

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Bakalářská práce

Kristýna Kříčková

Principy a původ práce s tělem v psychoterapii

Principles and origin of body oriented psychotherapy

Poděkování:

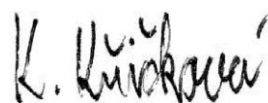
Děkuji vedoucí své bakalářské práce, RNDr. MUDr. Mgr. Monice Červinkové, Ph.D., za veškerou podporu, inspiraci, odborný dohled a laskavé vedení. Svoji rodině a přátelům děkuji za trpělivost, porozumění a poskytnutí opory. Děkuji také Mileně, že mi pomohla rozpoznat, jakým směrem se potřebuji vydat.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 24. dubna 2023

Kristýna Kříčková

Handwritten signature of Kristýna Kříčková in black ink.

Abstrakt (česky)

Literárně-přehledová část této práce se věnuje vybraným body-mind principům, které jsou pro práci s tělem v psychoterapii relevantní, a to jednak v kontextu psychoterapie zaměřené na tělo, ale i mimo něj. Pracovat v rámci psychoterapie s tělem je poměrně novým přístupem, avšak praktiky a techniky, ze kterých tento přístup čerpá a vychází, mají mnohdy dlouhou tradici. S narůstajícím vědeckým poznáním je dnes již možné daleko lépe porozumět tomu, proč a jak fungují. Tato práce ilustruje kontext a dynamiku společenského myšlenkového obratu, který prozkoumávání těchto mechanismů doprovází. Práce tak tyto základní a nosné principy body-mind propojení prezentuje ve světle nového paradigmatu celostní péče o zdraví a zasazuje je do širšího kulturního kontextu poukázáním na to, jak tyto principy figurují ve východních tradicích, kde panuje odlišné myšlenkové nastavení, než v moderní západní společnosti. Práce na literární část navazuje návrhem výzkumného projektu, jehož součástí je rozšíření praktického dotazníku SPECS do českého kontextu. Výzkumným záměrem je skrz reflexi práce s dotazníkem a doprovodné výzkumné metody kvalitativního rázu zmapovat povědomí praktikujících psychoterapeutů o body-mind principech.

Klíčová slova

psychoterapie zaměřená na tělo; body-mind; body-psychoterapie; psychosomatika; polyvagální teorie v praxi; autonomní nervový systém

Abstract (in English):

The literary review part of this thesis focuses on selected body-mind principles that are relevant for body work in psychotherapy, both in the context of body oriented psychotherapy and beyond. Working with the body within psychotherapy is a relatively new approach, but the practices and techniques from which this approach draws and builds upon often have a long tradition. With increasing scientific knowledge, it is now possible to understand much better why and how they work. This thesis illustrates the context and dynamics of the social turn in thought that accompanies the exploration of these mechanisms. The thesis thus presents these basic and supporting principles of body-mind connection in light of the new paradigm of holistic health care and places them in a broader cultural context by highlighting how these principles figure in Eastern traditions, where a different mind-set prevails than in modern Western society. The thesis builds on the literature review by proposing a research project that involves extending the SPECS practical questionnaire to the Czech context. The research aim is to map the awareness of practicing psychotherapists of body-mind principles through reflection on the work with the questionnaire and accompanying qualitative research methods.

Keywords

body oriented psychotherapy; body-mind, body-psychotherapy; psychosomatics; applied polyvagal; autonomous nervous system

OBSAH

1	ÚVOD	3
	LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST	5
2	SOMATICKÉ PRINCIPY BODY-MIND PROPOJENÍ	5
2.1	BIO_PSYCHO_SOCIÁLNÍ MODEL ZDRAVÍ	6
2.2	HANS SELYE A TEORIE STRESU	7
2.3	PSYCHONEUROIMUNOLOGIE	9
2.4	POLYVAGÁLNÍ TEORIE	12
<i>2.4.1</i>	<i>Hierarchie</i>	<i>12</i>
<i>2.4.2</i>	<i>1.4.2. Neurocepce</i>	<i>13</i>
<i>2.4.3</i>	<i>1.4.3. Koregulace</i>	<i>14</i>
3	PRACE S TĚLEM V PSYCHOTERAPII	15
3.1	HISTORICKÝ VÝVOJ PSYCHOTERAPIE ZAMĚŘENÉ NA TĚLO	16
<i>3.1.1</i>	<i>Vliv Wilhelma Reicha</i>	<i>17</i>
<i>3.1.2</i>	<i>Navázání na Reichovo dílo</i>	<i>18</i>
3.2	SOUČASNOST PSYCHOTERAPIE ZAMĚŘENÉ NA TĚLO	21
3.3	EVIDENCE-BASED EFEKTIVITA PSYCHOTERAPIE ZAMĚŘENÉ NA TĚLO	23
3.4	PRÁCE S NERVOVÝM SYSTÉMEM JAKO VÝCHOZÍ BOD TERAPIE	25
<i>3.4.1</i>	<i>Mechanismy nervové soustavy</i>	<i>26</i>
<i>3.4.2</i>	<i>Praktické intervence působící na nervovou soustavu</i>	<i>27</i>
4	TRADIČNÍ POJETÍ BODY-MIND PROPOJENÍ	29
	NÁVRH VÝZKUMNÉHO PROJEKTU	32
5	TEORETICKÁ VÝCHODISKA	32
5.1	CÍL VÝZKUMU	33
5.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
6	DESIGN VÝZKUMNÉHO NÁVRHU	35
6.1	METODY SBĚRU DAT	35
6.2	VÝZKUMNÝ SOUBOR A DISTRIBUCE VÝZKUMNÝCH NÁSTROJŮ	36
6.3	METODY ZPRACOVÁNÍ DAT	37
7	DISKUZE	38

8	ZÁVĚR.....	40
9	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:.....	41
10	SEZNAM OBRÁZKŮ:	46
11	SEZNAM ZKRATEK:	47

Příloha 1

Příloha 2

1 Úvod

Cílem této práce je poukázat na mechanismy propojení na body-mind úrovni a poukázat na principy, které jsou, s ohledem na toto propojení, v psychoterapeutické péči o člověka klíčové. Současná podoba praxe v rámci systémové péče o zdraví ještě stále většinou odpovídá historické snaze rozdělit člověka na samostatně zkoumatelné celky a na jednotlivé celky se soustředit izolovaně a specializovaně. Taková snaha je však na úkor zohlednění širšího kontextu. Narůstající vědecké poznatky však postulují, že není ve prospěch výsledné kvality péče tyto souvislosti opomíjet a jejich vliv na lidské zdraví je zásadní. V posledních dekádách je tedy vůči celostnímu pojetí lidského zdraví čím dál více otevřená jak odborná, tak běžná populace.

První kapitola této práce poskytuje stručný přehled vybraných poznatků z řad tradičně somaticky orientovaných oborů. Vědecká zjištění, teorie, či myšlenkové posuny, jež v této práci figurují, významným způsobem přispěly k odklonu od dualitního pojetí člověka jako takového a přiblížili mechanismy, kterými probíhá oboustranná komunikace mezi tělem a duší.

Druhá kapitola se soustředí na myšlenkový odklon od dualismu v rámci oboru psychoterapie. Zmiňuje historický vývoj oboru psychoterapie zaměřené na tělo a vyzdvihuje určité aspekty mezilidské interakce jako takové, které v rámci (nejen) psychoterapie mají důležitou funkci. Tyto principy jsou tak zároveň spojovacími prvky napříč odlišnými psychoterapeutickými přístupy. Prozkoumává, jaké jsou primární determinanty efektivní terapie a jak mohou být tyto poznatky zakomponovány do praxe.

Třetí kapitola pak ve stručnosti poukazuje na jisté paralely, mezi záměrem oboru psychoterapie a tradičních východních kultur. Rozjímá nad skutečností, že techniky a přístupy východních tradic, které se opírají o tisíciletou praxi, by potenciálně mohly obor psychoterapie obohatit o cenné nástroje a taktéž by mohly přispět hlubšímu porozumění člověka za hranicemi dualistického uvažování, s ohledem na skutečnost, že celostní pojetí je těmto kulturám vlastní.

Druhá část práce na vytyčená teoretická východiska dále navazuje formou návrhu výzkumu. Záměrem výzkumu je u respondentů z psychoterapeutických řad podpořit body-mind integrativní přístupování ke své praxi prostřednictvím aktivní práce s prakticky orientovaným dotazníkem SPECS. Dále se výzkum doprovodnými nástroji snaží zmapovat povědomí praktikujících psychoterapeutů o body-mind principech. Výzkum využívá

kvalitativních metod, ve snaze zachovat při sběru dat důležitý kontext a vyzdvihnout význam individualizované terapeutické péče.

Pro účely této práce byla použita literatura s převahou zahraničních zdrojů, ve snaze ilustrovat myšlenkový posun na nadnárodní úrovni. V práci jsou použity zdroje pro poukázání na aktuální podobu situace, ale i publikace staršího data, které odráží historický vývoj. Vzhledem ke snaze této práce utvořit určitý přehled, jedním z aspektů výběru zdrojů tedy byl i historický význam zdroje, případně jeho schopnost srozumitelně zahrnout širší kontext tématu. V práci je citováno podle 7. vydání normy APA (American Psychological Association, 2020).

LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST

2 Somatické principy body-mind propojení

Zdraví jakožto fenomén je velice komplexní a je mnoho úhlů pohledu, ze kterých je možné snažit se ho uchopit. Zdraví, jako absence nemoci, zdraví, jako všeobecný well-being organismu, zdraví, jako harmonie napříč fyzickou psychickou, sociální, spirituální, a i dalšími rovinami lidské existence. Některé úhly pohledu se snaží ponořit do hloubky konkrétního aspektu (například biologického), jiné perspektivy se téma naopak snaží uchopit co nejvíce holisticky a v přístupu k této problematice zohlednit co nejvíce možných intervenujících faktorů. Odbornou veřejností přijímaný význam toho, co to znamená být zdravým člověkem, se v posledních dekádách rozšířil. WHO má ve své ústavě zdraví definováno jako stav úplného fyzického, mentálního a sociálního well-beingu a nejen nepřítomnost nemoci nebo neduhu¹. APA říká jinými slovy de facto totéž, když za zdraví pokládá stav mysli, těla a duše člověka, osvobozený od nemoci, zranění, bolesti a úzkosti.² Tyto definice tedy již dalece přesahují ryze biomedicínskou představu zdraví, jakožto absenci nemoci.

Zároveň patří k cílům psychoterapeutické intervence stanoveným APA pomoci klientovi nalézt úlevu od emočního utrpení ve smyslu snížení úzkostnosti, bojácnosti a depresivity. Tato práce vychází z přesvědčení, že ve snaze pojmout tyto cíle způsobem odpovídajícím modernímu pojetí zdraví, je nasnadě zohlednit i souvislost těchto ‚duševních‘ cílů právě s ‚fyzickým‘ zdravím.

Tato kapitola tedy blíže rozebírá vybrané aspekty body-mind propojení. Přibližuje vybrané somatické, potažmo biologické procesy, dějící se pod pokličkou, které je záhodno v rámci terapie brát v potaz a soustředí se na to, jakým způsobem se psychologický rozměr lidského bytí propisuje do toho fyzického. Opouští dřívější představu člověka jako dualistického systému, dle které lze k tělu a duši přistupovat jako k odděleným entitám. Mezi představitele tohoto dualistického pohledu můžeme zařadit například Platóna se svou teorií duše a těla jakožto dvou vozatajů, kteří svou více či méně rozháranou spoluprací dávají dohromady zkušenost lidského bytí. Dualistické pojetí dále sytila ortodoxní křesťanská církev, dle kteréž duše jako taková přesahuje pouhopouhou pozemskost fyzického lidského těla. Tělo je pouze fyzickou schránkou a mysl a chování – aspekty duševní – jsou tedy církevní doménou

¹ V angl. originále: *Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*

² V angl. originále: *...the condition of one's mind, body, and spirit, the idea being freedom from illness, injury, pain, and distress*

(Honzák, 2017; Kebza, 2005). Tato práce se tedy naopak snaží úžeji zaměřit na neustále probíhající body-mind interakce, které předestírají monistický obraz člověka, v němž jsou vnější i vnitřní, na člověka působící vlivy součástí člověka samého.

Materiálů, které blíže zkoumají povahu interakcí mezi myslí a tělem, v posledních desetiletích hojně přibývá. S tím, jak se mění chápání zdraví, a jeho nastolení a uchování například dochází k odklonu od představy čistě psychosomatických diagnóz. A nově objeované souvislosti zároveň žádají o novou praxi péče o člověka.

Mezi teoretické pionýry tohoto nového paradigmatu zdraví patří například George Engel, který zformuloval výzvu za integrativnější medicínský model. Dále Hans Selye, průkopník výzkumu mechanismů nespecifického stresu, Robert Ader, který navzdory svému původnímu skepticizmu zaznamenal propojení kognice a neuro-endokrino-imunitního systému, a Stephen Porges, jež zformuloval polyvagální teorii blíže zkoumající reakce autonomního nervového systému na působení stresorů. Tyto teoretiky spojuje přístup ke zdraví jakožto k předmětu multidisciplinárního bádání a jejich objevy a působení je šířeji popsáno v následujících částech kapitoly.

