí očí, uši a jejich okolí, zátylí, temeno hlavy, čelo a střed mezi obočím. Na 1–2 vteřiny zadržíme dech, procítíme napětí v dané oblasti a s výdechem opět v opačném pořadí uvolníme (jako pomůcka pro docílení napětí svalstva v obličejové části slouží vytváření různých grimas). Setrváme chvilku v uvolnění a uvědomujeme si relaxaci svalstva krku, obličeje i celé hlavy.
7. V poslední části této relaxace se pokusíme s nádechem vytvořit postupně napětí v celé pravé polovině těla od nohy, přes pravou polovinu trupu, pravou paži až k pravé polovině krku a hlavy, po krátkém zadržení dechu (1–2 vteřiny) s výdechem postupně uvolníme v opačném pořadí. V uvolnění porovnáme pocity v pravé a levé polovině těla.



8. Totéž provedeme na levé polovině těla, nakonec porovnáme obě poloviny navzájem a zůstaneme po dobu několika minut v celkovém uvolnění.

Celý postup je možno jednou nebo dvakrát zopakovat. Pokud je pro někoho poslední část, tzn. 7. a 8. bod, příliš náročná, může provádět pouze prvních šest částí.

Tento způsob relaxace zajišťuje mimo dosažené uvolnění také optimální svalový tonus a představuje prostředek k udržení pružnosti svalstva celého těla.

Uvedená relaxace s napětím však není vhodná v případech onemocnění srdce, vysokého krevního tlaku a při sklonu ke vzniku křečí.

## **7. K a j a – k r i j a r e l a x a c e**

Jedná se o jednoduchou uvolňovací techniku, která umožňuje navození relaxace pomocí opakování přetáčivých pohybů. Lze ji využít např. i v těch případech, kdy ostatní relaxační techniky nejsou dostatečně zvládnuty.

V pohodlném lehu na zádech (nohy mírně roznoženy, ruce volně podél těla), s nádechem pomalu přetáčíme ruce dlaněmi vzhůru a s výdechem dolů. Po chvilce připojíme pohyb chodidel – s nádechem se špičky nohou přibližují k sobě navzájem a s výdechem opět vzdalují. Nakonec připojíme ještě přetáčení hlavy – s nádechem na jednu stranu a s výdechem na druhou. Všechny pohyby potom provádíme současně, velice pomalu a uvolněně, sladěné s dechem a s patřičnou koncentrací. Jakmile získáme pocit, že došlo k dostatečnému uvolnění celého těla, přestaneme provádět pohyby a setrváme v hlubokém uvolnění. Počet pohybů, kdy přetáčíme současně ruce, nohy i hlavu, je sice individuální, ale pro orientaci lze uvést průměrnou hodnotu, která představuje zhruba 10–12 přetočení.

## **8. R e l a x a c e v n i t ě r n í c h o r g á n ů**

Název této relaxace vyvolává u většiny lidí představu, že podobnou záležitost nemohou zvládnout. Přitom její náročnost je srovnatelná s uvedenou dvaceti dvou bodovou relaxací.

Jako přípravnou část k tomuto relaxačnímu postupu zvolíme nejprve jiný z uvedených druhů relaxací (nejvhodnější je relaxace 22 bodová). Tímto způsobem nastolíme uvolnění celého těla a potom teprve přistoupíme k vlastní relaxaci vnitřních orgánů. Při tomto způsobu relaxace je zvýhodněn ten, kdo má určité anatomické znalosti a dovede si případně jednotlivé orgány také představit. Takové znalosti ani schopnost představivosti však pro tuto relaxaci nejsou podmínkou.

Uvolnění jednotlivých orgánů provádíme tak, že se soustředíme do příslušné části těla, nezůstáváme však vědomím na povrchu, ale snažíme se vnitřním zrakem proniknout na úroveň vnitřních orgánů. U každého jednotlivého orgánu setrváváme zhruba 4–5 vteřin (v případě dostatku času lze prodloužit) a snažíme se danou oblast uvolnit. Máme-li navíc příslušné anatomické znalosti a schopnost představivosti, navodíme si ještě v daném místě představu určitého orgánu. Ať již jsme této představě schopni nebo ne, každopádně připojíme mentální pokyn k uvolnění určitého orgánu. Například „*uvolňuji žaludek*“ nebo „*žaludek se uvolňuje*“. Tento pokyn můžeme jednou nebo dvakrát zopakovat. V žádném případě by snaha

po procítění nebo vybavení určitého orgánu neměla vyvolávat mentální napětí a také pokyn k uvolnění je velice jemný.

### **Postup:**

Po předchozím celkovém uvolnění, nejlépe v lehu na zádech, ale i v jiné poloze, pokračujeme v koncentraci na jednotlivé orgány a jejich uvolnění v tomto pořadí: 1. Tlusté střevo. 2. Tenké střevo. 3. Žaludek. 4. Jícen. 5. Hltan. 6. Patro dutiny ústní. 7. Jazyk. Krátce setrváme v uvolnění a uvědomíme si relaxaci celého zažívacího traktu. Stejným způsobem pokračujeme v uvolňování dalších orgánů. 8. Plíce. 9. Průdušky. 10. Průdušnice. 11. Hrtan. 12. Dutina nosu. Opět si krátce uvědomíme uvolnění celého dýchacího systému.

**Pokračujeme uvolněním:** 13. Srdce. 14. Cévní soustava celého těla (zde se neuvolňují jednotlivé cévy, ale představíme si, že naše tělo je protkáno cévní soustavou, a že celý tento systém uvolňujeme). Soustředění v tomto bodě je možno oproti ostatním prodloužit.

**Dalšími orgány jsou:** 15. Slezina. 16. Játra. 17. Žlučník. 18. Ledviny. 19. Močové cesty. 20. Močový měchýř.

Po ukončení postupu setrváme v lehu a zažíváme velice příjemné uvolnění v dutině břicha i uvnitř hrudníku.

Tento relaxační postup je možno provádět v různých variantách. Kromě celého postupu je možné se zaměřit pouze na relaxaci zažívacího traktu, dýchacího systému nebo jiných orgánů. Další možnost představuje zopakování celého postupu s tím rozdílem, že v momentech koncentrace na jednotlivé orgány připojíme jemný mentální pokyn – např. „*můj žaludek pracuje normálně*“ nebo „*můj žaludek je zcela zdrav*“. Na závěr procítíme celkové uvolnění a nastolíme si představu, že všechny naše orgány, osvěžené tímto cvičením, dobře plní svoje funkce, což je předpokladem k udržení pevného zdraví, nebo že to vede ke zlepšení jejich zdravotního stavu. Účinnost sugescí je v tomto případě umocněna stavem hluboké relaxace a koncentrací na jednotlivé orgány.

## **9. R e l a x a c e m o z k u**

Uvedený druh relaxace představuje prostředek umožňující prevenci migrén a podobných potíží a zároveň je zde možnost rychlého psychického osvěžení. Tento postup je možné použít i v případě již počínajících bolestí hlavy.

### **Postup:**

Nejprve jako předběžné uvolnění lze zařadit relaxaci obličejového svalstva a některých částí hlavy. Používáme stejný způsob jako při dvaceti dvou bodové relaxaci s tímto pořadím: 1. Uvolníme oblast brady. 2. Ústa. 3. Nos a okolí nosu. 4. Tváře. 5. Oči a okolí očí. 6. Uši. 7. Zátylí. 8. Temeno hlavy. 9. Čelo. 10. Spánky.

Po tomto uvolnění, které však není nutné vždy zařazovat, například s ohledem na čas, přistoupíme k vlastní relaxaci mozku. Soustředíme se nenásilně do hlavy, snažíme se vědomím nesetrvávat pouze na povrchu, ale procítit celý vnitřní objem oblasti hlavy, kde je uložen mozek. Představíme si zároveň mozek jako pružnou hmotu, která se uvolňuje. U této představě setrváme po určitou dobu (zhruba 1–3 min.) a potom jenom procítíme oblast mozku jako

uvolněnou a osvěženou část našeho organismu. Pokud někdo není schopen navodit si představu mozku, může se pouze soustředit do tohoto prostoru a několikrát za sebou použít mentální pokyn formulovaný na příklad takto: „*Můj mozek se uvolňuje.*“ Lze využít i jinou krátkou formulaci s podobným významem.

Soustředění i mentální pokyny musí být vždy jemné a nenásilné. V opačném případě by naopak mohlo docházet k vytváření psychického napětí.

## **10. Relaxace s představou slunce**

Tento relaxační postup vedle možnosti uvolnění představuje i prostředek k vitalizaci celého organismu. Nejvhodnější polohou pro jeho provádění je lež na zádech.

Nejprve provedeme několik hlubokých, nenásilných dechů a krátké uvolnění celého těla. Poté si vytvoříme představu slunečního kotouče v barvě žluté, zlaté nebo oranžové a umístíme jej do oblasti solárního plexu. Představa musí být nenásilná a nesmí v nás vytvářet pocit napětí nebo usilovné snahy. S každým nádechem se soustředíme do imaginárního slunečního disku v oblasti pupku a procitujeme zde místo koncentrované energie. S každým výdechem tuto energii rozvádíme paprskovitě do celého těla, včetně jeho periferních oblastí. Současně s představou paprsků šířících se tělem prožíváme uvolnění a vitalizaci celého organismu.