2.1 Bio-psycho-sociální model zdraví

Profesor psychiatrie a medicíny, George Engel, v roce 1977 vyjádřil potřebu nového modelu zdraví, ve formě výzvy biomedicínskému oboru. Ve svém článku kritizuje přehlížení psychologických faktorů medicínskou obcí. Ilustruje tehdejší odborný konsensus, který za nemocemi viděl čistě organický původ definovaný uchopitelnými a měřitelnými somatickými parametry. Psychosociální vlivy tedy byly z tohoto úhlu pohledu spíše filosofickým teoretizováním a mnohé psychiatrické diagnózy vykládány jako potíže se zvládnutím žití, ne jako nemoc. Ve vzduchu viselo přesvědčení, že medicína by se měla věnovat ‚opravdovým‘ nemocem a psychiatrické diagnózy, které postrádají jasné somatické zapříčinění, by se naopak od medicíny měly vydělit pod záštitou nového oboru věnujícího se reedukaci svých klientů, jak žít funkčněji, na což by nebylo třeba medicínských pracovníků.

Engel, ve snaze rozšířit pojetí nemoci o psychosociální vlivy, aniž by pozbylo výhody biomedicínskému přístupu, nastiňuje Biopsychosociální medicínský model. Ve svém návrhu zmiňuje například důležitost psychosociálních vlivů na samotné přijetí ‚patientského‘ statutu – významná část (nejen) prvotních identifikátorů nemoci, jimiž se stav vychyluje z normálu (změny ve vzhledu, prožitku, chování, kvalitě sociálního kontaktu apod.), spadá právě do psychosociálních mezí. Tyto změny mohou být pozorovány jak tím, kdo jimi prochází, tak jeho okolím a jsou nedílnou součástí prožitku nemoci. Na srovnání reálného prožitku cukrovky,

zjednodušeně jakožto „somatické“ nemoci, a schizofrenie, jakožto „duševní“ nemoci, ilustruje intervenující aspekty nemoci, které dalece přesahují pouhou přítomnost či nepřítomnost nálezu biochemické nerovnováhy. Poznává, že obrat v přístupu je výzvou jak pro lékaře, tak pro psychiatry. Klade důraz na nutnost větší informovanosti lékařů o souvislostech z psychosociálních oblastí. Zároveň upozorňuje na riziko vyvstávající v psychiatrickém odvětví, které spočívá ve snaze pojímat obor psychiatrie pohledem medicínského redukcionismu na úkor psychologie člověka (Engel, 1977).

Co se systémového posunu týče, i v současné době zůstává biomedicínský model dominantním modelem zdravotní péče, nicméně biopsychosociální model je silnou alternativou, která se pod vlivem trvajících výzkumu a aplikování v klinické praxi neustále vyvíjí (Wade & Halligan, 2017). Byť převážila shoda, že bio-psycho-sociální přístup umožňuje humanističtější péči o zdraví, konkrétně Engelovu modelu byla vytýkána přílišná nepodrobnost koncepce, genericky formulovaná aplikace do praxe a absence specifické metodiky, která by umožňovala vyhodnocovat relevanci rozličných dat pro výběr správné intervence. Vzhledem ke shodě narůstajících poznatků s Engelovým původním záměrem však byla k těmto nedostatkům kontinuálně hledána metodologická řešení a tak na polích výzkumu, vzdělání i klinické praxe dochází k obratu k tomuto integrativnějšímu přístupu (Farre & Rapley, 2017).

Kromě širšího pojetí zdraví má příklon k tomuto modelu za přínos také nárůst oborů, které vznikly syntézou různých odvětví a umožnily tak ve výsledku značně komplexnější náhled na původní problematiku. Příkladem takového odklonu od, jak se ukázalo, přílišně redukcionistických závěrů, je například obor psychoneuroimunologie (Suls & Rothman, 2004).

2.2 Hans Selye a teorie stresu

V debatách moderní společnosti o fyzickém a mentálním zdraví bývá ústředním tématem stres. Je to koncept, který je skloňován psychology, sociology, filosofy, biology, neurology, biochemiky a dalšími. Šíří svého záběru překlenul hranice mezi obory i mezi individuem a společností (Cantor & Ramsden, 2014). I díky tomu je relativně náročné stres konkrétně uchopit nějakou definicí a různí autoři se proto mnohdy uchylují k tomu, že stres definují v kontextu vlastní teorie či práce. Některé teorie stres zkoumají jako reakci, jiné jako stimulus, další jako transakci mezi subjektem a jeho prostředím (Rice, 2012). Dle WHO je stresem jakýkoliv typ změny, která způsobuje fyzické, emocionální nebo psychické napětí.

V této podkapitole se nicméně budu blíže věnovat pojetí Hanse Selyeho. Selye je autorem teorie všeobecného adaptačního syndromu neboli GAS, podle originálního anglického názvu General Adaptation Syndrome. Tato teorie si stres jakožto pojem vypůjčila z technických

věd a jako první jej vnesla do humanitně zaměřených oborů, když přetavil pojem stres z čistě fyzikálního významu na pojem popisující biologický proces, který se v těle odehrává v reakci na působení stresoru. Selyeho neoddiskutovatelným přínosem je zavedení terminologie, která posloužila jako referenční bod mnoha akademikům, kteří se této problematice věnovali a věnují. Jeho neúnavná osvětová činnost také rozšířila tento koncept za hranice akademické obce až do všeobecného povědomí (Szabo et al., 2012).

Klíčové je i to, že se ve svém výzkumu zabýval mechanismy neurčitého stresu. Do té doby byly mechanismy stresu zkoumány v souvislosti s konkrétními stresory (Honzák, 2017). Selyemu pozorování na krysách otevřela možnost *chápat působení stresu jako takového*, nehledě na to, jakým stresorem byl vyvolán. Pozorovanou autonomní reakci endokrinního systému na působení stresoru popsal pod názvem GAS (General Adaptation Syndrom), čímž navázal na dílo Waltera Cannona, který přispěl popisem reakce *útěk nebo útok*. Prvotní, tzv. poplachová fáze GAS nastává, když tělo s notnou ostražitostí (alarmem) registruje přítomnost stresoru. Následuje fáze resistance, ve které se tělo snaží stresoru přivyknout a posléze fáze vyčerpání, kdy je systém trvajícím působením stresoru, tedy i kontinuální nutností na stresor reagovat (tj. přetrvávajícím stresem), natolik vyčerpán, že již nemá energetických rezerv a dochází k jeho selhání (Selye, 1936).

Co se původního pojetí stresu týče, Selye nejprve měl za to, že se GAS týká pouze neuroendokrinního systému. Postupně však přišel na to, že do stresové reakce se zapojují téměř všechny orgánové systémy. Neustoupil však ze svého přesvědčení o nespecifické povaze stresorů. Tedy, že nástup stresové reakce není vázán na specifický stresor, naopak může jako stresor působit fyzický, psychický, nebo například chemický stimul a vede ke stejné reakci organismu (Szabo et al., 2012). Selye nepopíral existenci reakčních vzorců specifických konkrétním stresorům, ale stres, dle své definice, pokládal za „bazální“ mechanismus společný všem těmto stresorům (Selye, 1988).

Přibývalo klinických studií, které se věnovaly lidské nemoci i výzkumů, které se věnovaly psychologickým faktorům působícím na stresovou reakci (Jackson 2014). I pojetí stresorů tak podléhalo vývoji. Selye mínil GAS jakožto reakci, která nastává při působení jakéhokoliv stimulu a subjektivní prožitek stresoru reagujícího organismu vůbec nezohledňoval. Ve světle průzkumů vlivu subjektivního vnímání a emoční reakce však tento postoj přehodnotil, a i on se rozhodl rozdělit stres na svým způsobem „pozitivní“ a „negativní“. Představil pojmy eustres a distres. Eustres je vyvolaný subjektivně žádoucími podněty a distres, vyvolaný těmi individuálně nežádoucími (Szabo et al., 2012).

V průběhu své výzkumné kariéry se přesvědčil o významu individuálního prožívání stresoru, i jakožto vlivu na zdraví jedince, protože byl zastáncem holistického pojetí péče o zdraví. Pohled na zdraví a nemoc čoučkou GAS přesahuje pojetí nahlížející na nemoc jako výsledek samotné interakce organismu s patogenem. Vzhledem k tomu, že stres může působit jak na vznik nemoci, tak na její průběh, považuje za zásadní, aby byl součástí péče i „management“ stresu. Selye dále v souvislosti s holistickým přístupem říkal, že je třeba si být vědom toho, že každý je sám zodpovědný za své zdraví a duševní pohodu (v originále well-being), jelikož bez tohoto uvědomění jsme odsouzeni k tomu být sužováni onemocněními zapříčiněnými stresem, nezávisle na nově objeovaných metodách léčby (Selye, 1980).

Selyeho práce čelila značné kritice. Vytýkána mu byla zejména samotná univerzálnost stresové reakce. Mezi těmi, kteří se jali zkoumat, zda je neuroendokrinní reakce skutečně společná různým stresorům bez rozdílu, patřili například Pacák a Palkovits. Ti došli k závěru, že tomu tak není, ba naopak, podpořili protichůdné přesvědčení, že specifické stresory vyvolávají i specifickou odpověď. Tím se zároveň nabízí pohled na stres, jako na odpověď „která odráží existenci specifických anatomických a funkčních okruhů“ (Pacák & Palkovits, 2001). Selyemu také bývá vytýkáno používání takzvaného důkazu kruhem, tedy že je vysvětlován sebou samým. Například rozlišení distres od eustresu prakticky předestřeno tak, že distres má na organismus nepříznivé účinky a způsobuje poškození tkáně (Fink, 2016).

Některé ze Selyeho závěrů jsou tedy dnes již překonány, nebo pojímány jinak. Přesvědčení o GAS jakožto univerzální reakci nebylo podpořeno. Stres je v dnešní době vnímán jako reakce s určitou mírou specifity, nicméně ta se odvíjí i od povahy stresoru, který organismus z homeostatického stavu vyvádí, od toho, jak organismus stresor vnímá a zda cítí důvěru ve svou schopnost se se stresorem vypořádat. (Goldstein & Kopin 2007).

2.3 Psychoneuroimunologie

Obor psychoneuroimunologie se zabývá vztahy mezi chováním (behavior), nervovou soustavou, endokrinním systémem a imunitním systémem. U zrodu tohoto hybridního oboru byl Robert Ader se svým zjištěním, že imunitní reakce může podléhat behaviorálnímu podmiňování, tedy že mezi mozkiem a imunitním systémem existuje funkční vztah (Ader & Cohen, 1975). Původní představa imunitního systému jako samoregulačního, autonomního obranného činitele byla přehodnocena a díky četným výzkumům dnes již víme, že mezi těmito systémy probíhá komunikace, a to dokonce obousměrná. Toto pole výzkumu zároveň otevřelo dveře novému náhledu na působení stresu.

Dle Adera (1996) je psychoneuroimunologie spíše než fúzí oborů funkčním nástrojem, jak probíhající biologické procesy de facto uchopit v jejich reálných souvislostech. Poukazuje totiž na to, že mnohé mezioborové hranice v rámci biomedicínských věd jsou svým způsobem uměle vytyčené a neodpovídají reálným biologickým interakcím. Respektive, jsou příliš redukcionistické, než aby dané fenomény pojaly v celé šíři jejich kontextu, a tímto „ošizením“ zároveň ztrácí schopnost hledat funkční technologie k práci s nimi. Dalším ilustrujícím příkladem takto integrativního, hybridního pojetí může být například obor psychofarmakologie, jež svým záběrem zkrátka zohledňuje skutečnost, že na efektivitu léku působí stav organismu, který jej dostává (Ader, 1996).

Imunitní systém je součástí provázaného obranného systému, který se stará o nastolování a udržování homeostatického stavu. Imunitní funkce mohou být ovlivněny aktivitou autonomního nervového systému a neuroendokrinními signály z hypofýzy. Zároveň cytokiny a hormony uvolněné aktivovaným imunitním systémem mohou ovlivnit neurální a endokrinní procesy. (Ader, 1996) Komunikačním kanálem tohoto spojení je například sympatická i parasympatická inervace orgánů spojovaných s imunitním systémem (Bellinger et al., 2001).

Biologické poznatky o existenci obousměrné sítě mezi mozkem a imunitním systémem poskytují základ přesvědčení, že i imunitní systém podléhá psychologickým procesům, jakými je učení, psychogenní stres, či emoce (Zachariae, 2009).

Jak bylo výše uvedeno, Robert Ader s pomocí imunologa Nicholase Cohena zaznamenal imunosupresivní efekt vyvolaný behaviorálním podmiňováním. Došlo k tomu, že krysy, kterým byla podána v kombinaci se sacharinem látka s imunosupresivními účinky (cyklofosamid), následně vykazovaly útlum imunitní reakce, byť jim byl již podáván pouze samotný sacharin. Přičemž sacharin sám o sobě imunosupresivní účinky nemá (Ader & Cohen, 1975).

Co se stresu týče, psychoneuroimunologie se zabývá otázkou, jak psychologický stres působí na funkci imunitního systému a zda ovlivňuje náchylnost k nemoci. Působení stresu na imunitní systém se odvíjí i od toho, zda se jedná o chronický, či akutní stres³. Akutní i chronický

³ Dle definice Smytha a kolektivu (2013) je akutní stresová reakce vyvolána vnitřním či vnějším podnětem, který je vnímán negativně (jako hrozba) a vyvolává fyziologickou reakci za účelem se s tímto stresorem popasovat. Konec akutní stresové reakce nastává v momentě návratu do homeostatického stavu. V případě chronického stresu se jedná spíše o kontinuum než o krátkou, časově ohraničenou epizodu. Dochází k opakované aktivaci stresové reakce, ze které dochází pouze ke krátkému, nebo téměř žádnému návratu do homeostatického stavu. Tento stav může být vyvolán například souvislým působením specifického stresoru nebo také přetrvávajícím subjektivním vnímáním stimulu jako hrozby.

stres vyvolávají v organismu nárůst prozánětlivých cytokinů, jenomže zatímco krátkodobější působení těchto látek může účinně posloužit jako ochrana proti patogenům, dlouhodobá přítomnost zanícení může přispět k chronickému onemocnění. Z obecnějšího hlediska vede chronický stres k imunosupresi a zároveň i systemickému zanícení, což je úrodnou půdou pro vznik chronických zánětlivých onemocnění. Je nicméně stále třeba dále prozkoumávat konkrétní mechanismy, která za těmito projevy stojí (Lockwood et al., 2019).

Lorentzová poznamenává (2006), že zásadní vliv na fungování imunitního systému má zejména to, jak člověk stresovou situaci vnímá a hodnotí a taktéž jeho copingové strategie mají určující vliv na reakci imunitního systému. Má-li člověk výtečné copingové strategie, ani vysoké působení stresu nemusí vyvést jeho imunitní systém z rovnováhy. Škodu na mentálním a fyzickém zdraví způsobuje spíše než samotná přítomnost stresu reakce na něj, a to, jak je prožíván. Mind-body techniky umožňují pracovat s tím, jak člověk o stresu přemýšlí. Zároveň člověku mohou navrátit kontrolu nad svými reakcemi a chováním, díky čemuž je možné obecně čelit působení stresu lépe (Lorentz, 2006). Tím se tedy již dostáváme na pole volního jednání.

Například kognitivně behaviorální metody zvládání stresu mohou vést ke zvýšení imunitní funkce, snížení stresového hormonu kortizolu a vyšší vnímané schopnosti účinně se se stresem vyrovnávat (Littrell, 2008). Meditace umožňuje oproštění se od myslí a tím napomáhá snížení stresu. Meditační metody poskytují nástroje, jak s příchozími potenciálně stresujícími myšlenkami pracovat. Může zároveň dojít k tzv. relaxační odezvě, při níž dochází také k snížení tepové frekvence a navození alfa mozkových vln, což jsou indikátory snížené aktivity sympatického nervového systému (Lorentz, 2006).

Důkazy o tom, že mysl má moc ovlivňovat zdraví jsou k dispozici. Výzvou oboru a integrativního přístupu k člověku obecně je tedy dále zkoumat intervence, které pracují s myslí a tělem s ohledem na tato zjištění. Je žádoucí dále zkoumat, jaké mechanismy hrají roli, jaké intervence vykazují nejvyšší efektivitu a jaké aspekty jsou pro jejich fungování kritické (Littrell, 2008).

A byť Littrellová toto stanovisko vyslovila již v roce 2008, i nadále je aktuální. Co se psychoterapie orientované na tělo týče, přetrvává nutnost rozšířit data mapující mechanismy fungování aplikovaných intervencí, objasnění, proč se aplikují zrovna ty intervence, které se aplikují a jak efektivní vlastně intervence jsou (Young, 2020).

2.4 Polyvagální teorie

V návaznosti na dříve zmíněné, integrativní praxe si žádá hlubší zkoumání orientované na funkční intervence vycházející z bio-psycho-sociálně spirituálního pojetí. A takovou teorií, která stojí na základech empirického výzkumu, významně prohloubila náhled na body-mind propojení z neurovědecké perspektivy a zároveň formuluje způsoby využití pro profesionální praxi, je polyvagální teorie (Young, 2020). Formuloval ji Stephen Porges a aplikací polyvagální teorie do psychoterapeutické praxe ve spolupráci s Porgesem významně přispěla Deb Dana. Dana Porgesovu teorii interpretuje prakticky, uchopuje ji do konkrétních cvičení a subjektivních příběhů a činí ji tak srozumitelnější a zároveň aplikovatelnou. Původně se tedy nejednalo o výzkum primárně cílený pro klinickou a psychoterapeutickou praxi, nicméně k Porgesovu překvapení si právě v klinické praxi našla své pevné místo (Porges, 2018).

Jak již bylo uvedeno v předchozích částech kapitoly, člověk do stresové situace nevstupuje jako nepopsaný list a samostatné stresory nemají za následek konkrétní příslušící stresové reakce – reakce a subjektivní prožitek se odvíjí od individuálních predispozic. Polyvagální teorie popisuje mechanismus inter-akcí, kterými náš organismus zpracovává stresory a ohrožení a soustředí se zejména na fungování autonomního nervového systému, jenž je součástí periferního nervového systému. Polyvagální teorie se principiálně opírá o tři základní pilíře, jimiž jsou hierarchie, neurocepce a koregulace.

2.4.1 Hierarchie

Hierarchie se vztahuje k fylogenetickému pořadí tří reakčních větví autonomního nervového systému. Autonomní nervový systém má dvě hlavní části – sympatický a parasympatický systém – a jeho klíčovou funkcí je udržet organismus naživu. Dle polyvagální teorie autonomní nervový systém odpovídá na podněty a vjemy třemi specifickými větvemi, přičemž každé má vlastní specifický vzorec reakcí. Větev sympatického systému prochází středem páteře a odpovídá na podněty signalizující nebezpečí. Uvolněním adrenalinu spouští reakci útěk nebo útok. Parasympatická část má dvě větve, v rámci vagálního nervu (nervus vagus neboli bloudivý nerv). Vagální nerv je rozdělen na dvě části – ventrální větev vagu a dorzální větev vagu⁴. Zatímco ventrální vagální větev odpovídá na podněty signalizující bezpečí a podporuje kultivaci sociálních vazeb, dorzální větev vagu reaguje na signály extrémního nebezpečí, na které reaguje ochranným stavem kolapsu a odpojení (Dana, 2018).

⁴ Z angl. *ventral vagal pathway* a *dorsal vagal pathway*.

V rámci polyvagální teorie je fylogenetické pojetí těchto větví klíčové. Tyto větve lze chápat jako tři stupně ochrany, kterými lidský autonomní nervový systém disponuje. Vývojově nejstarší větví je dorzální vagální větev, následně se vyvinula sympatická větev a nejmladší a zároveň nejkomplexnější je ventrální větev vagu. Sympatická část umožňuje rychlou ale metabolicky náročnou mobilizaci a aktivaci sympatického systému. Dorzální větev vagu přivádí do chodu ještě starší reakci, kterou je imobilizace, jež spočívá ve snížení metabolických procesů a snaze působit neživým dojmem. Těmito dvěma větvemi disponuje většina obratlovců. Postupem času se vyvinula druhá větev vagu, která je schopna downregulovat předchozí stupně obrany. Disponují jí pouze savci a umožňuje sociální vztahování a koregulaci. Ventrální větev vagu umožňuje/je vlastní sociálnímu způsobu žití a kultivaci prosociálního chování (Porges, 2018).

Reakční vzorce na sebe navazují proti směru hodinových ručiček svého vývoje. Jsme-li ukotveni ve ventrální vagální větví, cítíme se v bezpečí a jsme schopni sociálních interakcí. V případě ohrožení se spustí sympatický systém, který nám umožní akci nutnou k opětovnému nastolení bezpečí. Cítíme-li se tváří v tvář hrozbě bezmocní, nastupuje dorzální systém – imobilizace za účelem přežití. (Dana, 2018).

Podle polyvagální teorie má autonomní stav zároveň vliv na naši schopnost vyhodnocovat povahu vnějších podnětů. Funguje to tedy i opačným směrem tak, že tentýž podnět může v závislosti na vnitřním rozpoložení, a s ním souvisejícím fyziologickým stavem, být vyhodnocen jako neutrální, pozitivní, nebo ohrožující (Porges, 2018). Při působení ventrální větve vagu jsme schopni dýchat zhluboka, máme klidný tep a dovedeme se naladit na zvukovou frekvenci klidné konverzace. Umožňuje nám navazovat kontakt s druhými a sociálně se rozvíjet. Je-li u kormidla sympatická část, dech je mělký, srdce bije rychleji a adrenalin nám nedá spočinout. Sluch se zbystrí na známky nebezpečí a konverzace sune do pozadí. Při zásahu dorzální větve vagu nastává odstřížení od vnějšího světa i vlastního citu, disociace (Dana, 2018).

2.4.2 Neurocepce

Neurocepce je reflexivní mechanismus, který na neurální úrovni neustále analyzuje signály přijímané z těla, našeho okolí a sociálních kontaktů ve snaze vyhodnotit přítomnost rizika a aktivovat vhodnou reakci autonomního systému. S pojmem neurocepce přišel Porges, aby jednoznačně vymezil, že na rozdíl od percepce tento mechanismus nevyžaduje vědomou pozornost a probíhá samovolně, nevědomě, na neurální úrovni (Porges, 2018). Autonomní systém nerozlišuje dobré a špatné, jeho funkčním principem je neustálá snaha zvládat hrozby

a kultivovat bezpečí. Neurocepce je nástrojem tohoto vyhodnocování. Slovy Deb Dana, neurocepce předchází percepci a příběh následuje po stavu (*story follows state*). Tím je míněno to, že adaptivní aktivita autonomního nervového systému je iniciována podněty získanými neurocepce a vědomá snaha situaci rozumově uchopit přichází až posléze. Dana tedy poznamenává, že v rámci terapie mohou být vodítka ke klientovu aktuálnímu utrpení nalezena v historii jeho autonomních reakcí (2018).

2.4.3 Koregulace

Třetím základním pilířem polyvagální teorie je *koregulace*. V jejím jádru stojí přesvědčení, že vztahovost je lidem vlastní. A podle polyvagální teorie je pro náš nervový systém integrální kontakt s druhými bytostmi a možnost koregulace. Osvojit si schopnost seberegulace se učíme prostřednictvím kontaktu s druhými. Abychom koregulaci zasadili do kontextu s druhými pilíři, koregulace je mezilidská interakce nervových systémů, která probíhá s lidmi, kteří jsou pro nás bezpeční a sami jsou schopni dosahovat ventrální vagální reaktivnosti, čímž nám mohou zprostředkovávat bezpečné signály, které vstřebáváme vlastní neurocepce. Teorie postuluje, že právě tímto zprostředkovaným způsobem se člověk učí seberegulaci. Koregulace funguje jako ubezpečení o vlastní schopnosti dosáhnout ventrálního vagálního stavu. V rámci klientské péče je koregulace uplatnitelná jako nástroj k posílení klientovy resilience a víry ve vlastní integritu (Dana, 2018). Tomu, jak se s tím dá v praxi pracovat, se bude šířeji věnovat následující kapitola.

3 Práce s tělem v psychoterapii

V předchozí kapitole práce je ilustrován posun od dualistického způsobu uvažování k body-mind integrativnímu pojetí prostřednictvím několika nosných objevů z řad tradičně somatických oborů, jakými je imunologie či neurologie.

Analogicky k této perspektivě chce tato práce zároveň poskytnout náhled na posun stejným směrem, tedy k body-mind integrativní praxi, ze strany oboru tradičně orientovaného na psyché, kterým je psychoterapie. Konkrétně se soustředí na psychoterapii orientovanou na tělo, jakožto přístup, jehož výchozím bodem již není dualistická představa, ale naopak holistické pojetí. Holistickým pojetím je míněno propojení duševního, tělesného i duchovního aspektu lidského bytí. Za zmínku zároveň stojí i to, že v průběhu svého vývoje byla psychoterapie jako taková k práci s tělem nakloněna v odlišné míře, a z toho důvodu je historický vývoj tohoto oboru více přiblížen v jedné z dílčích částí této kapitoly.

Pro začátek je třeba si vymezit, o jakém psychoterapeutickém směru je vlastně řeč a jaká jsou jeho specifika. V praxi je možné se setkat s vícero pojmy, které se k tomuto přístupu vztahují a patří mezi ně například somatická psychologie, bodyterapie, body-psychoterapie a další. Tyto pojmy jsou v podstatě synonymní. V této práci však bude nadále figurovat spojení ‘psychoterapie zaměřená na tělo’, ve významu, který následuje.

Psychoterapie zaměřená na tělo je směr, jenž se postupem času stal jedním z hlavních proudů psychoterapie. Na mezinárodní úrovni je uznávanou záštitou Evropská asociace pro psychoterapii zaměřenou na tělo (EABP)⁵. V České republice pak Česká asociace pro psychoterapii zaměřenou na tělo o.s. (ČAPZT), která zároveň organizuje akreditovaný psychoterapeutický výcvik pod názvem Integrativní psychoterapie zaměřená na tělo.