Představu slunce a šířících se paprsků můžeme udržovat poměrně krátce, zhruba po dobu 7–10 dechů, nebo i po dobu delší, přibližně 3–5 minut. Po dosažení hlubšího uvolnění a pocitu oživení celého těla upouštíme od představy a zažíváme uvolnění a pocit přílivu energie. V průběhu této relaxační techniky může docházet ke vzniku pocitu tepla v oblasti solárního plexu, který v některých případech může být i značně intenzivní. Tento pocit není na závadu, naopak představuje potvrzení dobré schopnosti koncentrace.

## VII. SPECIÁLNÍ CVIČENÍ PRO PROHLOUBENÍ SOUČINNOSTI PRAVÉ A LEVÉ HEMISFÉRY S CÍLEM ZLEPŠIT SI PAMĚŤ

Toto cvičení není možné pojímat jako cvičení dvou naprosto oddělených polovin mozku. Naopak zahrnuje mnoho činností mozku, v nichž se spojuje slovo a obraz, rozum a emoce, abstrakce čísel i prožitky duchovnosti.

### Vlastní průběh cvičení

Jednotlivé kroky je nutné mít nahrané na kazetě či v elektronické podobě nebo provádět cvičení ve dvojici. Při prezentaci vlastních postupů dbejte na to, abyste měli dostatek času pro postupné uvolnění obrazů a představ v mysli.

Pracujte zvolna. Zaujměte pohodlnou pozici v poloze vsedě nebo vleže, při které je tělo uvolněné tak, aby bylo schopno ve zvolené poloze vydržet asi 45 minut.

Nyní si rozmyslete, co byste svému mozku rádi sdělili, kdybyste s ním mohli bezprostředně vést dialog. Samozřejmě není to myšleno jako „*ahoj, jak se máš*“ nebo „*kde se celou dobu flákáš*“ apod. Co byste mozku řekli, kdybyste s ním mohli navázat přátelský vztah a rozvíjet ho? Zapamatujte si obsah, protože na konci tohoto cvičení budete mít možnost takový dialog s mozkiem vést.

Nyní zavřete oči a soustředte svou pozornost na svůj dech. Poskytněte si šanci, aby váš dech byl prohloubený a jeho rytmus pravidelný. Jakmile se vám to podaří, přeneste svou mysl do břišní krajiny a pomalu postupujte svým tělem nahoru k plicím, potom k srdci, levou komorou srdeční do levé poloviny mozku. Nyní přeneste svůj vnitřní zrak, svou mysl do levého oka. Nechejte víčka zavřená a sklopte pohled levého oka. Nyní pohled zvedněte. Podívejte se doleva..., doprava. Podržte svůj vnitřní zrak, svou mysl v levém oku a nechejte toto oko opsat kruh ve směru hodinových ručiček... a poté proti směru pohybu hodinových ručiček. Ve kterém směru je to pro vás snadnější? Možná, že vám to půjde snadněji, když si představíte před sebou ciferník nástěnných hodin, po kterém budete pohybem svého oka doprovázet pohyb hodinové ručičky. Poté pohybujte okem proti směru pohybu hodinových ručiček.

Nyní přeneste svou mysl do pravého oka. Nechte víčka zavřená. Podívejte se nejdříve dolů a potom nahoru. Opakujte to vícekrát. Nyní pohybujte okem doleva a doprava. Opište okem kruh doprava a potom doleva, ve směru a proti směru hodinových ručiček. Je pohyb pravým okem snadnější než pohyb okem levým?

Uvolněte oči a uvědomte si míru uvolnění okohybných svalů. Po dobu jedné minuty si odpočiňte.

Mějte víčka stále zavřená a přeneste svou mysl do pravé poloviny mozku... a nyní do levé poloviny mozku.

Nechejte víčka stále zavřená a snažte se představit si co nejzřetelněji to, co vám za chvíli bude sdělováno. Ale nepřepínejte se u toho, nevyvíjejte žádné nadlidské úsilí, jež by vás unavovalo:

Na levé straně mozku si představte číslo 1 ...

a na pravé straně písmeno A ...

na levé straně číslici 2 ...

na pravé straně písmeno B ...

na levé straně číslo 3 ...

na pravé straně písmeno C ...

na levé straně číslo 4 ...

na pravé straně písmeno D ...

na levé straně číslo 5 ...

na pravé straně písmeno E ...

Pokračujte dále s čísly na levé straně a s písmeny na straně pravé, až se dostanete k písmenu Ž. Nemusíte však dojít až k písmenu Ž. Bude stačit, když takovým způsobem budete cvičit asi 1 minutu. Snažte se představovat si vše velmi přesně.

Odpočiňte si 1 minutu. Potom se vraťte zpět k výše uvedenému cvičení s tím, že tentokrát si budete představovat na levé straně písmena a na pravé straně číslice.

Přestavte si na levé straně písmeno A ...

na pravé straně číslo 1 ...

na levé straně písmeno B ...

na pravé straně číslo 2 ...

atd.

Na chvíli si odpočiňte a uvědomte si, ve které polovině mozku bylo pro vás snadnější vybavovat si písmena a číslice.

Víčka nechejte nadále zavřená. Nyní si představte na levé straně mozku nějakou slavnostní událost spojenou s hlučným veselím, s ohňostrojem, nějaký velký piknik.

Na pravé straně mozku si představte cestu uprostřed dlouhého stromořadí a na jedné straně cesty tichý pohřební obřad.

Nechejte tento obraz zmizet.

Na levé straně mozku si představte procesí jeptišek, které ve dvojicích důstojně kráčí krásným středověkým chrámem;

na pravé straně mozku zuří na pobřeží větrná bouře;

na levé straně je atom;

na pravé straně je galaxie;

na levé straně jsou ovocné stromy, které kvetou novými květy;  
na pravé straně jsou stromy ničeny mrazem a sněhem;  
na levé straně vychází slunce;  
na pravé straně slunce zapadá;  
na levé straně je zelený prales;  
na pravé straně je sněhem pokrytá hora v Alpách;  
na levé straně je cirkus s několika manéžemi;  
na pravé straně je hustá mlha;  
na levé straně máte pocit a prožitek jako horolezci na skalisku (vybavte si pocit, jako kdybyste se chytali drsných skal – dýchejte volně);  
na pravé straně si představte, co cítí ruka, kterou hladíte malé dítě;  
na levé straně máte pocit, že vkládáte ruku do teplé řídké hmoty;  
na pravé straně máte pocit, že děláte holýma rukama sněhové koule;  
na levé straně děláte malé kopečky ze šlehačky;  
na pravé straně boxujete proti boxovacímu pytli;  
na levé straně teď slyšíte hluk požárního auta;  
na pravé straně cvrkot cvrčků;  
na levé straně zvuk startujícího auta;  
na pravé straně zpívá někdo vysokým hlasem;  
na levé straně slyšíte zvuk příboje;  
na pravé straně zvuk – řezání dříví;  
na levé straně si vybavte vůni borovicového dřeva;  
na pravé straně si vybavte vůni čerstvé kávy;  
na levé straně si vybavte zápach benzínu;  
na pravé straně si vybavte vůni čerstvě pečeného chleba;  
na levé straně chuť šťavnatého jablka;  
na pravé straně chuť teplé topinky s máslem;  
na levé straně chuť citronu;  
na pravé straně chuť čokolády.

Nyní si představte na levé straně mozku co možná nejzřetelněji tuto scénu:

Jedete na koni hustou vánicí zasněženou krajinou a silně mrzne. Mráz vás „štípe“ do obličeje a pod kabátem máte tři malá živá koťátka. Nechejte všechny představy, obrazy rozptýlit, odeznít.

Na pravé straně mozku volně stojíte u řeky, zpíváte si oblíbenou písničku a je vám horko. Díváte se, jak ve vaší blízkosti vybuchuje sopka. Nechejte všechny představy, obrazy rozptýlit, odeznít.

Stále máte zavřená víčka a díváte se levým okem na svou levou polovinu mozku. Pohybujte okem tak, že v kruhu postupně prozkoumáváte tento prostor. Ponechte po nějakou dobu bloudit svůj pohled sem a tam v levé polovině svého mozku.

Nyní udělejte to samé pravým okem v pravé polovině svého mozku. Nechte odeznít.

Svým pravým okem nakreslete v pravé polovině mozku několik trojúhelníků. Potom několik čtverců a nyní nakreslete několik hvězdiček.

Nyní svým levým okem namalujte v levé polovině mozku mnoho kroužků, které se různě překrývají a vytvářejí světelnou spirálu, jež proudí do levé poloviny mozku. Představte si, že levá polovina mozku je tímto světlem energeticky nabíjena.

Nyní namalujte svým pravým okem v pravé polovině mozku mnoho kroužků, které se překrývají jako ve spirále a zanechávají za sebou silné světlo, jež vychází z těchto kroužků.

Oběma očima vertikálně sestupujte do středu mozku. Měli byste se dostat tam, kde se obě poloviny mozku spojují. Oběma očima postupujte do středu hlavy, jak to nejdál půjde. Poté nechte odeznít.

Vytvořte oběma očima spirálovité galaxie a naplňte jimi celý prostor mozku. Následně ukončete tuto činnost a nechejte své oči odpočinout.

Nyní zkuste oběma očima kreslit ve výši vašich očí, v rovině horizontální, kruhy.

Jejich kreslení vám umožní stále více se přibližovat do středu vaší hlavy. Namalujte si znovu ve výši svých očí menší kroužky, pokračujte s jejich kreslením v horizontální rovině za současného posouvání se do středu hlavy. Kreslete menší kroužky a opět postupujte při jejich kreslení do středu hlavy; poté kreslete ještě menší kroužky..., až se dostanete tímto „kroužkováním“ do prostoru, který je tak malý, že už nebude možné vytvářet žádné další kruhy. Tento malý prostor je vlastně už jen pouhý bod, na který se teď uprostřed hlavy soustředíte. Pevně se ho „držte“. Jestliže jste tento malý bod ztratili, pak se znovu vraťte k velkým kruhům a postupujte opět menšími a menšími kroužky, až se dostanete zpět do tohoto bodu ve středu hlavy. Soustředte se na tento bod tak dlouho, jak to jen bude možné, aniž by to od vás vyžadovalo velké úsilí.

Soustředění se na jakýkoliv bod představuje již samo o sobě vynikající meditační pomůcku.

Odpočiňte si na okamžik. Můžete si při tom představovat např. slunečnici uprostřed vašeho čela. Na konci odpočinku tuto představu opět opusťte, nechejte ji rozplynout.

Představte si slunečnici na levé straně a na pravé zelený vlhký mech. Opět tuto představu nechejte rozplynout.

Představte si uprostřed svého čela velký strom. Nechejte tuto představu rozplynout a představte si ihned na levé straně zlatou harfu a vpravo buben. Poslouchejte, jak oba nástroje spolu hrají. Nakonec nechejte zmizet i tuto představu.

Po jejím zmizení si představte na levé straně orla a na pravé kanárka, oba současně. Nechejte je zmizet a hned poté si představte kanárka na levé straně a orla na straně pravé. Opusťte tuto představu, nechejte ji rozplynout.

Představte si na levé straně dva orly a na pravé straně dva kanárky. Nechejte je zmizet.

Dýchejte volně a jestliže si potřebujete upravit svou pozici v sedu či v leže, můžete to nyní udělat.

Budeme pokračovat. Představte si uprostřed svého čela malé slunce. Poté si představte toto slunce na nejvyšším bodě (na temenu) vaší hlavy. Pokuste se toto slunce koulet podél vnitřní strany lebky, až se s ním dostanete do zadní (týlní) části vaší hlavy.

Posunujte nyní tímto sluncem zpět k nejvyššímu bodu hlavy a pak dolů až do středu čela. Posunujte toto slunce opět k nejvyššímu bodu hlavy a potom až do týlu.

Poté znovu posunujte slunce ze zadní části hlavy k nejvyššímu bodu a k čelu. Takže sluncem opakovaně opisujete půlkruh na vnitřní straně lebky.

Nyní nechejte slunce vystoupit z hlavy a podívejte se, jak zapadá za mořem. Odněkud ze směru zapadajícího slunce pluje plachetnice. Ze kterého směru připlouvá? Z levé strany či z pravé strany, nebo z nějakého jiného směru?

Nechejte tento obraz zmizet a poté si představte, že je před vámi slon. Pokuste se ho v představě napodobit stále více a více v jeho pohybech. Zůstává stát a něco žere. Houpavým pohybem chobotu si do tlamy vkládá dlouhý trs trávy, potom zvolna jde dál, zastavuje se a zase něco požívá. Nechejte slona zmizet.

Představte si svatého Mikuláše jedoucího na saních. Všimněte si, jak zrychluje, poté zase zpomaluje svoji rychlost a zastavuje se. Potom se znovu rozjíždí. Nyní sáně jedou přes vaši bradu a poté postupují ve spirále kolem vaší hlavy směrem nahoru na temeno hlavy, až dosáhnou vrcholu hlavy. Potom se opět po spirále pohybují dolů zpět k bradě. Z brady se opět po spirále kolem vaší hlavy pohybují nahoru k vrcholku hlavy a hned poté stejným pohybem směrem dolů k bradě. Nechte sáně znovu se po spirále kolem vaší hlavy pohybovat nahoru, až k nejvyššímu bodu na hlavě a tentokrát je nechejte zmizet někde v prostoru kolem hlavy. Chvíli si odpočiňte.

Nyní se po nějakou dobu soustředte na svou levou polovinu mozku. Pokuste se představit si, jak vypadá váš mozek na své levé straně. Vnímejte šedou hmotu i rýhy mozku. Nechejte představu odeznít, zmizet.

Poté se zaměřte i na pravou polovinu mozku. Nechejte představu zmizet.

Nyní se soustředte na obě půlky mozku najednou, tedy na celý mozek. Pociťujete nyní jeho nekonečnou mohutnost. Všechny ty miliardy jeho buněk, které se spojují mezi sebou rychlostí



světla. Přemýšlejte o něm, jako by to byl vesmír sám pro sebe, jehož velikost a možnosti si pomalu začínáte zřetelněji představovat a uvědomovat.

Dýchejte zhluboka a představte si, že při nádechu a výdechu můžete „roztahovat a zase smršťovat“ svůj mozek. Cvičte se v tom po nějakou dobu, „nafukujte“ svůj mozek při pomalém a hlubokém nádechu a „smršťujte“ ho při pomalém, dlouhém výdechu.

Dopřejte svému mozku odpočinek a zatímco ho máte před očima, promluvte k němu přímo a dejte mu vědět, že teď budou jeho funkce stále lepší a lepší.

Řekněte mu, že bude mít k dispozici stále více aktivních mozkových buněk a že se přepojovací schopnost buněk mozku a všechny jeho funkce budou nepřetržitě zlepšovat.

Řekněte mu, že levá i pravá polovina mozku budou lépe propojeny, právě tak jako vývojově starší a mladší oblasti mozku.

Sdělte svému mozku, že mnoho jeho zasunutých schopností se teď znovu projeví a že se svým mozkiem budete přátelsky spolupracovat, abyste tak mohli v životě rozvinout všechny jeho možnosti.

Naslouchejte a dávejte pozor, jestli vám mozek sám nechce něco sdělit. Toto poselství může být sděleno v podobě obrazů, slov nebo pocitů. Dejte svému mozku čas na odpověď a zdržte se předem nějaké úvahy. Požaduje váš mozek něco od vás?

Opět vnímejte celý mozek a snažte si všimnout, jak se pomalu rozvíjí pocit pochopení a partnerství mezi vámi a vaším mozkiem.

Považujte ho za svého přítele. Zůstaňte s ním v dialogu 3–5 minut. Zamýšlíte-li svému mozku sdělit něco speciálního, udělejte to právě nyní.

S pocitem, že jste úzce spojeni se svým mozkiem, přes jednu polaritu – hluboký nádech a dlouhý výdech – otevřete pomalu oči, přejděte do bdělého a aktivního stavu a rozhlédněte se kolem sebe. Všimněte si přitom, zdali se něco nezměnilo ve vašem vnímání okolí. Jak se teď cítíte ve svém těle? Jaká je vaše nálada a jak prožíváte realitu kolem sebe? Všimněte si, co se ve vás změnilo. Až to všechno uděláte, protáhněte se, vstaňte, pomalu se projděte po místnosti.

Protože tímto cvičením věnujete svému mozku značnou pozornost, docílíte tím jeho lepšího prokrvení. Dodáváte mu tím více kyslíku a živin. Tato pozornost je zaměřena různým způsobem na různé oblasti mozku. Postarali jste se dobře o celkové zlepšení jeho metabolismu a tím i o zlepšení jeho funkcí.

Princip cvičení je stejný, jako když např. používáte při odstraňování migrény autogenní trénink. Vzpomeňte si, co se děje, když v autogenním tréninku je ruka těžká a teplá a čelo je příjemně chladné. Jasnou představou ovlivníte činnost oběhového systému.

Jestliže se budete cítit po tomto cvičení unaveni, bude to proto, že jste se při tom příliš namáhali. Musíme si znovu uvědomit, že při těchto postupech je nutné nepracovat s volným úsilím, s námahou. Představy nechejte „objevovat se“ spontánně. Jestliže se budete příliš „namáhat“ při „procvičování“ mozku, pak se vám asi nepodaří navázat dobrou „spolupráci“ s mozkiem a zlepšit tak jeho funkčnost.