ČAPZT uvádí, že psychoterapie zaměřená na tělo je zaštiťující pojem pro vícero psychoterapeutických přístupů a metod. Pojem ‘psychoterapie zaměřená na tělo’ tedy v tomto kontextu slouží jako souhrnný a psychoterapeutickým přístupům, které pod sebou sdružuje, je společné výchozí přesvědčení, že tělo odráží celost osoby. Dle ČAPZT je dalším klíčovým a tomuto směru specifickým konceptem skutečnost, že terapeuti mohou (ale nemusí) využívat i doteku a práce s dechem a pohybem za účelem prohloubit sebeuvědomění a kontakt s vnitřním i vnějším světem.

⁵ V angl. originále European Association for Body Psychotherapy, zkratka EABP

Pro doplnění, obdobně vytyčuje Röhricht a kolektiv čtyři hlavní body, které jsou na tělo orientovaným psychoterapeutickým přístupům společné. Prvním z bodů je, že tělesné prožitky a zkušenosti jsou považovány za klíčové jak pro zkoumání sebe samého i druhých, tak pro diagnostické a terapeutické procesy účastné při terapii. Dále, že vzhledem ke svému zkušenostnímu charakteru si terapeutický vztah zakládá na momentálně přítomném dění na poli pozornosti k tělesnému prožívání a projevům a může použít i fyzického doteku. Také, že zohledňuje a v rámci terapie aktivně pracuje s celým spektrem expresivního chování, mezi něž patří například mimika, gestikulace, nebo postura. A nakonec, že v rámci psychoterapie orientované na tělo je také kladen důraz na význam osobních zdrojů a dovedností pro seberegulaci a práci s emocemi, jež jsou pro výslednou efektivitu práce klíčové (Röhricht et al., 2014).

3.1 Historický vývoj psychoterapie zaměřené na tělo

Popsat historii psychoterapie zaměřené na tělo v celé šíři tohoto pojmu by byla ambice daleko přesahující možnosti této práce. Z toho důvody byly zvoleny vybrané souhrnné zdroje a díla figurujících osobností se záměrem historický vývoj alespoň nastínit a poukázat na určité klíčové myšlenkové obraty, které pro účely této práce slouží jako dobarvení širšího kontextu.

Zakládajícím odvětvím psychoterapie, jak ji dnes v západním světě známe, byla psychoanalýza. A ve své původní podobě kladla psychoanalytické teorie na tělo větší důraz. Ego bylo chápáno jako ukotvené ve fyziologii, konkrétně vycházející z tělesných vjemů zpracovávaných povrchem těla. Freud ve své praxi nejprve sám s dotekem pracoval prostřednictvím masáží, či stimulací bolestivých bodů.

Nicméně postupem času bylo z psychoanalytické praxe naopak cíleně vytěšňováno. To je znát například ze změny polohy terapeuta, kdy je za klientovými zády usazen tak, že klientovo tělo téměř nevidí. Možnost práce s non-verbální komunikací a reakcemi těla je takovou konstelací značně omezena. (Young, 2006; Totton, 2002).

David Boadella, zakladatel biosyntézy, o němž bude ještě zmínka dále v textu, například uvádí terapeutický vztah freudiánské psychoanalýzy jako určitou formu detachmentu, kdy vyhýbavost terapeuta vůči klientovu tělu zároveň vytváří meze pro míru, do jaké se klient je schopen v terapeutickém vztahu otevřít. Psychoanalytici ve svém záměru pracovat s myslí a emocemi neviděli důvod pro přímý kontakt s tělem a s klientem během terapie nenavazovali ani oční kontakt, aby si dovedli zachovat klinickou objektivitu. Takto vzniklá tabuizace doteku nutně vytváří odstup. Oproti opačnému pólu, kterým by byl přehnaný attachment, umožňuje zachovat určitou profesionalitu, ale zároveň brání hlubšímu pocitu důvěry (Boadella, 2012).

Jak se psychoanalytická praxe postupem času vyvíjela a formovala, zabývala se více tím, jak psyché může působit na tělo, ale ne opačným směrem tohoto dění, tedy vlivem těla na psyché. Práce s tělem v rámci psychoterapie nicméně není v terapeutické praxi novinkou, jakožto spíše opomíjenou stránkou přítomnou v původní myšlence. Psychoterapie se systematicky začala navracet k tělu až v počátcích aktuálního tisíciletí (Young, 2006).

3.1.1 Vliv Wilhelma Reicha

Co na poli psychoterapeutické práce s tělem Freud začal, dalece rozvinul Wilhelm Reich - autor vegetoterapie, de facto otec zakladatel psychoterapie zaměřené na tělo a původně výjimečně nadaný psychoanalytik. Když Reich čerstvě po absolvování medicíny a několika letech psychoanalytické praxe působil na psychiatrii, komentoval, že obor psychiatrie se v tehdejší době věnoval popisování a klasifikování spíše než léčbě. Jako hlavní léčebný 'nástroj' vnímal sugesci a kriticky nahlížel také skutečnost, že nemocný se tenkrát považoval za 'uzdraveného', když řekl, že se cítí lépe, nebo když ustoupil symptom, pro který terapii konkrétně vyhledal. V rámci psychoanalytické teorie, jejíž perspektivou zdravotní stav Reich nahlížel, však 'úzdava' definovaná ani nebyla.

Zároveň psychoanalytické teorii vyčítal tzv. psychologizování tělesného, když dle jejich koncepce byla za většinou tělesných neduhů viděna nevědomá přání a obavy (byť i Freud postuloval fyziologickou bázi). Reich to však viděl jinak - "...vše svědčilo pro hlubinný biologický proces, jehož je nevědomé přání pouhým výrazem" (Reich, 1993).

Na základě těchto pohnutek se tedy jal propojení psyché a 'somy' hlouběji prozkoumávat, neb jej zároveň vnímal jako klíč k vyvinutí skutečně funkční léčby. Navázal na Freudův záměr lépe porozumět funkčním mechanismům psyché. Ve snaze objevit příčiny neúčinných psychoanalytických intervencí čím dál tím více dbal kromě verbální komunikace i na tu neverbální a začal vyvíjet svoji teorii charakterů. Freudovu představu ega ukotveného v kůži posunul k vrstvě muskulatury a zavedl pojem charakterový pancíř, označující měštnání svalstva, k němuž dochází hromaděním napětí způsobeného vnitřními konflikty a emočními pochody (Goodrich-Dunn & Greene, 2001).

Charakterový pancíř je blokádu vycházející ze samotného charakteru, zatvrzení, které je zastáváno celou osobností. Reichova charakterová analýza pak byla metodou, která se snažila jednotlivé vrstvy bloků postupně odhalovat a uvolňovat. Čím hlouběji postupovala, tím starší a elementárnější konflikty z jedincovy historie odráží. Jednotlivé vrstvy zároveň působí jako určitá kalcifikace naučené reakce, zastydnutí ve vzorci chování, který se v klíčovém bodě osobní historie odehrál a člověka poznamenal tak, že došlo k zacyklení se v tomto vzorci. Tyto

duševní obrany plnicí ochrannou funkci před volným prožitím pudů tedy postupem času spoluvytvářejí duševní strukturu. Pancíř však brání proudění energie, potažmo slasti, což je dle Reicha pro psychickou pohodu integrální (Reich, 1993).

Od psychoanalytické praxe se dále odchyloval nazíráním těla jakožto neodmyslitelné entity přítomné při psychoterapii. Svou důležitou (nejen) informativní roli hraje tón hlasu, pohyby i postura. Reich tak ve své praxi začal pracovat přímo se svalovou strukturou, aby mohl klienta oprostít od naučeného vzorce chování, který byl na jednu stranu příčinou svalového pancíře a posléze i jejím důsledkem, když svalová tendence a jí příslušné neurovegetativní nastavení zároveň působí jako spouštěč povědomého vzorce chování. Předestřel souvislosti mezi tělem a duší tek elementární, že se v dalším vývoji oboru staly neopomenutelnými (Nardone et al., 2019).

Reichův vliv nicméně nespočíval pouze ve vydláždění nového přístupu, ale později naneštěstí také v útlumu tohoto směru v návaznosti na dramatický závěr jeho kariéry. V posledních letech svého působení se hlouběji věnoval své teorii orgonové energie, jakožto základní životní energie, teoretické gró původního pojetí sexuální energie. Vyvinul také přístroj, orgonový akumulátor, který tuto energii měl harmonizovat. Americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv⁶ orgonové akumulátory označil za šarlatánské nástroje. V rámci soudního procesu byl Reich seznán vinným a zavřen do vězení a šíření akumulátorů i informací o nich bylo zakázáno. Americká vláda pak dokonce dala pokyn k ničení Reichových publikací, což je v historii Spojených států ojedinělá situace. Kontroverze, která celou kauzu opřádala, zároveň vedla k tomu, že praktikující bodypsychoterapeuti (a tehdejší obhájci Reichových teorií a metod) se ve své praxi z veřejného dění stáhli a otevřená společenská diskuze tím utichla. Vzhledem k tomu, jak výraznou postavou celého body-mind přístupu Reich svého času byl, i základní nosné myšlenky samotného body-mind směru byly s Reichovým odsouzením zastřeny dojemem ilegality. První doba oblevy v postoji mainstreamové společnosti nastala na přelomu 60. a 70. let a další až počátkem nového tisíciletí (Goodrich-Dunn & Greene, 2001; Young, 2006; Totton, 2002).

3.1.2 Navázání na Reichovo dílo

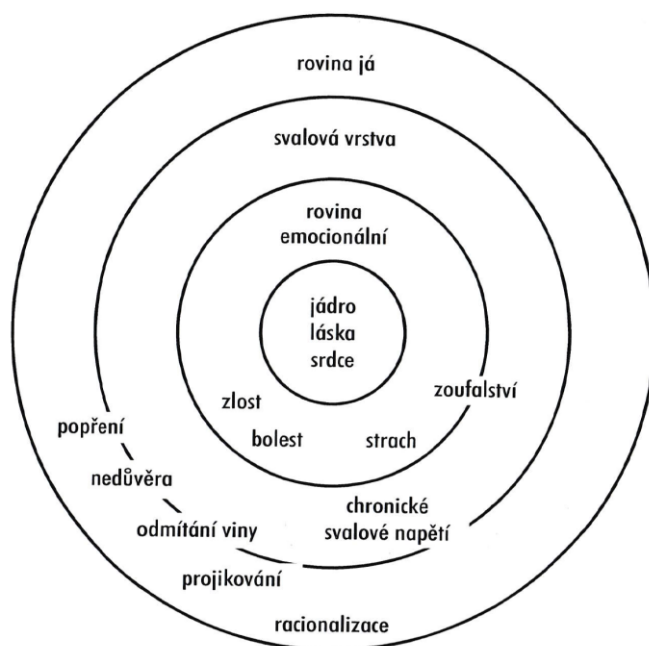
Na Reichovu práci významně navázali Alexander Lowen, David Boadella a mnozí další. Jmenovitě například C. R. Kelley, I. Rolf, A. Pesso, M. Feldenkrais a G. Boyesen. Z důvodu rozsahu této práce by však nebylo ani zdaleka možné věnovat patřičný prostor všem

⁶ American Food and Drug Administration (FDA)

významným figurám ve vývoji psychoterapie zaměřené na tělo, takže tento oddíl se blíže věnuje pouze Alexanderu Lowenovi a Davidu Boadellovi, jakožto zakladatelům bioenergetiky a biosyntézy, vlivných terapeutických přístupů.

Alexander Lowen vyvinul bioenergetickou analýzu a rozpracoval charakterové struktury v pět obecných typů. Jednotlivé typy se vyznačují specifickými psychologickými a svalovými obrannými vzorci. Zdůrazňuje však, že osobnost není definována charakterovým typem, jako spíše jeho osobní vitalitou. Osobní vitalita je dána individuální silou impulzů (ryze autentické tíhnutí, vycházející ze srdce - jádra) a obranných valů, které se tyto impulzy snaží řídit.

Lowen bioenergetický směr stručně shrnul tvrzením, že bioenergetika se pokouší porozumět lidské osobnosti na základě energetických procesů těla. Integrální snahou této metody je uvolnit překážky, které zamezují svobodnému proudění životní energie. Člověk je svým tělem. A tedy čím je tělo živější, tím je živější i bytost jako celek. Vychází zároveň ze struktury navrstvených obranných mechanismů plnících funkci ochrany srdce. Vrstvy jsou schematicky vyjádřeny soustředěnými kruhy.



Obrázek 1 Schematické zobrazení vrstvení obranných mechanismů (Lowen, 2015)

V jádru leží srdce (výchozí impuls milovat a být milován), kolem srdce je vrstva emocionální (rovina potlačených emocí), tu obklopuje svalová vrstva (chronická svalová napětí) a na povrchu se nachází rovina já (racionalizující rozměr osobnosti). Ve snaze dostat se k hlubším vrstvám a dosáhnout volného proudění energie bioenergetika pracuje s různými metodami, jako je například manuální stimulace, speciální bioenergetická cvičení, nebo

vyluzování výkřiků. Pro funkční terapii považuje Lowen za zásadní „oslovit“ všechny vrstvy. Na rozdíl od Reicha, který se v závěru kariéry domníval, že při přímé práci s energií je možno pracovat i beze slov, Lowen zdůrazňuje, že ani neverbální a tělové techniky nemají bez integrace do vědomé sféry potenciál k trvalejší efektivitě. Na rozdíl od těla, myslí a slovy je možné lhát sobě i druhým - to, co je vyhodnoceno jako pravda dle racionálního mínění, nemusí být pravda dle těla - ale emocionální a energetické výboje je zároveň nutné moct slovy vyjádřit a integrovat pro uchopení objektivní reality na úrovni vědomí, dosažení vhledu (Lowen, 2015).