## LITERATURA

- Ader, E. ed. (1981): Psychoneuroimmunology. Acad. Press, New York.
- Alberts, B. et al. (1989): The molecular biology of the cell. Garland, New York.
- Alexander, F. (1950): Psychosomatic medicine. Norton, London.
- Alexander, F. et al. (1968): Psychosomatic specificity: Experimental study and results. Univ. Chicago Press, Chicago.
- Alexander, F., Matthias, F. (1946): Mans supreme inheritance. Chaterson, London.
- Andrews, F. M., Withey, S. B. (1976): Social indicators of well-being. Plenum Press, New York.
- Antonovsky, A. (1985): Health, stress and coping. Jossey Bass, San Francisco.
- Antonovsky, A. (1993): The structure and properties of the sense of coherence scale. Social Science and Medicine, 1993, 37, pp. 725–733.
- Ashby, W. E. (1952): Desing for a brain. John Wiley, New York.
- Assagioli, R. (1976): Psychosynthesis. Penguin Books, New York.
- Atkinson, J. W., Birch, D. A. (1970): A dynamics theory of action. John Wiley and Sons, New York.
- Atkinson, J. W., Feather, N. T. eds. (1966): A theory of achievements motivation. John Wiley and Sons, New York.
- Atkinson, J. W., Raynor, J. O. (1974): Motivation and achievement. Winston, Washington.
- Atmanspacher, H. (2004): Quantum theory and consciousness. In: Discrete Dymanics in Nature and Society. Vol. 2004, Issue 1, pp. 51–73.
- Balint, M. (1992): Lékař, jeho pacient a nemoc. Grada, Praha.
- Bandura, A. (1982): Self-efficacy. American Psychologist, 1982, 37, pp. 122–147.
- Barlow, W. (1975): The Alexandre principle. Arrow, Books, London.
- Barratt, E. S. et al. (1997): Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. Biological Psychiatry, 41, pp. 1045–1061.
- Basar, E. ed. (1990): Chaos in brain function. Springer Verlag, Berlin.
- Baštecká, B. a kol. (2003): Klinická psychologie v klinické praxi. Portál, Praha.
- Baštecký, J. et al. (1993): Psychosomatická medicína. Grada, Praha.
- Beck, A. T. et al. (1974): The measurement of pessimism: The hopelessness scale. J. Consult. Clin. psychol., 42, pp. 861–865.
- Beck, F., Eccles, J. (1992): Quantum aspects of brain activity and role of consciousness. Proc. Nat. Acad. Sci. USA, 89.
- Belzen, J. A. (2005): In defense of the object: On trends and directions in the psychology of religion. International Journal for the Psychology of Religion, 15, 1, pp. 1–16.
- Belzen, J. A. (2009): Některé podmínky, možnosti a hranice psychologických studií spirituality. Československá psychologie, 4, LIII, s. 396–407.
- Benjaminová, (1988), Bollas, (1989) a další; In: Mitchell, S. A., Aron, L., ed. (2004): Vztahová psychoanalýza. Triton, Praha.
- Beran, J. (1995): Psychoterapeutický přístup v klinické praxi. H & H, Praha.
- Berlyne, D. E. (1960): Conflict arousal and curiosity. McGraw-Hill, New York.
- Beuer, L. E. (1983): Eclectic Psychotherapy. Pergamon Press, New York.
- Beutler, L. E. (1991): Selective treatment matching: Systematic Eclectic Psychotherapy. Psychoth., 28, 3, pp. 457–462.
- Blackovi, G. a R. (1992): Ego-psychologie. Psychoanal. nakl. Kocourek, Praha.
- Blatný, M. a kol. (2006): Prevalence antisociálního chování v obecné populaci českých adolescentů z městských oblastí. Československá psychologie 50, 4, s. 297–310.
- Bleuer, M. (1954): Endokrinologische Psychiatrie. Thieme Verlag Stuttgart.

- Boadella, D. (1979): *The charge of consciousness: energy, chemistry and the brain*. Abbotsbury.
- Boadella, D. (1987): *Lifestreams*. Routledge and Kegan Paul, London.
- Boadella, D. (1993): *Biosyntéza*. SPS, Brno.
- Boadella, D. (1975): Organ systems and life styles. *Energy and Character*, VII, 3, all.
- Boadella, D. (1974): Stress and character. *Energy and Character*, VI., 1, pp. 7–14.
- Bohm, D. (1962): O vývoji mých názorů na kvantovou fyziku. *Filosof. čas.*, 6, str. 862–877.
- Bohm, D. (1951): *Quantum theory*. Prentice-Hall, New York.
- Bohm, D. (1987): *Unfolding meaning*. Routledge and Kegan Paul, London.
- Bohm, D. (1980): *Wholeness and the implicate order*. Routledge and Kegan Paul, London.
- Bonin, S. et al. (2005): *Adolescent and risk*. Springer, New York.
- Bouchal, M. a kol. (1981): *Lékařská psychologie*. Avicenum, Praha.
- Bowlby, J. (1999): *Attachment*. Vol.1, Basic Books, New York.
- Bowlby, J. (1969): *Attachment and loss*, Vol. 1.: *Attachment*, Hogarth Press, London.
- Bradburn, N. M. (1969): *The structure of psychological well-being*. Aldine, Chicago.
- Braudburn, N. M., Caplovitz, D. (1965): *Reports on happiness*. Aldine, Chicago.
- Brehm, S. S., Kassin, S. M. (1989): *Social psychology*. Houghton Mifflin CO., Boston.
- Broadbent, D. E. (1954): The role of auditory localization in attention and memory. *J. Exp. Ps.*, 47, p. 191.
- Broome, A., Llewelyn, S. (eds.) (1995): *Health Psychology*. Chapman and Hall, London.
- Břicháček, V. (1981): *Úvod do intenzivní výzkumné strategie*. Edice Zprávy VÚPs č. 51, Praha.
- Burke, P. J. (1991): Identity processes and social stress. *Amer. Sociolog. Rev.*, 56, pp. 836–849.
- Burke, P.J., Reitzes, D. C. (1981): An identity theory approach to commitment. *Social Psych. Quarterly*, 3, pp. 239–251.
- Burt, C. (1915): The general and specific factors underlying the primary emotions. *Brit. Ass. Ann. Rep.*, 84, pp. 694–696.
- Cannon, W. B. (1929): *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. 2nd. ed., Appeltion Crofts, New York.
- Capko, J. (1968): *Základy fyziatrické léčebny*. Grada, Praha.
- Capra, F. (1992): *The Tao of Physics*. Shambhala Publ., Berkeley 1975 čes. překlad.
- Capra, F. (1982): *The turning point*. Simon and Schuster, New York.
- Carver, Ch. S., Scheier, M. (2002): Optimism, Pessimism and Self-Regulation. In: Chang, E. C. (ed.): *Optimism and Pessimism*. APA, Washington, D. C.
- Cloninger, C. R. (1994b): Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology*, 4, pp. 266–273.
- Cloninger, C. R. et al. (1994a): *The temperament and character inventory (TCI)*. Center for Psychobiology of Personality, St. Louise.
- Cobb, S. (1976): Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 38, 5, pp. 300–314.
- Colby, K. M. (1965): *Energy and structure in psychoanalysis*. Ronald Press, New York.
- Collinsová, B.C. (2003): *Emocionální nezpůsobilost*. Triton, Praha.
- Cooper, C. L. et al. (1985): Stress and the event methodology. *Stress Medicine*, 1, pp. 287–289.
- Corballis, M. C., Beale, I. L. (1971): On telling left from right. *Sci. Am.*, 224, p. 94–104.
- Corbetta, M. et al. (1990): Attentional modulation of neural processing of shape, color and Velocity in humans. *Science*, 248, pp. 1556–1559.
- Corneau, G. (2007): *Anatomie lásky*. Portál, Praha.
- Coveney, P., Highfield, R. (1995): *Šíp času*. OLDAG, Ostrava.

- Crutchfield, J. P. et al. (1986): Chaos. *Scientific Am.*, 12, pp. 46–57.
- Cummings, J. L. (1993): Frontal-subcortical circuits and human behavior. *Arch. Neurol.*, 50, pp. 873–880.
- Čermák, J. et al. (1994): *Záda už mě nebolí*. Svojtka a Vašut, Praha.
- Dabrowski, K. (1964): *Positive disintegration*. Little Brown, Boston 1.
- Damasio, A. R. (1999): How the brain creates the mind. *Scientific American*, pp. 74–79.
- Damasio, A. R. (1999): *The feeling of what happens*. Harcourt Brace, New York.
- Damasio, A. R. (2004): *Hledání Spinozy*. Dybbuk, Praha.
- Damasio, A.R. (2000): *Descartesův omyl*. Mladá fronta, Praha.
- Darwin, C. J. (1971): Laterality effects in the recall of steady – state and transient speech sounds. *J. of the Acoust. Society of Amer.*, 53, pp. 114–125.
- Davies, P. C. ed. (1989): *The new physics*. Cambridge univ. Press.
- Dawson, M. E. (1990): Psychophysiology at the interface of clinical science, cognitive science and neuroscience. *Psychophysiology*, 3, pp. 243–255.
- De Bono, E. (1971): *The use of lateral thinking*. Pelican Books, Aylesbury.
- De Witt, B. S. (1983): Quantum gravity. *Sci. Am.*, 6, pp. 104–115.
- Deglin, V. L. (1976): Our split brain. *Courier*, 29, pp. 4–16.
- DeGrazia, D. (2005): *Human Identity and Bioethics*. Cambridge Univ. Press, New York.
- Démonet, J. F. et al. (1992): The anatomy of phonological and semantic processing in normal subjects. *Brain*, 115, pp. 1753–1748.
- Deutch, D. (1985): Quantum theory, the Church-Turing principle and the universal quantum computer. *Proc. Roy. Soc., London, A* 400, pp. 97–117.
- Diener, E. (1984): Subjective well-being. *Psychological bulletin*, 95, pp. 542–575.
- Dimond, S. J., Beaumont, J. G. eds. (1974): *Hemispheric function in the human brain*. Elek. Science, London.
- Dohrenwend, B. S. et al. (1978): Exemplification of a method for scaling life events. *J. Health Soc. behav.*, 19, pp. 205–219.
- Doidge, N. (2012): *Váš mozek se dokáže změnit*. CPress, Brno.
- Domer, K., Plog, U. (1998): *Bláznit je lidské*. Grada, Praha.
- Dostálová, O. (1986): *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*. Avicenum, Praha.
- Downing, G. (1974): *Massage and meditation*. Random House, New York.
- Duffy, E. (1962): *Activation and behaviour*. John Wiley and Sons, New York.
- Dunbar, F. (1935): *Emotions and bodily changes*. Columb. Univ. Press. New York.
- Duncan, B. L. et al. (1990): Eclectic strategie practice. *J. of Marital and Family Therapy*, 16, 2, pp. 165–178.
- Eccles, J. C. (1964): *The physiology of synapses*. Springer Verlag, Berlin.
- Eccles, J. C. (1977): *The understanding of the brain*. McGraw-Hill, New York.
- Eccles, J. C. (1989): *Evolution of the self*. Routledge, London.
- Eccles, J. C., Popper, K. R. (1983): *The self and its brain*. Routledge, London.
- Erikson, E. H. (1968): *Identity: Youth and crisis*. Norton, New York.
- Eysenck, H. J. (1947): *Dimensions of personality*. Routledge nad Kegan Paul, London.
- Eysenck, H. J. (1981): *Personality and psychosomatic diseases*. *Activ. Nerv. Sup.*, 2.
- Fairbairn, W. R. D. (1952): *Psychoanalytic studies of the personality*. Tavistock Publ., London.
- Faleide, A. O. et al (2010): *Vliv psychiky na zdraví*. Grada, Praha.
- Feldenkrais, M. (1972): *Awareness through movement*. Harper and Row, New York.
- Feldmann, H. (1992): *Kompendium lékařské psychologie*. Victoria Publishing, Praha.
- Fialová, L. (2001): *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Karolinum, Praha.
- Fikáček, J. (1993): *Pohádka zvaná skutečnost*. Vyd. PF UK, Praha.

- Filip, V. a kol. (1985): Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic. VÚPs, č. 68, Praha.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1988): The relationship between coping and emotion. *Soc. Sci. Med.*, 26, pp. 309–317.
- Frank, A. (1938): A study in infant development. *Child Develop.*, 9.
- Frankl, V. (1969): *The Will to Meaning*. World, New York.
- Freud, S. (1964): An outline of psychoanalysis. The Hogarth Press, Londýn.
- Freud, S. (1964): Splitting of the Ego in the defensive process (from 1938). Hogarth Press (Standard Editon-23), London.
- Freud, S. (1969): *Vybrané spisy I.*, SZN, Praha.
- Friedman, H. S., DiMatteo, M. R. (eds.) (1989): *Health Psychology*. Prentice Hall, New Jersey.
- Friedman, M., Rosenman, R. H. (1959): Association of a specific overt behaviour pattern with increase in blood cholesterol, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *J. Am. Med. Assoc.*, 167, pp. 1286–1296.
- Fröhlich, H. (1970): Long range coherence and the actions of enzymes. *Nature*, 228, 1093.
- Frýba, M. (1994): *Abhidhama – základy meditativní psychoterapie a psychohygieny*. Praha 1991. Principy satiterapie. Atel. Satiterapie, Velká Bíteš.
- Fuster, J. M. (1989): *Prefrontal cortex*. Raven Press, New York.
- Gannon, L. R., Haynes, S. H. (1986): Cognitive-physiological discordance as an etiological factor in psychophysiological disorders. *Adv. Behav. Rev.*, 8, pp. 223–230.
- Garfield, S. L. (1980): *Clinical psychology and psychotherapy*. J. W. and Sons, New York.
- Gazzaniga, M. S. (1970): *The bisected brain*. Appleton-Crof., New York.
- Georgopoulos, A. P. et al. (1989): Mental rotation of the neuronal population Vector. *Science*, 243, pp. 234–236.
- Geschwind, N. (1973): The brain and language. In.: Miller, G. A., eds.: *Communication, Language and Meaning*. Basic Books. New York.
- Geschwind, N. (1979): Asymmetries of the brain. *Bull. Orton Soc.*, 29, pp. 67.
- Geschwind, N. (1974): The anatomical basis of hemispheric differentiation. In.: Dimond, J., Beaumont, J. G. eds.: *Hemisphere Function in the Brain*. Wiley, New York.
- Glandsdorff, P., Prigogine, I. (1971): *The theory of structure. Stability and fluctuations*. Wiley, New York.
- Gleick, J. (1996): *Chaos*. Ando Publishing, Brno.
- Glynn, I. M. (1990): Consciousness and time. *Nature*, 348, pp. 477–479.
- Goldstein, K. (1939): *The organism, a holistic approach to biology*. Am. Books Co., New York.
- Goleman, D. (1997): *Emoční inteligence*. Columbus, Praha.
- Grafman, J., Christen, Y., eds. (1999): *Neuronal plasticity*. Springer – Verlag, Berlin.
- Grandjean, E. (1968): Fatigue: Its physiological and psychological significance. *Ergonomics*, II, pp. 427–436.
- Gray, J. A. (1980): *The psychology of fear and stress*. McGraw Hill, New York.
- Greenwald, A. G., Pratkanis, A. R. (1984): The Self. In.: Wyer, R. S. Srull, P. eds.: *Handbook of social cognition*. N. J. Erlbaum, Hillsdale.
- Grinker, R. R., Spiegel, J. P. (1945): *Men under stress*. Blakistone, New York.
- Groermer, S. J. (1993): Chaos theory. *The General Psychologist*, 29, 3, pp. 105–135.
- Grof, S. (1992): *Za hranice mozku*. Gemma, Praha.
- Guntrip, H. (1961): *Personality structure and human interaction*. Hogarth Press, London.
- Gyllenhammar, C., Wistedt, B. (1987): Life event and psychiatric disorders. *Stress Medicine*, 3, pp. 239–245.
- Haag, R. (1992): *Local Quantum Physics*. Springer Verlag, Berlin.

- Haladová, E., a kol. (1997): Léčebná tělesná cvičení. Vyd. Institut pro další vzdělávání zdravotních pracovníků, Brno.
- Hameroff, S. R. et al. (1990): Computational connectionism within neurons. *Physica*, D 42, pp. 423–449.
- Hameroff, S. R., Rasmusses, S.: Microtubule automata. *Neuronet 90*, Praha, 10.9.1990, pp. 103–114.
- Hameroff, S. R., Watt, R. C. (1982): Information processing in microtubules. *J. Theor. Biol.*, pp. 549–561.
- Hanson, N. R. (1955): Causal chains. *Mind*, 64, pp. 289–311.
- Harré, R. et al. (1985): *Motives and Mechanism*. Routledge and KEGAN Paul, London.
- Harrington, A. (ed.) (1997): *The placebo effect: an interdisciplinary exploration*. Harvard University Press, Cambridge.
- Hartmann, H. (1958): *Ego-psychology and the problem of adaptation*. Inter. Univ. Press, New York.
- Hawking, S. W. (1991): *Stručná historie času*. Kolumb., Praha.
- Haykin, S. (1994): *Neural networks*. Macmillan, New York.
- Hebb, D. O. (1955): Drives and the C.N.S. *Psychol. Rev.*, 62, pp. 243–254.
- Hebb, D. O. (1964): *The organization of behaviour*. John WILEY and Sons, New York.
- Heckhausen, H. (1989): *Motivation und Handeln*. Springer Verlag, Berlin.
- Heineman, C. E. (1953): A forced-choice of the Taylor anxiety scale. *J. consult. Psychol.*, 17, pp. 447–454.
- Heisenberg, H. (1959): *Physik und Philosophie*. Stuttgart–Berlin.
- Heisenberg, W. (1966): *Fysika a filosofie*. Svoboda, Praha, upravená a doplněná verze.
- Heisenberg, W. (1959): *Physics and Philosophy. The revolution in modern science*. Thom. Nel. Publ., London.
- Helfaer, Ph. M. (1976): *Bioenergetic analyses*. The Clinical J. of Intern. Institute for Bioenerg. Anal., Peperell.
- Hendl, J. (2005): *Kvalitativní výzkum*. Portál, Praha.
- Herbert, N. (1976): *Mind science, a physics of consciousness primer*. Boulder Creek–California.
- Hersen, M., Sledge, H. W. (2002): *Encyclopedia of Psychotherapy*. Academic Press-Elsevier Science.
- Hertz, J. et al. (1991): *Introduction to the theory of the neural computation*. Addison–Wesley, Redwood City.
- Higgins, E. T. (1987): Self-discrepancy. *Psychol. Rev.*, 94, pp. 319–370.
- Hoffman, M. L. (1975): Developmental synthesis of affect and cognition and the implication for altruistic motivation. *Develop. Psychol.*, 11, pp. 607–622.
- Hogenová, A. (2000): Tělesné schéma a problematika zdraví. In *AUPO FCP Gymnika*, vol. 30, č. 1.
- Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1967): The social readjustment rating scale. *J. Psychosom. Rev.*, 11, pp. 213–218.
- Honzák, R. (1997): *Komunikační pasti v medicíně*. Galén, Praha.
- Honzák, R. (1985): *Psychické změny a poruchy při interních chorobách*. Avicenum, Praha.
- Hornguist, J. O. (1989): Quality of life: Concept and assessment, *Scand. J. Soc. Med.*, 18, pp. 69–79.
- Höschl, C. (1996): *Psychiatrie pro praktické lékaře*. H & H, Praha.
- Höschl, C. (1989): *Neuroendokrinologie v psychiatrii*. Avicenum, Praha.
- Howard, D. et al. (1992): The cortical localization of the lexicons. *Brain*, 115, pp. 1769–1782.
- Charvát, J. (1970): *Život adaptace a stress*. Avicenum, Praha.
- Chew, G. (1968): Bootstrap, a scientific idea, *Science*.