Boadella taktéž tento princip v souvislosti s biosyntézou vyzdvihuje, když vzhledem k většinově preverbální povaze našeho já označuje důležitou výzvou biosyntetické terapeutické práce kontinuální propojování verbálního rozměru s neverbálním, se záměrem budovat zvědomělé propojení mezi tím, co je cítěno, vyřčeno, myšleno a projeveno.

Biosyntéza vychází z několika integrálních konceptů. Jedním z nich je vlastní klasifikace čtyř forem vědění (ve smyslu lidského poznávání a snažení se pochopit ve vztahu ke čtyřem různým 'předmětům'). První forma se soustředí na sebe - vědomí. Propojenost v rámci jednotlivce, pozornost k vnitřnímu vědění a moudrému jazyku vlastního těla. Druhá forma se soustředí na vztah jednotlivce k druhému, ztělesněný taktéž v terapeutickém vztahu. Principy koregulace, hledání harmonie a vzájemného naladění, které je vytvářeno oběma zúčastněnými. Třetí forma vědění se vztahuje k širšímu rámci vědění, hledá obecně platné zákony, pevnou teoretickou půdu, o kterou je možné se opřít. Čtvrtá forma vědění se vztahuje k transpersonálnímu vědění. Lidské propojení s tím, co přesahuje 'já' i 'my'. Těchto cest používá biosyntéza k nalezení vnitřní rovnováhy, 'vystředění se' a povznesení se nad bouři vnějších pohnutek a víry vlastních emočních koktejlů.

V terapeutickém vztahu, forma inter-vědění, to znamená také prostřednictvím kontaktních kanálů hledat aktuálně nejprůchodnější cestu k navázání kontaktu skrz vhodné povídání, vhodné pozorování a vhodné dotýkání. Mezi těmito komunikačními kanály je třeba volit podle toho, který aktuálně nejlépe slouží k prohloubení vzájemné důvěry.

Dalším z teoretických základů je v biosyntetickém poli kupříkladu dělení somatických orgánů do tří vrstev na a) endoderm, vztahující se k pocitům, fyziologicky náležící plicím a břišním orgánům b) mezoderm, vztahující se k činům, fyziologicky náležící kostem a kloubům c) ektoderm, vztahující se k vnímání, fyziologicky náležící kůži, očím, nosu, jazyku a mozku.

Pro zasazení do již nastíněného širšího kontextu, tímto dělením jsou zároveň propojené tři klíčové záměry biosyntetické terapie - lépe se vystředovat v emocích (z angl. 'centering'),

lépe se uzemňovat v činech (z angl. ‘grounding’) a ke komunikaci se lépe stavět čelem (z angl. ‘facing’).

Boadella zároveň neztrácí ze zřetele, že “vědeckost terapie musí být v rovnováze s uměním terapie”⁷ (Boadella et al. 2012; Boadella, 2019).

3.2 Současnost psychoterapie zaměřené na tělo

Směrodatnou ambicí této práce je poukázat na mechanismy spojující tělo a duši a výchozí principy terapeutické práce při přijetí této skutečnosti. Aby tato ambice zůstala na zřeteli a neztratila se v překladu, považuji za důležité nejprve objasnit, z jakého myšlenkového schématu tato práce vlastně vychází. Základní myšlenkové schéma obsahuje určitou pojmovou hierarchii, ve které vůči sobě průběžně opakované pojmy figurují. Můžeme si představit samotnou snahu zavést celostní péči do praxe jako zastřešující entitu; propojující záměr a gró – nové paradigma péče, kterému je bio-psycho-sociálně-spirituální pojetí člověka vlastní. Pod záštitou tohoto záměru se pak vyskytují obory, které nondualitní hodnoty sdílí a v praxi uplatňují. Mezi ně se explicitně řadí například psychoterapie zaměřená na tělo a psychosomatická medicína.

To však neznamená, že metody a principy, se kterými pracují, jsou doménou výhradně explicitně nondualitních oborů. Tyto obory jsou dílčími součástmi velkého celku, kterým je nastupující paradigma. Odkážu-li se opět na uvedené schéma, praktiky integrující tělo a duši působí ve prospěch výše upřesněného zaštiťujícího záměru, ať už jsou používány v přístupu, který je nondualitní explicitně, či nikoliv. Důležité také je, že sdílený kýžený cíl přesahuje pole působení jednotlivých oborů. Jinými slovy, jednotlivé obory nemají ambici stát se dominantní a univerzální náplastí na všechna příkoří, ale že prostřednictvím jejich činnosti dojde k obratu ve společenském nastavení – v širším měřítku.

Můžeme se soustředit na vnitřní posun právě v rámci dílčích celků, ale pozornost věnovaná dění ve vícero oborech, které tento záměr sdílí, pomáhá nahlédnout širší obraz celkové situace a reálný společenský dopad těchto proměn. Proto je pro ilustraci současného stavu psychoterapie na tělo použita i perspektiva psychosomatické medicíny, která čelí obdobným výzvám.

⁷ v angl. originále “science of therapy needs to be in balance with the art of therapy”

Co se teorie týče, odlišné psychotherapeutické směry vůči sobě dnes již téměř nejsou v konfliktu. Zapojit do praxe moderní poznatky z kognitivních a afektivních neurověd a interpersonální biologie, jež si žádají integrativní pojetí, je výzvou, která je společná všem psychotherapeutickým směrům (Večeřová, 2019).

I nadále je však současná podoba praxe v medicínské i psychotherapeutické péči o člověka převážně dualitní. Dělí se na biologickou medicínu a psychosomatickou medicínu. Verbální psychotherapii a psychotherapii zaměřenou na tělo. Navíc bývají prezentovány jako dvě odlišné cesty, které se vůči sobě vymezují. Integrativní pojetí je vnímáno jako “alternativní”, přičemž tento pojem mnohdy skýtá negativní konotace.

Hrozbou takového vymezování se je, že se pak člověk může uchýlit ke zbytečné kategoričnosti. Pakliže se například praktik psychosomatiky vůči biologické medicíně staví výslovně odmítavě a pro její nedostatky, jakými jsou například zbytečná vyšetření či nedostatek komunikace s pacientem, ji zavrhuje i s veškerými jejími nástroji a přínosy, opět se tím vytváří zbytečně zjednodušující pojetí, pouze z ‘opačné strany’ (Masner, 2021).

Jenomže ve snaze pečovat o člověka v duchu moderních poznatků o vzájemném propojení lidských rovin je zapotřebí vyhnout se polarizaci a redukcionismu. Dualitní polarizace nám lidem není vlastní a dává tedy smysl, aby tomu způsob, kterým o lidské zdraví pečujeme, odpovídal. Žádoucí obrat v přístupu tedy není ve směru od biologické medicíny k té psychosomatické a od ‘talk-therapies’ k ‘body-therapies’, ale odklon od dualismu jako takového. Možnou příčinou obdobně zkratkovitých závěrů může být dosavadní abstraktnost tohoto směru. Ze samotné podstaty směru, jež staví na komplexnosti, vyplývá, že nelze vytvářet jednoznačné diagnózy, a tak ani potřebný postup není jasně metodicky definován. Je třeba jej prostřednictvím biologických i psychosomatických nástrojů vytvářet dle individuálních potřeb a vývoje situace. To je samozřejmě náročnější než mít dle diagnózy jasný metodický postup, ať už je to diagnóza psychosomatická, či biologická (Masner, 2021).

Základní podmínkou pro opravdu holistickou praxi je živá interdisciplinární komunikace a aktivní spolupráce. V zájmu zavedení holistické praxe není vhodné opomíjet specifika různých oborů a nuceně je sjednocovat, nýbrž aktivně pracovat s komplementaritou těchto oborů (Masner, 2021; Chvála et al., 2021).

Snaha psychotherapie zaměřené na tělo a psychosomatické medicíny více se prosadit zároveň vytváří dojem, že s praxí biologické medicíny není slučitelná (Masner, 2021). V oboru psychotherapie zaměřené na tělo došlo k rozvětvení na mnoho přístupů a metod. Svůj podíl na tom má i průběh vývoje tohoto oboru v druhé polovině minulého století. V 60. a 70. letech,

době, kdy se ještě zastřešující pojem ‘psychoterapie zaměřená na tělo‘ nepoužíval, vzniklo mnoho více či méně radikálních praktik, přičemž v tehdejší kontextu nebylo považováno za relevantní je vědecky zkoumat. Bez větších překážek se tedy metody rozšiřovaly a štěpily na úžeji zaměřené (Young, 2009). Jak Röhricht poukazuje (2008), tím však zároveň došlo k relativní nesrozumitelnosti samotného oboru psychoterapie zaměřené na tělo. Stal se natolik rozmanitým a nesystematizovaným, že pro laika, který má zájem o služby psychoterapie zaměřené na tělo, je téměř nemožné se v dostupných možnostech zorientovat a učinit informované rozhodnutí, jakou variantu zvolit. Odlišné přístupy navíc kladou důraz na svou specifitu a z laického pohledu je jen těžko možné rozpoznat, z čeho vlastně vychází a co je to, co je jim společné.

Tedy byť je tomu již několik dekad, co byl bio-psycho-sociální model zdraví přijat WHO (World Health Organization), jeho převedení do praxe si ještě žádá značné úsilí. Zejména důležitou oblastí je pak vzdělávání odborníků. Již do pregraduální přípravy je třeba zahrnout poznatky z pole neurověd, vývojové psychologie, perinatální psychologie, epigenetiky, psychoneuroimunologie, psychoneuroendokrinologie či psychofyziologie. Již jsou k dispozici poznatky dokládající význam raných zkušeností jedince na vývoj nervových struktur a šíří systémových souvislostí, ve kterých pak nastavení nervové soustavy působí. Zároveň je také znám vliv a regulační potenciál psychologických vlivů. Pro posun v systému a aktualizaci péče je tedy potřeba s těmito informacemi pracovat již ve vzdělávacím procesu (Chvála et al. 2021).

3.3 Evidence-based efektivita psychoterapie zaměřené na tělo

Tato práce klade velký důraz na důležitost integrativní péče, ale klíčovým dílem moderní péče je vědecká průkaznost. I z toho důvodu je třeba zmínit aktuální stav výzkumu v tomto oboru a jeho kontext.

Nedostatečné množství evidence-based materiálů pro praxi psychoterapie zaměřené na tělo je dlouhodobým tématem. Reichovy metody i metody psychoterapie zaměřené na tělo vznikající v návaznosti na jeho práci se věnovaly rozvoji nových souvislostí a technik, avšak nezávisle na výzkumu čili bez systematické analýzy. Obor byl z principu více orientován na praktické poznatky terapeutů.

Jak vysvětluje Young (2010), důvodem tohoto jevu může být i skutečnost, že v rámci změny výchozího paradigmatu, kterou tento psychoterapeutický přístup reprezentuje, se ve snaze vymezit se vůči dualitnímu myšlení de facto vymezil i vůči vědecké obci a jejím nástrojům. Ty byly považovány za příliš strojené a redukcionistické, než aby měly realistickou výpovědní hodnotu. Nejen Young vůči tomuto postoji zároveň namítá, že bez řádného výzkumu

nelze specifikovat, co činí terapeutické intervence funkčními, ani určit optimální terapeutické nástroje s ohledem na konkrétní psychopatologii. Také je potřeba systematizace, která by sdružila četné znalosti nepřehledně rozdrobené do mnoha odvětví. Absence vědecktějšího pojetí brání širšímu přijetí a větší validitě tohoto psychoterapeutického přístupu. Co se rozšiřování praktických a výzkumných obzorů týče, nejde o konfliktní, ale o komplementární nástroje. Je nutné produkovat více výzkumu zaměřeného na rozvinutí povědomí o body-mind spojení specificky pro účely psychoterapeutické práce s nimi. Pak bude také možné praktiky adekvátně rozšiřovat a při jejich vývoji klást důraz, na to, na co je potřeba (Young, 2020; Röhricht, 2009).

Röhricht v roce 2009 provedl průzkum dostupné literatury týkající se efektivity a účinnosti psychoterapie zaměřené na tělo napříč přístupy i psychopatologií. Dle jeho výstupu skýtají na tělo zaměřené přístupy značný potenciál přínosu, a to zejména v oblasti afektivních poruch, somatoformních poruch, psychosomatických poruch a schizofrenie. I tady je potřeba nalezená vodítka sledovat do větší hloubky, ale již nabízí směr. Kromě práce s psychopatologií je důležitým cílem na tělo zaměřené psychoterapie směřovat klienta k větší míře seberegulační schopnosti. V roce 2021 byla například provedena metaanalýza osmnácti dvojité zaslepených randomizovaných studií (tj. splňující 'zlatý standard' výzkumu), za účelem shromáždit a shrnout poznatky o efektivitě psychoterapeutických intervencí zahrnujících práci s tělem. Tato metastudie kromě změn v psychopatologii mapovala i sekundární efekty psychoterapie zaměřené na tělo, mezi něž řadila například copingové dovednosti, kvalitu života a povahu tělesného prožívání. Třebaže byl zaznamenán určitý efekt toho, jak pozornost věnuje BPT regulaci emocí, studií, které se specificky na tento faktor zaměřují, bylo příliš malé množství, než aby se z nich daly vyvodit průkaznější závěry, nebo konkrétní mediátory výsledného efektu, na což je opět možno a nutno navázat (Rosendahl et al., 2021).

Snad s výjimkou kognitivně behaviorální terapie, jejíž povaha výzkum umožňuje o něco lépe, než psychodynamické a prožitkově zaměřené směry, se toto dá vytknout většině psychoterapeutických směrů. Koneckonců, počátky výzkumné analýzy psychoterapie jako takové se datují teprve do druhé poloviny minulého století. Přičemž tuto snahu dlouhodobě doprovází diskuze o tom, jaké výzkumné metody jsou pro tyto účely nejpříhodnější s ohledem na povahu žádoucích výstupů i samotných psychoterapeutických metod (Rohricht, 2009). Nejde tedy ani tolik o to, že by psychoterapie zaměřená na tělo významně zaostávala za jinými směry, jako spíš o potřebě dostát moderním požadavkům na prokazatelnost efektivity praxe.

Zároveň bylo mnoha výzkumy předestřeno, že základní podmínkou pro efektivní psychoterapeutickou práci je pocit bezpečí mezi klientem a terapeutem, spíše než používaná metoda (Geller & Porges, 2014).

Jaké otázky a podněty toto zjištění psychoterapeutickému oboru přináší, je přibliženo v následující podkapitole.

3.4 Práce s nervovým systémem jako výchozí bod terapie

Jak bylo řečeno, významné množství výzkumů se shodlo, že na výslednou efektivitu psychoterapeutické intervence má pouze minimální vliv konkrétní použitá technika. Tato informace je ovšem klíčová pro psychoterapii jako takovou a nabádá k tomu, věnovat pozornost atributům, jež jsou efektivním terapeutickým intervencím společné. Dále staví do popředí otázku, jaké z průvodních aspektů mezilidské interakce jako takové na tento jev mají podmiňující vliv (Geller & Porges 2014). Koneckonců, jedním z aspektů, který je společný všem terapeutickým přístupům, je právě skutečnost, že se setkává terapeut a klient, tedy dvě lidské bytosti (*berme ted' v potaz tento úplně základní dyadický formát terapie, přestože některé intervence se vztahují i k vícero klientům zároveň*). Geller a Porges ze shromážděných výzkumů dále shrnují, že základním prvkem pro vybudování zdravého terapeutického vztahu, který vyvolává pocit bezpečí, je terapeutova plná přítomnost a účastnost. A třebaže je význam terapeutovy plné přítomnosti na pocit bezpečí zřejmý, otázka jak a proč tento efekt vyvolává, nemá jednoznačnou odpověď.

Zaměříme se na neurovědeckou a biobehaviorální perspektivu toho, jak může terapeutova vědomá přítomnost a bdělá pozornost zprostředkovat klientovi pocit bezpečí a souvztažnosti.

Polyvagální teorie nahlíží pocit bezpečí jako specifický stav autonomního nervového systému, úzce související s chováním (v angl. behavior). Vysvětluje také, že bezpečí je na fyziologické úrovni ideálním stavem, který umožňuje efektivní terapeutickou práci. K tomuto optimálnímu stavu dochází, když nervový systém zaregistruje podněty signalizující bezpečí. Těmi může být z pozice terapeuta například vřelý výraz ve tváři, otevřené držení těla, klidný dech a jemná a zároveň adekvátně expresivní intonace a tón hlasu (Geller & Porges 2014).

3.4.1 Mechanismy nervové soustavy

Materiálů, věnujících se mechanismům fungování nervové soustavy, je veliké množství. Ve snaze zbytečně téma nerozštěpit a poskytnout přehledný nástin těch mechanismů, které jsou v psychoterapeutickém kontextu obzvláště relevantní, se tato práce opírá o souhrnnou publikaci psychiatra Miroslava Orla z roku 2015.

Jak Orel konstatuje, člověk je sociální bytostí, k čemuž patří skutečnost, že sociální vazby a vztahy jsou v jeho životě zásadním prvkem i vlivem. Naše mozkové neurony jsou sociálnímu nastavení uzpůsobené. Důležitou roli v procesování sociální aktivity mají zrcadlové neurony, k jejichž aktivaci dochází při sociální interakci. Byť jejich funkce zatím není zcela jasná, tyto neurony odráží ('zrcadlí') aktivitu a způsob chování druhých lidí. Umožňují nám druhého nacítit i napodobit. Jejich prostřednictvím si člověk osvojuje vzorce chování, kterými je obklopan. Zároveň dovedou zohlednit širší kontext, což znamená, že je-li určitá situace modelována někým, kdo je nám blízký (*to může být například rodinný příslušník, ale i terapeut, se kterým je již vybudován vztah*), vyvolá vyšší míru aktivace zrcadlových neuronů a zapisuje se "hlouběji". Míra, do jaké k osvojení vzorců a postojů z okolí dojde, tím pádem záleží na individuálních podmínkách a souvislostech.

Orel také zmiňuje tzv. dvojnou vazbu, což je pojem označující nesoulad, vzniknuvší, když se verbální rovina sdělení významově neshoduje s neverbální rovinou sdělení. Jinými slovy, když se emoce a význam vyslovené věty neshoduje s jejím neverbálním doprovodem. Kupříkladu je-li tvrzení "je mi skvěle" proneseno rozčileným tónem a se zaťatými pěstmi. Právě zrcadlové neurony se podílí na detekci dvojně vazby.

Určitým protipólem dvojně vazby je tzv. kongruence (autorský pojem C.R. Rogerse), přičemž tento pojem označuje jev, kdy mezi vědomím, prožíváním a vyjadřováním panuje shoda. Figuruje v ní současně prvek otevřenosti, kdy je terapeutův projev sám o sobě v integritě a zároveň komunikován se záměrem sdílet s klientem v rámci přijatelných mezí vlastní aktuální stav (Puc, 2021).

Systém zrcadlových neuronů je tedy svým způsobem "předpřipraven". Jednak zkušenostmi z dětství, kdy je pro svou vyšší aktivitu obzvláště tvárný, a pak také dalšími, za život proběhlými interakcemi. Orel však klade důraz na skutečnost, že i tak si systém uchovává flexibilitu a reaktivitu vůči aktuálně přítomným stimulům a každá interakce má svou jedinečnost.

Z propojení limbického systému s ostatními částmi mozku a fyziologickými funkcemi vychází, že všechny psychické funkce se zároveň projevují i na tělesné úrovni.

Implicitní psychické procesy projevené na somatické úrovni jsou díky tomu v rámci terapie informačně nosné. Pozorností k neverbálním projevům (postura, třes, jasnost hlasu...), se terapeut může více dozvědět o klientově postoji ukotveném na úrovni, která může, ale nemusí být zvědomělá. Neverbální komunikace reflektuje vnitřní dění v 'tady a teď'. K tomu může docházet vědomě i nevědomě, úmyslně i neúmyslně a může situaci dodat srozumitelnost i do ní naopak vnést zmatek. Ty neverbální projevy, které jsou nějakým způsobem odrazem osobnosti klienta, mohou být terapeutovi zdrojem informací o tom, jaké implicitní postoje klient projevuje a za jakých podmínek se tyto postoje mohly utvářet (Ogden, 2017). To také znamená, že somatická rovina je další z cest, kterou je možné klientovi napomoci k emoční regulaci. Když dojde k prohloubení pozornosti k vlastním tělesným prožitkům, dochází de facto k navázání komunikace se svým nervovým systémem, což umožňuje autenticky si interpretovat aktuální rozpoložení. Například – není-li si člověk vědom prožitku tenze ve svém těle, nemusí si být vědom ani samotného prožitku úzkosti, což také znamená, že nedojde k závěru snažit se úzkost regulovat. Pozornost k tělu tedy takto slouží jako nástroj porozumění sobě samému a posílení důvěry ve vlastní regulační schopnosti (Goldstein & Siegel, 2017).

I Orel se významu těchto poznatků pro možnosti regulace dotýká, když předestírá, že psychoterapeutická interakce je "zrcadlením korektivní vztahové zkušenosti systémem zrcadlových neuronů", což je v úzké souvislosti s potenciálem efektu psychoterapeutické intervence jako takovým.

3.4.2 Praktické intervence působící na nervovou soustavu

Vzhledem k předestřeným souvislostem taktéž vychází najevo, že je smysluplné směřovat k přenastavení nervového systému i skrze praktické somatické techniky. Opět z důvodu omezeného rozsahu této práce nejsou tyto metody rozepisovány ve větší šíři a je pouze uvedeno pár variant pro vykreslení obsahu takové praxe.

Jednou z cest k seberegulaci je dech. Dech je funkcí autonomního systému, kterou je možné ovlivnit volní kontrolou. Tím se liší od ostatních funkcí autonomního systému, jako je například krevní tlak, nebo dilatace zornic, ke kterým dochází mimovolně. "Dechová cvičení jsou většinou zaměřena na uvědomělé zlepšení funkce dýchacích cest". Dech odráží naše fyzické, emoční, mentální i duševní rozpoložení a skrz dech je zase možné na aktuální rozpoložení působit. Právě vědomá pozornost má rozhodující vliv. Různá dechová cvičení mohou být používána k stimulaci parasympatického nebo naopak sympatického systému.

Taková cvičení se mohou dle záměru lišit doporučenou rychlostí dechu, hloubkou dechu, důrazem na nádech, či naopak výdech. Účinným cvičením je také vědomý důraz na brániční – hlubší – dýchání, což taktéž vede k aktivaci parasympatického systému a inhibici sympatického systému. Možným vysvětlením tohoto efektu je, že bráničním dýcháním dochází ke stimulaci aferentních větví vagálního nervu, které se v této oblasti vyskytuje (Sluková & Jochmannová, 2021).

S efektem vědomého směřování pozornosti na tělesné prožívání pracuje také metoda focusingu. Za účelem získání náhledu a zvědomení moci nad vlastním projevem pracuje se zpřítomněním situace a zaměřením pozorností na prožívaný pocit pro kontakt s jejím reálným *pociťovaným smyslem*⁸. Patří mezi metody, které jsou zpracovány v širší metodiku, nicméně ve své podstatě se mohou spontánně vyskytovat nehledě na zaštiťující terapeutický přístup (Puc, 2021).

A právě tvrzením, že zmíněné metody se, stejně jako další varianty práce s tělem, v psychoterapeutické praxi mnohdy vyskytují spontánně, se opět vracíme ke hlavní myšlenkové linii této práce. V základu psychoterapie stojí člověk. S tím, jak se mění naše povědomí o tom, jak vlastně funguje, proměňují se v čase i vědou podporované metody praxe. Jsou-li však vědou odkrývané souvislosti člověku vlastní, nelze se divit, že celostně prospěšné metody v praxi vyvstávají svébytně a na aktuálním vědeckém konsenzu nezávisle, jednoduše proto, že jsou ukotvené v samé podstatě lidského bytí.

⁸Pojem vlastní metodě focusingu - z angl. *felt sense*. Význam pojmu vysvětlen jako “pocit, ve kterém se odráží různé aspekty prožívání problematické situace, a ze kterého lze proto čerpat nové možnosti, jak na ni reagovat” (Puc, 2021).

4 Tradiční pojetí body-mind propojení

První a druhá kapitola této práce se soustřeďují na body-mind propojení v kontextu moderní vědy a aktuálního vývoje evidence-based péče o zdraví člověka. Jsou prezentovány evidence based poznatky a směřování celostních oborů za použití evidence-based nástrojů. Navíc zejména tam, co bychom nazvali západním světem. To, že pojetí integrující fyzickou a duševní složku lidské bytosti je vědeckou doménou až několik posledních dekad však neznamená, že je to i v globálním kontextu novinkou a jde v péči o člověka o pojetí ryze moderní.

Kupříkladu některé východní filosofie na člověka nahlíží jako na integrovanou bytost od samého začátku. Je to pokládáno za skutečnost, ze které vychází. Buddhismus si uvědomuje význam mysli v jeho širokosáhlých souvislostech a opírá se o více než dva tisíce let zkušenosti systematického a fenomenologického studia mysli za účelem kultivovat žádoucí mentální procesy. Dle buddhismu opravdové vědění není výsledkem pouze teoretického myšlení, ale uvědoměním, které zahrnuje jedincovu celou mysl i tělo. Buddhistické metody si zakládají na osobní praxi a nabývání ztělesněné zkušenosti opírající se o filosofickou teorii (Watson, 2001). A zatímco psychoterapie se soustředila na změny vědomí zejména u narušených jedinců, klasické východní praxe se ve svém působení vztahují i k normální, sociálně přizpůsobené populaci (Watts, 1961). Význam osobní kultivace je pro tradiční východní filosofii značný. V západním světě v podstatě došlo k tomu, že shromažďované fenomenologické vědění je zejména akademickou doménou. Východní vědění však není odděleno od praktických otázek každodenního bytí a žití a slouží také k praktickému užitku, takže je na osobní cestě k sebe-kultivaci podpůrným nástrojem (Watson, 2001). Nedochází tak k opomíjení vlastního vlivu na své prožívání a na vnitřní procesy.