- Churchland, P. S. (1984): *Matter and consciousness*. Bradford Books, Cambridge.
- Churchland, P. S., Sejnowski, T. J. (1988): Perspectives on cognitive neuroscience. *Science*, 242, pp. 741–745.
- Churchland, P. S. (1988): The significance of neuroscience for philosophy. *Trends Neurosci*, 11, pp. 304–307.
- Jahoda, M. (1958): *Current concepts of positive mental health*. Basic Books, New York.
- Jantsch, E. (1980): *The Self-organizing Universe*. Pergamon Press, New York.
- Jantsch, E. (1975): *Design for evolution*. Braziller, New York.
- Jenkins, C. D. et al. (1967): Development of an objective psychological test for the determination of the coronary-prone behavior pattern in employed men. *J. Chron. Dis.*, 20, pp. 371–379.
- Jenkins, C.D., Zyzanski, S. J. (1970): Basic dimensions within coronary prone behaviour pattern. *J. Chron. Dis.*, 22, pp. 781–795.
- Johnson, D. L. et al. (1999): Cerebral blood flow and personality. *Am. J. Psychiatry*, 156, pp. 252–257.
- Johnson, S. M. (1987): *Humanizing the narcissistic style*. Norton, New York.
- Johnson, S. M. (1991): *The symbiotic character*. Norton, New York.
- Johnson, S. M. (1993): *Characterological transformation*. Norton, New York (česky 2006).
- Jones, E. E., Davis, K.E.(1965): From acts to disposition. In: Berkowitz, L.: *Advances in Experimental social psychology*. Academic Press, Vol. 2, New York; Joseph Sandler et al: *Pacient a analytik*. Praha 1994.
- Joshitake, H. (1971): Relationship between the symptoms and the feeling of fatigue. *Ergonomics*, 14, pp. 175–186.
- Kanner, A. D. et al. (1979): Comparisons of two model for stress measurements. *J. Behav. Med.*, 4, pp. 41–51.
- Kast, V. (2010): *Hněv a jeho smysl*. Portál, Praha.
- Keleman, S. (2005): *Anatomie emocí*. Portál, Praha.
- Keleman, S. (2010): *Ztělesněná zkušenost – procesuální práce s tělem*. Portál, Praha.
- Keleman, S. (1985): *Emotional Anatomy*. Center Press, Berkeley.
- Kelley, H. H. (1973): The processes of causal attribution. *Am. Psychol.*, 28, pp. 107–129.
- Kimura, D. (1967): Functional asymmetry of the brain in dichotic listening. *Cortex*, 3, 163.
- Kimura, D. (1974): Motor functions of the left hemispher. *Brain*, 97, 337, p. 98.
- Kimura, D. (1992): Sex differences in the brain. *Scien. Amer.*, (special issue), pp. 81–87.
- Kimura, D. (1973): The asymmetry of the human brain. *Scient. Amer.*, 228, pp. 70–78.
- Kimura, D. (1984): The relation between structure and fuction. In.: De Vries, J. G. et al. eds.: *Progress in Brain Research*. Vol 61., Elsevier.
- King, R. et al. (1984): Chaotic behaviour in dopamine neurodynamics. *Neurobiology*, 81, pp. 1244–1247.
- Kirschner, M. J. (1977): *Joga for health and vitality*. Allen and Unwin, Massachusetts.
- Klein, M. (1948): *Contributions to psycho-analysis*. Hogarth Press, London.
- Klein, M. (1957): *Envy and gratitude*. Basic Books, New York.
- Klein, M. (1932): *The psycho-analysis of children*. Hogarth Press, London.
- Kleinová, M. (2005): *Závist a vděčnost*. Triton, Praha.
- Knobloch, E, Knoblochová, J. (1994): *Integrovaná psychoterapie*. Grada, Praha.
- Kobasa, S. et al. (1982): Hardiness and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 1, pp. 168–177.
- Kohut, K. (1991): *Obnova Self Psychoanalyt*. nakl. Kocourek, Praha.
- Koch, S., Davis, J. L., eds. (1994): *Large-Scale neuronal theories of the brain*. Bradford Books, Cam.
- Kol. (1969): *Emoce*. SzdN, Praha.

- Koukolík, F. (1995): Vybrané přednášky o vztahu mozku a chování. Vyd. UK, Praha.
- Koukolík, F. (2003): Já. Nakladatelství Karolinum, Praha.
- Koukolík, F. (2006): Sociální mozek. Nakladatelství Karolinum, Praha.
- Koukolík, F. (2010): Lidství – neuronální koreláty. Galén, Praha.
- Kowitz, L. (1965): Advances in experimental social psychology. Academic Press, Vol. 2, New York.
- Kratochvíl, S. (1995): Skupinová psychoterapie v praxi. Galén, Praha.
- Kratochvíl, S. (1997): Základy psychoterapie. Portál, Praha.
- Křivohlavý, J. (1985): Psychologická rehabilitace zdravotně postižených. Avicenum, Praha.
- Křivohlavý, J. (1992): Bolest – její diagnostika a psychoterapie. Knižnice ILF, Praha.
- Křivohlavý, J. (2001): Psychologie zdraví. Portál, Praha.
- Křivohlavý, J. (2002): Psychologie nemoci. Grada, Praha.
- Kukleta, M. et al. (1993): The assessment of pathogenetic activation states in patients with coronary artery disease. Abstract book: 3rd. Internat. Cofer. on preventive cardiology. Oslo.
- Kurtz, R. (1976): The body reveals. Harper nad Row, New York.
- Lake, F. (1981): Studies in constricted confusion. Clin. Theol. Ass., Nottingham.
- Langer, S. (1967): Mind an essay on human feeling. Johns Hopkins Press, Baltimore.
- Lazarus, A. et al. (1992): The future of technical eclecticism Psychotherapy, 29, 1, pp. 11–20.
- Lazarus, R. S. (1963): Personality and adjustment. Prentice-Hall, New Jersey.
- Lazarus, R. S. (1966): Psychological stress and the coping process. Mc Graw-Hill, New York.
- Lazarus, R. S. (1987): Individual susceptibility and resistance to psychological stress. In: Kalimo, R. et al.: Psychosocial factors at work. Geneva.
- Lazarus, R. S. (1967): Stress theory and psychophysiological research. In.: Levi, L. ed.: Emotional stress. Karger, Basel.
- Leech, G. (1974): Semantics. Penguin Books, Middle.
- Levi, V. ed. (1971): Society, stress and disease. Oxford, Univ. Press, London.
- Lewit, K. (2003): Manipulační léčba. Sděl. tech. a ČLS J.E. Purkyně, Praha.
- Lidell, L. (1984): The book of massage. Gaia, London.
- Lidellová, L. et al. (1987): Kniha o józe. Svojtka a Vašut, Praha.
- Lipowski, Z. J. et al. (1977): Psychosomatic medicine. Oxford Univ. Press, London.
- Lorenz, K. (1965): Uber tierisches und menschliches Verhalten. Gesammelte Abhandlungen, Bd. I, Munchen.
- Lorenz, K. (1978): Vergleichende Verhaltensforschung. Grundlagen der Ethologie. Springer Verlag, Berlin.
- Lowen, A. (1958): The language of the body. Collier, New York.
- Lowen, A., Lowen, L. (1977): The way to vibrant health. Harper and ROY, New York.
- Lowen, A. (1976): Bioenergetics. Penguin Books, New York, 1993 český překlad.
- Lowen, A. (1983): Narcissism: Denial of the true self. Macmillan, New York.
- Luban-Polzza, Poldinger, W. (1991): Psychosomatický nemocný v praxi. Psychoterapeutické sešity, Praha.
- Lundberg, P. (1992): The book of shiatsu. Gaia, London.
- Macek, P. (1991): Příspěvek ke konceptualizaci obsahu sebepojetí. SPFFBU, I–25, s. 63–70.
- Mahl, G. F. (1950): Psychosomatics. Psychosom, Med., 14, 158.
- Mahl, G. F. (1953): Psychosomatics. Acad. Sci., 56, 240.
- Mahler, M. S. (1969): On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. Hogarth Press, London.
- Mahler, M. S. ed. (1975): The psychological birth of the human infant. Basic Books, New York.