Dále je podstatným buddhistickým stanoviskem, že racionální pochopení samo o sobě nemá ve své moci vyvolat opravdovou změnu, což je také reflektováno moderními poznatky o funkčních mechanismech 'programování' nervového systému. Buddhistická teorie a praxe se stejnou měrou zabývá kognitivními i afektivními procesy s pochopením, že obojí je propojené a takzvaně ztělesněné (z angl. *embodied*). V buddhistickém pojetí jsou procesy, ze kterých se lidská bytost skládá, nahlíženy jako produkty jak hmotných, tak nehmotných komponentů. Tedy i proces učení je vnímám jako ukotven zároveň v těle a spočívá v kultivaci na úrovni body-mind, ne pouze mozku.

Jak shrnuje Alan Watts (1961) - spisovatel, filosof a popularizátor myšlenek buddhismu, taoismu a hinduismu – zásadním společným znakem východního stylu života a západní psychoterapie je snaha vyvolat změny na úrovni vědomí, ve vnímání vlastní existence a ve vztahu ke společnosti i přírodnímu světu. Zároveň jak již bylo dříve v této práci předestřeno, proměna na úrovni vědomí je žádoucí jak v individuální rovině při terapeutické intervenci, tak na globální úrovni v zájmu nového paradigmatu péče o zdraví.

Již v 60. letech, kdy zmiňovaná kniha původně vyšla, Watts také popisoval, že v rámci oboru psychoterapie dochází k vnitřnímu nesouladu. Ne snad, že by přeci jen došlo ke zredukování psychologie na neurologii a myslí na somatické koreláty prožívání, jak si někteří někdejší představitelé oboru přáli, ale nebylo již dále možné se distancovat od nového paradigmatu v oblasti výzkumu, který se dal do pohybu a postupně zastaralé pojetí opouštěl.

Historicky se západní psychologie na duši i mysl zaměřovala zejména jako na klinické jednotky. Naproti tomu východní filosofie mysl a hmotu a duši a tělo neoddělovaly a nekategorizovaly takto separátně. I pro jejich monistický základ v podstatě není možné například hinduismus ani buddhismus dost dobře klasifikovat. Nelze totiž říci, že jde o náboženství, filosofii, vědu ani mytologii, protože již samotná redukující klasifikace je jim apriori cizí. Neoddělují spirituální a materiální.

Východní nauky ve své podstatě ztělesňují non dualistický záměr nového paradigmatu a současně zprostředkovávají “běžné” populaci praktický rozměr tohoto nastavení, což by mohlo být značnou inspirací pro aktuální směr péče o zdraví i v západním světě.

Na otázku, jakou relevanci mají myšlenky východní filosofie pro západní psychoterapii s ohledem na značnou kulturní odlišnost, se mezi jinými snažil odpovědět i Carl Gustav Jung. Jung se snažil vytyčit principy psychoterapie analogické těm východním. Snažil se některé hinduistické koncepty asimilovat západní myslí a zároveň hledat paralelní těm hinduistickým ve vlastních teoriích. Soustředil se také na odlišnost v mentálním pojetí zaštiťujících filosofických konceptů. Zaznamenal, že zatímco východní smýšlení má tendenci koncepty konkretizovat a přijmout jako určující skutečnost takřka hmatatelného charakteru, v západním myšlení jsou koncepty nahlízené jako abstraktní povahy. Moderní západní myšlení se k těmto konceptům již rovnou vztahuje z pozice určitého skepticismu, kterým pak dochází k postoji, že za těmito fenomény stojí ještě něco neuchopitelného. Věří v ně jako v koncept, ne jako něco skutečného (Jung et al., 2018). Příkladem s trochou nadsázky může být, že východní perspektivou byly čakry historicky považovány za fyziologické struktury, kdežto západním vnímáním nanejvýše jako metafora center určité energie.

Vzhledem k tomu, že jak buddhismus, tak psychoterapie se snaží o rozšíření lidského potenciálu a zprostředkování úlevy od utrpení, je nasnadě hledat, jaký přínos může tato tisíciletá praxe (avšak ne výhradně tato) mít pro integrativní psychoterapii, jakožto obor rozvíjející se několik dekad (Watson, 2001). Určité prvky již součástí terapeutické praxe jsou. Kupříkladu dechové techniky jako podporu fyzického i psychického zdraví, jež se dnes v terapeutické praxi v různých variantách objevují, si východní kultury předávají již tisíce let (Sluková & Jochmannová, 2021).

Taktéž s meditačními technikami se v praxi můžeme setkat, a to v mnoho podobách, které nabývají na čím dál tím větší popularitě. Metody zaměřené všímatosti jsou již rovněž předmětem četných výzkumů.

Watson (2001) nicméně nabízí perspektivu, že meditační praxe může být přínosná nejen v klientské péči, ale zejména v procesu výcviku psychoterapeutů. Psychoterapeutický výcvik si žádá, aby se terapeut systematicky konfrontoval s pohnutkami a stavy vlastní mysli a byl s nimi schopen být ve stavu určitého komfortu, potažmo smíření. Meditace je v tomto směru nástrojem, který pomáhá odhalit a pochopit vztah k vlastním myšlenkám, postojům i proměnlivým mentálním stavům. Zároveň klade důraz na pomíjivost myšlenek, čímž zprostředkovává odstup od těchto pochodů. Z pozice odstupů terapeut nemá potřebu brát si své myšlenky osobně a nemusí tak docházet ke stavu, kdy by se cítil uvězněn ve vlastní reakci bez pocitu kontroly. To je pro psychoterapeuta ke značnému užitku a jeho schopnost regulace sebe samého, jak bylo v minulé kapitole uvedeno, se promítá také do jeho schopnosti kultivovat v klientovi pocit bezpečí, nehledě na metody, se kterými ve své praxi pracuje.

Jak znázorňuje stručné poukázání této kapitoly na myšlenkovou paralelu mezi současnou psychoterapií a tradičním pojetím, snaha kultivovat celostní přístup není pouze o odklonění se od dualismu pohledem kupředu k novým postojům a praktikám, ale i o práci s tradičním pojetím a snaze hledat to funkční napříč metodami i časem. A předně se kontinuálně snažit být v kontaktu s větším kontextuálním celkem, aby se po cestě nevytratil původní záměr.

NÁVRH VÝZKUMNÉHO PROJEKTU

5 Teoretická východiska

Empirická část této bakalářské práce formou návrhu výzkumu praktickým způsobem reaguje na některá úskalí a vybraný směr potenciálního rozvoje tak, jak je popsán v teoreticko-literární části. V teoretické části práce bylo poukázáno na důležitost “přednastavení” nervového systému a přiblíženo, že tato proměnná ryze subjektivního charakteru ovlivňuje chování na vědomé i nevědomé a verbální i neverbální úrovni (Orel, 2015; Ogden, 2017). Jde o individuální skutečnost, která má zároveň směrodatný potenciál pro míru schopnosti kultivovat sociální kontakt v té dané chvíli. Odkážeme-li se na polyvagální teorii, je-li klient pod vlivem sympatické části, či dorzální větve vagu, není schopen aktivně sociální vztah – v tomto případě kontakt s terapeutem - vstřebat a je tedy na místě poskytnout mu způsoby, jak se regulovat, které budou adekvátní aktuální situaci (Dana, 2018). Tyto poznatky nasvědčují tomu, že v rámci terapie je tedy nutné zohledňovat aktuální stav nervového systému klienta, a to ať už si terapeut je, či není vědom, že tak činí. Pokud se tato regulace ale odehrává na vědomé úrovni, má terapeut možnost zhodnotit, s jakými nástroji může pracovat a pokud a jak může klientovi k regulaci napomoci. Každý jedinec, a tedy i každý nervový systém se svými reakčními vzorci, je jiný a specifický.

Dále bylo upřesněno, že klíčem k efektivní terapii je kvalita terapeutického vztahu přednostně před používanou metodou praxe (Geller & Porges, 2014). Dáme-li tyto informace do souvislosti, je zřejmé, jak zásadní je pro efektivitu terapie individualizace péče.

Výchozím metodickým nástrojem, se kterým by bylo v rámci výzkumu pracováno, je dotazník SPECS (*The Somatic Post-Encounter Clinical Summary*)(Freedman et al., 2022). Dotazník byl vytvořen za účelem propojit praxi psychoterapeutických intervencí zaměřených na tělo s výzkumem. Zároveň do určité míry plní i návodnou funkci, jelikož prostřednictvím zvědomění dalších možností intervence terapeutovi umožňuje nahlédnout na svou praxi z alternativního úhlu pohledu. SPECS specificky míří na somatické intervence, které jsou funkční cestou cílení na stav nervového systém. Zároveň tím motivuje k celostnější podobě praxe, přičemž shromážděné poznatky nasvědčují tomu, že integrování těchto praktik skýtá benefity pro psychoterapii obecně a nejsou tedy relevantní výhradně pro psychoterapeuty zaměřené na tělo.

Vzhledem k tomu, že SPECS dosud nemá obdoby, jeho tvůrci nabádají k dalšímu šíření a rozvíjení jejich metody, což je v rámci tohoto výzkumného projektu vyslyšeno.

Tento návrh tedy dále reaguje na nedostatečné množství vědeckých podkladů reflektujících aktuální stav psychoterapeutické praxe užívající i somatických intervencí. Retestováním dotazníku SPECS v českém kontextu a zároveň jeho doplnění o další výzkumný rozměr taktéž explorativního charakteru prostřednictvím druhého dotazníku, usiluje o shromáždění dat, která mohou být následně použita k hlubšímu zkoumání.

5.1 Cíl výzkumu

Jak bylo zmíněno výše, ve výzkumném projektu by byl distribuován dotazník SPECS, za účelem přispět daty použitelnými pro navazující výzkum, v kombinaci s doplňkovým dotazníkem. Cílem doplňkového dotazníku bude reflektovat efekt práce s dotazníkem SPECS a zmapovat situaci povědomí psychoterapeutů o intervenujících somatických principech. Nahlédnutí procesu, který se děje pod povrchem situací vyvstanuvších v rámci terapeutických sezení, je nedílnou součástí terapie a je také způsobem, jak může terapeut vyrovnávat napětí vzniklé v terapeutickém vztahu (Safran et al., 2011).

Pakliže si je terapeut mechanismů vědom, může s nimi zacházet cíleně. Tato sonda by tedy mohla poskytnout obraz toho, jak jsou body-mind principy v povědomí praktikujících psychoterapeutů ukotvené.

Pro tento návrh výzkumu byla zvolena kvalitativní forma výzkumu, a to z vícero důvodů. Kvalitativní výzkum umožňuje zachovat důraz na individuální rovině psychoterapeutické praxe a zbytečně nezjednodušovat kontext nabytých poznatků (Miovský, 2006). Jak bylo zmíněno v literárně přehledové části, tyto aspekty byly v minulosti kvantitativním výzkumům psychoterapeutické praxe vytýkány (Young, 2010).

Z teoretických poznatků v literární části zároveň vyplývá, že i samotné pravidelné zvědomování, ke kterému používáním dotazníku SPECS dochází, by mohlo mít efekt na terapeuta a jeho práci. Kromě jiného umožňuje reflexe vlastní praxe zachovat pozornost k dynamičnosti terapeutického procesu (La Torre, 2005). Tato metoda tím pádem skýtá potenciál přínosu pro samotného terapeuta.

5.2 Výzkumné otázky

Pro tento projekt byly stanoveny tři hlavní výzkumné otázky. První otázkou je reflektován jeden ze záměrů dotazníku SPECS, kterým je snaha prohloubit reflexi terapeuta vlastních i klientových fyzických projevů, což může přispět k cílené práci s koregulací na neverbální úrovni (Freedman et al., 2022).

- *Prohloubila se terapeutova pozornost k vlastnímu i klientovu tělu?*

Druhá otázka cílí na vnímanou efektivitu práce se SPECS dotazníkem v rámci své psychoterapeutické praxe.

- *Zaznamenal terapeut nějaký efekt používání dotazníku SPECS?*

Zatímco první a druhá výzkumná otázka vychází z práce s dotazníkem SPECS, třetí otázka se již věnuje samostatnému záměru zmapovat povědomí praktikujících psychoterapeutů o body-mind principech, které jsou pro psychoterapeutickou praxi relevantní.

- *Dovede terapeut identifikovat mechanismy fungování nervového systému, které jsou při aplikaci somatických intervencí relevantní?*

Výzkumné otázky budou zkoumány polostrukturovaným doplňujícím dotazníkem. Třetí výzkumná otázka je v rámci dotazníku prozkoumávána vícero doplňujícími otázkami inspirovanými konceptem okna tolerance, formulovaného Danielem Siegelem, který taktéž uchopuje odvislost kapacity pro navázání sociálního kontaktu od momentálního stavu nervového systému.