- Mahler, M.S. (1965): On the significance of the normal separation-individuation phase. M. Schur (Univ. Press), New York.
- Mahler, M. S. et al. (1978): Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Fischer, Frankfurt a. M.
- Mahlerová, M. S. a kol. (2006): Psychologický zrod dítěte. Triton, Praha.
- Marcus, H. (1980): The Self in thought and memory. In.: Wegner, D. M., Vallaccher, R. R. eds.: The Self in social psychology. Oxford Univ. Press, Oxford.
- Marcus, H., Nurius, P. (1986): Possible Sleeves. *American Psycholog.*, 41, pp. 954–969.
- Marcus, M. et al. (1988): From chemical to biological organisation. Springer–Verl., Heidelberg.
- Margulis, L. (1981): Symbiosis in cell evolution. Freeman and CO., San Francisco.
- Maslach, C. (1979): The burnout syndrome and patient care. In.: Carfield, C. A. ed.: Stress and survival. St. Loous, Mosby.
- Maslow, A. H. (1954): Motivation and personality. New York.
- Masters, R., Houston, J. (1978): Listening to the body. Delta Books, New York.
- Masters, R., Houston, J. (1973): Mind Games: The guide to inner space. Delta Books, New York.
- Masunaga, Sh. (1977): Zen Shiatsu. Japan Publications, Tokyo.
- Matějček, Z. (1970): Psychologie nemocných a tělesně postižených dětí. Avicenum, Praha.
- Maturana, H., Varela, F. (1987): The tree of knowledge. Shambhala, Boston.
- McCall, G. J., Simons, J. L. (1966): Identities and interaction. Fre Press, New York.
- Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Psychiatrické centrum, Praha 1992.
- Mihulová, M., Svoboda, M. (1992): Jóga a sebepoznání. Santal, Liberec.
- Millerová, A. (1995): Dětsví a drama. LN, Praha.
- Miltner, W. et al. (1986): Verhaltensmedizin. Springer Verlag, Berlin.
- Minsky, M. (1968): Semantic Information Procesing. Mass. Inst. Of Tecn. Press, Massachusetts.
- Minsky, M. (1961): Steps toward artificial intelligence. *Proceeding of the Ire*, 48, pp. 8–29.
- Mohapl, P. (1988): Vybrané kapitoly z klinické psychologie. I. Nakl. UPFF, Olomouc.
- Montagu, A. (1971): Touching. Harper and Row, New York.
- Mookerjee, A. (1982): Kundalini: Arousal of inner energy. Thames and Hudson, London.
- Morgane, P. J., Panksepp, J. eds. (1980): Handbook of the hypothalamus. Dekker, New York.
- Mosse, P. (1991): How long is the coastline of a cognitive map? San Francisco.
- Mott, F. J. (1948): The Universal desing of birth. David McKay, Philadelphia.
- Mott, F. J. (1959): The nature of the Self. Allen Wingate, London.
- Muktananda, S. (1979): Kundalini–SYDA Foundation, New York.
- Muller, E. E. et al. (1977): Neurotransmitters and pituitary function. Academic Press, New York.
- Nemiah, J. C. (1977): Alxithymia. *Psychoter. Psychosom.*, 28, pp. 199–206.
- Newell, A., Simon, H. A. (1972): Human problem solving. Prentice–Hall, New Jersey.
- Newell, A. (1967): The nature of information in living systems. In: Ramsey, D. M. ed.: Molecular coding problems. Acad. Scien., New York.
- Nicolis, G., Prigogine, I. (1977): Self-organisation in non-equilibrium systems. Willey, New York.
- Nitsch, J. R. ed. (1981): Stress, Huber, Bern-Stutt.-Wien.
- Novák, M. et al. (1992): Neuronové sítě. Grada, Praha.
- Oelmann, K. (1989): Anatomie fur bioenergetische analytiker. Psychosm. Med. Verl., Bonn.
- Olson, E. (1997): The Human Animal. Personal Identity without Psychology. Oxford Univ. Press, New York.
- Osgood, C. E. et al. (1967): The measurement of meaning. Univ. Of Illin., Urbana.
- Paige, E., Matthews, R. eds.(2011): Bose-Einstein condensates. N. Sci. Publishers Inc. (US).

- Paloutzian, R.F., Park, C.L. (eds.) (2005): Handbook of religion and spirituality. The Guilford Press, New York.
- Peacocke, A. (1983): An introduction to the physical chemistry of biological organisation. Oxford Univ. Press.
- Pearse, A. G. E. (1984): Interdisciplinary neuroendocrinology. In.: Ratzenhofer, M. et al.; Karger, Baseň.
- Peerbolte, L. (1975): Prenatal Dynamics and Psychic. Energy. Hunter House, Pomona.
- Peirrakos, J. (1970): The energy field in man and nature. Inst. For Health, New York.
- Penrose, R. (1999): Makrosvět, mikrosvět a lidská mysl. Ed. Kolumb., Praha.
- Phares, J. E. (1992): Clinical Psychology. Brooks Cole P. C., California.
- Piaget, J. (1970): Psychologie inteligence. SPN, Praha.
- Piedmont, R. (1999): Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the Five-factor Model. *Journal of Personality*, 67, 6, pp. 985–114.
- Poněšický, J. (1999): Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Triton, Praha.
- Poněšický, J. (2004): Fenomén ženství a mužství. Triton, Praha.
- Poněšický, J. (2005): Agrese, násilí a psychologie moci. Triton, Praha.
- Poněšický, J. (2006): Člověk a jeho postavení ve světě. Triton, Praha.
- Popper, K. R. (1994): Otevřená společnost a její nepřátelé – I., II., ISE, Praha.
- Praško, J. (2005): Úzkostné poruchy. Portál, Praha.
- Praško, J. a kol. (2003): Poruchy osobnosti. Portál, Praha.
- Prigogine, I., Stengers, I. (1984): Order out of chaos. Meinemann, London.
- Prigogine, I. (1980): From boeing to becoming. W. H. Freedman, San Francisco.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1999): Psychoterapeutické systémy. Grada, Praha.
- Raboch, J., Zvolský, P. et al. (2001): Psychiatrie. Galén, Praha.
- Rahn, E., Mahnkopf, A. (2000): Psychiatrie. Grada, Praha.
- Rank, O. (1929): The trauma of birth. Routledge and Kegan Paul, London.
- Reich, W. (1949): Charakter analysis. Noonday Press, New York.
- Reich, W. (1993): Funkce orgasmu, Concordia, Praha.
- Reich, W. (1973): Selected writings. Strauss and Giroux, New York.
- Reich, W. (1970): The mass psychology of fascism. Simon and Schuster, New York.
- Reymert, M. L. ed. (1950): Feelings and emotions. McGraw Hill, New York.
- Rezai, K. et al. (1993): The neuropsychology of the prefrontal cortex. *Arch. Neurol.*, 50, pp. 636–640.
- Riemann, F. (1999): Základní formy strachu. Portál, Praha.
- Rogers, C. R., Sanford, R. C. (1985): Client-centered psychotherapy. In.: Kaplan, H., Sadock, B. eds. *Comprehensive textbook of Psychiatry* (vol. 2). Williams and Wilkins, Baltimore.
- Rosenman, R. H., Chesney, M. A. (1980): Charakteristiky stylu chování typu A jako rizikového faktoru ischemické choroby srdeční. *Čas. Lék. Čes.*, 119, str. 1393–1396.
- Rosenzweig, M. R. (1951): Representations of the two ears at the auditory cortex. *Am. J. Ps.*, 167, p. 147.
- Rotstejn, W. H. et al. (1981): Advances in physiological sciences. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Rotter, J. B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol. Monogr.*, 80, pp. 1–29.
- Royce, J. R., Powell, A. (1983): Theory of personality and individual differences. Prentice-Hall, New Jersey.
- Rycroft, Ch. (1993): Kritický slovník psychoanalýzy. Psychoanal. nakl. Kocourek, Praha.
- Rychlíková, E. (1997): Manuální medicína. Maxdorf, Praha.
- Ryle, G. (1949): The concept of Mind. Hutschinson, London.
- Říčan, P., Krejčířiková, D. et al. (1997): Dětská klinická psychologie. Grada.

- Sabelli, H. C. et al. (1994): Psychological portraits and psychocardiological patterns in phase space. In: Gilgen, A., Abraham, F. eds.: Chaos theory in psychology. Greenwood Publ., New York.
- Satirová, V. (1994): Kniha o rodině. Knižní klub, Praha.
- Searle, J. R. (1990): Is the brain s mind a computer program? Sc. Amer., 262, pp. 20–25.
- Searle, J.R. (1994): Mysl, mozek a věda. Mladá fronta, Praha.
- Sedmík, J. (1995): Masáže. Svoboda, Praha.
- Seligman, M. E. P. (1975): Helplessness, W.H. Freeman, San Francisco.
- Seligman, M. E. P. (1998): Learned optimism. McGraw-Hill, New York.
- Selye, H. (1950): The stress of life. McGraw-Hill, New York. (Čes. překlad, 1956)
- Selye, H. (1966): Život a stres. Obzor, Bratislava.
- Selye, H. (1974): Stress without distress. J. B. Lippincott Co., Philadelphia.
- Shakow, D. (1969): Clinical psychology as a science and profession. Aldine Publ. Comp., Chicago.
- Shankweiler, D., Studdert-Kennedy. M. (1967): Identification of consonants and vowels presented to left and right ears.
- Shedletsy, R., Endler, N. S. (1974): Anxiety. J. of Personality, 42, pp. 511–527.
- Sheldrake, R. (1981): A new science of life. J. P. TARCHER, Los Angeles.
- Sheldrake, R. (1992): Morfická rezonance a kolektivní paměť. In.: Sborník: Na vlnách změn. Radost, Praha.
- Sheldrake, R. (1988): The presence of the past. Random House. New York.
- Scheier, M. a Carver, C.(1987): Dispositional optimism and psychical well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 55, 2, pp. 169–210.
- Scheier, M. et al.(1986): Coping with stress. Divergent strategies of optimists and pessimists. Journal.of Personality and Social.Psychology, 51, 6, pp. 1257–1264.
- Schmale, A. H., Engel, G. L. (1967): The giving-up, given-up komplex ilustrated on film Arch. Gen. Psychol., 17, pp. 135–145.
- Schmale, A. H. (1972): Giving-up as a final common pathway to changes in health. Adv. Psychsom. Med., vol.8, Karger, Basel.
- Schreiber, V. et al. (1985): Stress. Avicenum, Praha.
- Schrodinger, E. (1946): Was ist Leben? Bern.
- Schulze, R., Roberts, R.D. (eds.) (2007): Emoční inteligence. Portál, Praha.
- Schuster, H. (1994): Deterministic chaos. Physik–Verl., Weinheim.
- Skála, J. a kol. (1989): Psychoterapie v medicínské praxi. Avicenum, Praha.
- Smart, D. et al. (2004): Patterns of antisocial behavior from early adolescence to late adolescence. Trends & Issues in crime and criminal justice series No. 290. Australian Institute of Criminology.
- Smékal, V. (1993): Integrační funkce osobnosti – koncepce a problémy. SPFFBU, I–27, str. 17–22.
- Smith, E. W. L. (2007): Tělo v psychoterapii. Portál, Praha.
- Smolík, P. (2002): Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf, Praha.
- Sperry, R. W., Gazzaniga, M. S. (1969): Inter hemispheric relationships. Vinken and Bruyn, New York.
- Sperry, R. W. (1970): Perception in the absence neocortical commissures. Res. Publ., 48, pp. 123–138.
- Steinberg, CH. M., Lefkovits, I. eds. (1981): The immune system: Past and future. Karger, Basel.
- Steiner, C. (1974): Transactional analysis of life scripts. Grove Press, New York.
- Sterba, R. (1934): The fate of the Ego in analytic therapy. J. Psycho-Anal., 15, pp. 117–126.
- Sterling, CH. M., Van Horn, K. R. (1989): Identity and death anxiety. Adol., 24, pp. 321–326.

- Stern, D. (1977): The first relationship. Mother and infant. Fontana Open Books, London.
- Stern, D.N. (2000): The interpersonal world of infant. Basic Books, New York.
- Stokes, S. A., Gordon, S. E. (1988): Development of an instrument to measure stress in the older adult. *Nurs. Res.*, 37, pp. 16–19.
- Stone, A. A. et al. (1987): Changes in daily event frequency precede episodes of physical symptoms. *J. Hum. Stress*, 13, pp. 70–74.
- Stone, C. G. et al. (1980): *Health psychology*. Jossey Bass, San Francisco.
- Studdert-Kennedy, M., Shankweiler, D. (1970): Hemisphere specialization for speech perception. *J. of the Acoustical Society of Amer.*, 48, pp. 579–594.
- Stuchlíková, I., Mann, F., Spielberger, C. D. (1974): Hněv jako stav a rys. *ČsPs*, 3, str. 220–227.
- Stuss, D. T., Benson, D. F. (1986): *The frontal lobes* Rave Press, New York.
- Styker, S. (1968): Identity salience and role performance. *J. of Marriage and the Fam.*, 30, pp. 558–564.
- Syřišťová, E. (1972): *Normalita osobnosti*. Avicenum, Praha.
- Šimek, J. (1995): Emoční život psychosomaticky nemocných. *Edice Zprávy VÚP*, č. 66, Praha.
- Švancara, J. (1993): Kategorie „souvislost“ v současné psychologii. *SPFFBU*, I–27, str. 31–38.
- Thorne, F. C. (1961): *Personality*. New York.
- Tillett, R. (1993): Assessment and outcome in psychotherapy. *Current op. In Psychiatry*, 6, 3.
- Timul'ák, L. (2005): *Současný výzkum psychoterapie*. Triton, Praha.
- Tournier, P. (1998): *Osamělost mezi lidmi. Návrat domů*, Praha.
- Tress, W. et al. (2008): *Základní psychosomatická péče*. Portál, Praha.
- Trevarthen, C. (1990): *Brain circuits and functions of the mind*. Cambridge University Press, New York.
- Tsunoda, T. (1981): The mother tongue and right–left dominance in the human central auditory system. UNESCO, Athens.
- Tyson, J. (1976): *The Belousov - Zhabotinski reaction*. Springer–Verl., Heidelberg.
- Uexkull, Th. et al. (1979): *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*. Urban and Schwarzenberg. München-Wien-Baltimore.
- Uylings, H. B. M. et al. (1991): *The prefrontal cortex*. Elsevier Sc. Publ., Amsterdam.
- Vágnerová, M. (1998): *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál, Praha.
- Vágnerová, M. (2000): *Vývojová psychologie*. Portál, Praha.
- Van der Werff, J. (1990): Problém of Self-conceiving. In: Bosma, H., Jackson, S. eds.: *Coping and Self-concept in Adol.* Springer Verlag, Berlín.
- Vašina, L. (2002): *Klinická psychologie*. Neptun, Brno.
- Vašina, L. (2008): *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. IMS – Bonny Press, Brno.
- Vašina, L. (2010): *Komparativní psychologie*. Grada, Praha.
- Vašina, L. (2011): *Vademecum psychologie clinicae*. Bonny Press, Brno.
- Vaughan, F. (1985): *The inward Arc.: Healing, and wholeness in psycho and spirituality*, Shambhala, Boston.
- Véle, F. (1997): *Kineziologie pro klinickou praxi*. Grada, Praha.
- Véle, F. (2006): *Kineziologie*. Triton, Praha.
- Venables, P. H., Christie, M. J. (1975): *Research in psychophysiology*. John Wiley and Sons, London.
- Vencovský, E. (1975): *Larvované deprese*. Avicenum, Praha.
- Vodáčková, D. a kol. (2002): *Krizová intervence*. Portál, Praha.
- Vybíral, Z. a kol. (2010): *Současná psychoterapie*. Portál, Praha.

- Vymětal, J. (1996): Rogerovská psychoterapie. Český spisovatel, Praha.
- Vymětal, J. (2003): Lékařská psychologie. Portál, Praha.
- Vymětal, J. a kol. (2007): Speciální psychoterapie. Grada, Praha.
- Výrost, J., Slaměnik, I. (2001): Aplikovaná sociální psychologie II. Portál, Praha.
- Wada, J. A. Rasmussen, T. (1960): Intracarotid injection of sodium amytal for the lateralization of cerebral speech dominance. *J. Neur.*, 17, p. 266.
- Wallace, E. R. (1988): Mind-body. *J. Nerv. Ment. Disease.* 175, pp. 4–21.
- Walsh, K. W. (1987): Neuropsychology. Churchill Livingstone, London.
- Walsh, K. W. (1985): Understanding brain damage. Churchill Livingstone, London.
- Walsh, R. N., Vaughan, F. (1980): Beyond Ego. J. P. Tarcher, Los Angeles.
- Weiner, B. (1962): The emotional consangueness of causal attributions. In.: Clark, M., Fiske, S. T.: *Affectional cognition.* Erlbaum, Hillsdale.
- Weiner, M. A. et al. (1981): Brain, behaviour and bodily disease. Raven Press, New York.
- Weiner, N. (1948): Cybernetics. J. WILEY and Sons, New York.
- Weinreich, P. (1989): Variations in ethnic identity: identity structure analysis. In.: Liebkind, K.: *Ney identities in Europe.* Gower Publ. Comp.
- Weinreich, U. (1963): On the semantic structure of language. In.: Greenberg, J. ed.: *Universals of language.* M. I. T. Press, Mass.
- Weinreich, U. (1958): Travels in semantic Space. *Word*, 14, pp. 346–366.
- White, G.L., Mullen, P.E. (2006): Žárlivost-teorie, výzkum a klinické strategie. Triton, Praha.
- White, J. ed. (1979): Kundalini. Anchor Books, New York.
- White, L. et al. (1985): Placebo: theory, research, mechanisms. Guilford, New York.
- Wilhelmsen, L. (1984): Risk factors for coronary heart disease in perspective, European intervention trials. *Am. J. Med.*, 76, pp. 37–40.
- Williams, P. et al. (2004): Defining social support in context. *Qualitative Health Research*, 14, 7, pp. 942–960.
- Winfree, A. (1980): The geometry of biological time. Springer-Verlag, Heidelberg.
- Wise, R. et al. (1991): Distribution of cortical neuronal networks involved in word comprehension and word retrieval. *Brain*, 114, pp. 1803–1817.
- Wolf, F. A. (1981): Taking the quantum. Harper and Row, San Francisco.
- Wolff, H. G. (1950): Life situations, emotive and bodily disease. In.: Reyert, M. L. ed.: *Feelings and emotions.* McGraw-HILL, New York.
- Wood, R., Tolley, H.: Testy emoční inteligence. Computer Press, Brno.
- Yalom, I. D. (1999): Teorie skupinové psychoterapie. Konfrontace, Hradec Králové.
- Yalom, I.D. (2006): Existenciální psychoterapie. Portál, Praha.
- Yong, A. M. (1976): The reflexive universe, evolution of consciousness. Delacorte, Press, New York.
- Zaidel, E. (1983): Language in the right hemisphere. *Amer. Psychol.*, 38, pp. 543–546.
- Zaidel, E. (1973): Linguistic competence and related functions in the right cerebral hemisphaera of man. Calif. Instit. Of Technology Přes, Pasadena.
- Zangwil, O. L. (1960): Cerebral dominance and its relations to psychological function. Oliv and Boyd, London.
- Zeig, J.K. (2005): Umění psychoterapie. Portál, Praha.
- Žáček, A. (1984): Metody studia zdraví a nemoci v populaci. Avicenum, Praha.

## **Repetitorium sanoterapie pro klinickou praxi a zdraví podporující chování**

**Autor:** doc. PhDr. Lubomír Vašina, CSc.

**Grafický návrh obálky:** David Vašina

**Recenze:** externí recenzenti IMS Brno

**Vydal:** Institut mezioborových studií, Brno

**Jazyková korektura:** Monika Víchová

**Rok vydání:** 2013

**Náklad:** 100 kusů

**Tisk:** BonnyPress, [www.bonny.cz](http://www.bonny.cz)

© Lubomír Vašina

© Institut mezioborových studií, Brno

**ISBN 978-80-87182-42-0**