6 Design výzkumného návrhu

6.1 Metody sběru dat

Pro sběr dat v rámci tohoto návrhu poslouží dotazníkové metody. Byť by pro prozkoumání konkrétní individuální dynamiky, ke které v terapeutické intervenci dochází, mohl být užitečnou metodou rozhovor, důležitějším záměrem tohoto výzkumu je vytvořit si přehled o aktuálním stavu oboru, a dotazníkové šetření umožňuje sdružit větší množství respondentů a potažmo i dat.

Od respondenta tohoto výzkumu by se žádalo po dobu deseti setkání s jedním klientem vyplnit po skončení každého setkání dotazník SPECS. Dále by po uplynutí této doby byl vyzván k vyplnění doplňujícího polostrukturovaného dotazníku, zformulovaného pro účely tohoto projektu, který by se skládal z části reflektující práci s dotazníkem SPECS, z části mapující znalosti somatického kontextu aplikovaných metod a závěrem ze sociodemograficky orientované části (*viz. příloha*).

Dotazník SPECS je cíleně koncipován tak, aby jeho používání při terapeutické praxi co nejefektivněji napomáhalo svému záměru a zároveň nebylo natolik časově náročné, že by respondenty z tohoto důvodu od používání odrazovalo (Freedman et al., 2022). Aby se toto riziko nenavyšovalo a časová náročnost nepřekračovala únosné meze pro kombinování s praxí, doprovodný reflektivní a znalostní dotazník by byly distribuovány jednorázově, a to v rozmezí jednoho měsíce po absolvování 10 setkání za užívání SPECSu ve své praxi. Stanovená doba jednoho měsíce nevychází ze specifických teoretických poznatků, nicméně zadavateli výzkumu se jeví jako časové období, po které jsou ještě dojmy relativně živé a zároveň je respondentovi poskytnuta dostatečná doba na výběr času, kdy je pro něj dotazník nejvhodnější vyplnit a bude tak na něj mít dostatečný prostor.

Doba praxe, která bude doprovázena vyplňováním SPECSu, byla stanovena na 10 setkání terapeuta s klientem s ohledem na skutečnost, že respondenty výzkumu budou psychoterapeuti z různých psychoterapeutických odvětví (*výzkumný soubor popsán dále*) a různé přístupy se mohou lišit v průměrné délce psychoterapeutického vztahu. Délka psychoterapeutického vztahu je samozřejmě otázkou odvislou od individuálních souvislostí. V zájmu zpracování dat bylo ale třeba stanovit jednotný parametr pro dobu trvání terapeutického vztahu, která by mohla být kompatibilní s většinou účastných terapeutických přístupů. Počet 10 setkání byl tedy určen na základě výzkumu realizovaného napříč různými psychoterapeutickými přístupy, který stanovil, že pro trvání psychoterapeutického vztahu

v rozmezí 10 až 20 setkání, dochází ke klinicky signifikantním změnám u téměř 70 % klientů, přičemž při 10 terapeutických setkáních bylo docíleno *spolehlivé změny* (ve studii angl. originál *reliable change*) u 50 % zúčastněných (Harnett et al., 2010). Frekvence 10 setkání by tedy měla být dostatečně dlouhou dobou na projevení efektu terapie, a to i za předpokladu, že by šlo o prvních deset setkání dané dyády terapeut-klient, jak tomu bylo ve zmíněném výzkumu.

Sociodemografická část doplňujícího dotazníku se ze základních demografických údajů bude ptát na pohlaví, věk a na lokalitu, ve které psychoterapeut působí (*specifikace města/vesnice*). Sociodemografická část dotazníku zahrnuje také kontextové otázky směřované na typ absolvovaného psychoterapeutického přístupu a na dosažené formální vzdělání.

6.2 Výzkumný soubor a distribuce výzkumných nástrojů

Respondenti budou shromažďováni z řad akreditovaných praktikujících psychoterapeutů z různých psychoterapeutických přístupů. Distribuce dotazníků by probíhala ve spolupráci s Českou asociací pro psychoterapii (ČAP). ČAP v České republice zastupuje psychoterapii jakožto nezávislou vědeckou disciplínu, která není výhradně vázána žádnému rezortu. To mimo jiné znamená, že akreditovaným psychoterapeutem se může stát i člověk s jiným než pouze psychologickým vzděláním. ČAP byla v roce 2020 uznána Evropskou asociací pro psychoterapii, jako Národní akreditační organizace pro ČR. Jakožto národní garant certifikace psychoterapeutických výcviků zaštiťuje výcviky napříč psychoterapeutickými přístupy, včetně psychoterapie zaměřené na tělo. Skrz tuto asociaci by bylo realizováno hromadné oslovování garantů jednotlivých výcviků. Garanti jednotlivých výcviků by byli požádáni o rozšíření výzvy k účasti na výzkumu mezi své praktikující absolventy. Touto cestou distribuce by mělo být možné docílit širokého dosahu a z nasbíraných dat tak vytvořit celistvý obraz současného stavu psychoterapeutické praxe v českém kontextu jako takové.

Důležitým aspektem zmíněného postupu je také skutečnost, že tito absolventi nemusí být pouze psychologického vzdělání. To nám umožní nabýt podklady pro potenciální budoucí srovnání povědomí o celostních principech mezi různými obory.

Psychoterapeuti, kteří projeví zájem výzkum absolvovat, budou propojeni s realizátorem výzkumu. Proběhne obeznámení se všemi náležitostmi výzkumu, a na základě tohoto brífinku se psychoterapeut rozhodne, zda má zájem se zapojit. Respondenti si poté zvolí jednoho ze svých klientů, se kterým chtějí výzkum absolvovat.

Intence vybrat pouze jednoho klienta vychází z úvahy, že byt' by mohlo být pro lepší průkaznost terapeutovy práce aplikovat nástroje na vícero klientů, takový krok by zároveň byl výrazně časově náročnější. Záměrem tohoto výzkumu je ale zejména nasbírat data od co největšího množství terapeutů, takže bylo rozhodnuto toto potenciálně odrazující hledisko dle možností eliminovat.

Dotazník by byl distribuován v jedné vlně elektronickou formou. Elektronická distribuce samotného dotazníku umožňuje eliminovat efekt tazatele (Hyman, 1954).

Vzhledem ke kvalitativní povaze výzkumu se dá očekávat, že z nasbíraných dat by postupně vyvstávaly podněty pro navazující výzkumné otázky. Ty by posléze bylo možné prozkoumávat prostřednictvím specializovanějších navazujících výzkumů.

6.3 Metody zpracování dat

Vzhledem k tomu, že tento výzkum se zaměřuje na efekt práce s dotazníkem SPECS a ne na jednotlivé dotazníky příslušné jednotlivým terapeutickým sezením, data týkající se tohoto dotazníku budou shromažďována pouze prostřednictvím otázek cílených na SPECS z doplňujícího dotazníku. Sociodemografické položky dotazníku budou zpracovány deskriptivní statistikou. Zbylá data pak budou vyhodnocena prostřednictvím indukční analýzy. Proběhne otevřené kódování dat, díky kterému pak bude možné nasbíraná data identifikovat a kategorizovat (Miovský, 2006).

7 Diskuze

Vzhledem k tomu, že tento výzkum se snaží o sběr dat, která zatím v českém kontextu nemají obdobu, nabízí tento kvalitativní výzkum mnoho směrů, kterými by dávalo smysl navázat, ať už kvalitativními, nebo potenciálně i kvantitativními metodami. Vzhledem k souvislostem, kterým se tato bakalářská práce věnuje, by mohlo být také přínosné pracovat s informacemi o odborném backgroundu respondentů v kvantitativní analýze a dále tak zjišťovat, jak si v rámci výzkumné otázky vedou lékaři, psychologové, případně další profese z řad respondentů. Takové poznatky by mohly poukázat například na to, v jaké oblasti by bylo obzvlášť potřebné zaměřit se na vzdělávání odborníků o body-mind principech. Dále by mohlo být zajímavé zjišťovat například, zda by se terapeut v hodnocení efektivity shodoval s klientem.

Z obecnější perspektivy - pokud by nasbíraná data nasvědčovala efektivitě práce doprovázené SPECS dotazníkem, velmi nosné by také potenciálně bylo zkoumat, co za efektem stálo.

V tomto výzkumném návrhu je komunikace situovaná do online prostředí, nicméně pokud by na něj bylo navázáno další explorační kvalitativního charakteru, pravděpodobně by byly použity metody rozhovoru vedeného osobně. Tímto způsobem by například bylo možné více se zaměřit na specifickou povahu konkrétních terapeutických vztahů. Dala by se tak uskutečnit hlubší analýza terapeutických interakcí, aniž by byla data o povaze terapeutického vztahu redukována formátem dotazníku.

Tak jako terapie, i osobní rozhovor je interakcí dvou osob a zkoumané fenomény by tak mohly být zohledňovány i v rámci vedení těchto rozhovorů.

Tak jak je výzkum předestřen, je svým způsobem velice ambiciózní. Jeho realizace by ale byla značně časově a pravděpodobně i personálně (zohledníme-li potenciální počty respondentů) náročná.

Kvalitativní data by bylo nutné zpracovávat a vyhodnocovat s důkladností a ostražitostí potřebnou k tomu, identifikovat moment, kdy dojde k nasycení potenciálu distribuce metod v této formě a bude již na čase metody upravit dle nasbíraných dat.

Nastíněné výzkumné metody jsou také poměrně nárokové na osobu respondenta. Žádají si značnou míru angažovanosti a odhodlání nejen podílet se na výzkumu, ale také přistupovat ke své praxi konstruktivně a s ochotou ji modifikovat.

Motivací by ale respondentům mohl být příslib obeznámení s výsledky a postupem času i přínosy výzkumu.

Jelikož jde ale pouze o návrh výzkumu, není z této pozice možné předpovědět, zda by se tyto metody setkali s uznáním a měli by tak potenciál utvořit validní obraz českého psychoterapeutického kontextu, míry aplikace celostních technik v rámci psychoterapeutické praxe a poskytnou nosný teoretický základ budoucímu body-mind výzkumu, či zda by se pro své značné nároky nepovedlo nasbírat dostatečné množství respondentů pro průkaznost dat.

8 Závěr

Tato práce poskytuje určitý přehled vybraných mechanismů body-mind propojení, s cílem poukázat na ty aspekty člověka jako takového, které v péči o psychické i fyzické zdraví přirozeně figurují a to nehledě na podobu a vnímanou oborovou 'příslušnost' této péče. Dále je v práci přiblíženo, jak postupoval odklon od dualisticky nastaveného, redukcionistického pojetí zdraví. Nastíněn je také historický vývoj práce s tělem v rámci psychoterapie. Práce s tělem je uvedena jako stěžejní prvek pro psychoterapii zaměřenou na tělo, ale i spontánně se vyskytující modalita psychoterapeutické intervence, nezávislá na konkrétním aplikovaném psychoterapeutickém přístupu.

Pro vybrané teoretické paralely je také poukázáno na možnost čerpat inspiraci ve východních naukách, jako je buddhismus, či taoismus, které dlouhodobě pracují s technikami celostní povahy. Je poznamenáno, že techniky, jako je cílení pozornosti, či práce s dechem, by kromě četných přínosů pro klienta mohly být užitečné například i v rámci vzdělávání psychoterapeutů, jelikož by mohli napomoci k terapeutově schopnost kultivovat v klientovi pocit bezpečí. Přičemž jak bylo v této práci uvedeno, prožitek bezpečí má zásadní podíl na výsledné efektivitě terapie.

Druhá část této práce, jež se věnovala návrhu výzkumu, zároveň poukázala na značný potenciál k navázání dalšími kvalitativně i kvantitativně koncipovanými výzkumy. Výzkum byl navrhnut se záměrem přispět zapojení celostního uvažování do psychoterapeutické praxe, a pak také rozšířit nedostatečné výzkumné podklady mapujícího charakteru.

Jak předestírá prostudovaná literatura, pro plošnějšího rozšíření celostního pojetí v praxi je klíčové nadále prakticky i teoreticky prozkoumávat funkční mechanismy propojení, existujících napříč různými rovinami člověka. Nadějnou vyhlídkou je, že pokud se povědomí o vnitřních vazbách bude i nadále rozšiřovat a globální myšlenkové nastavení eventuálně tyto teoretická východiska 'dostihne', podoba péče o zdraví pak možná bude lépe reflektovat opravdovou multispektrální povahu nás, lidských bytostí.

Seznam použité literatury:

- Ader, R. (1996). Historical perspectives on psychoneuroimmunology. In Psychoneuroimmunology, stress, and infection (pp. 1-24). CRC Press.
- Ader, R., & Cohen, N. (1975). Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosomatic medicine*, 37(4), 333-340.
- Bellinger, D. L., Brouxhon, S. M., Lubahn, C., Tran, L., Kang, J. I., Felten, D. L., & Lorton, D. (2001). Strain Differences in the Expression of Corticotropin-Releasing Hormone Immunoreactivity in Nerves That Supply the Spleen and Thymus. *Neuroimmunomodulation*, 9(2), 78-87.
- Boadella, D. (2019). Four Forms of Knowledge in Biosynthesis Therapy. In H. Payne, S. Koch, J. Tania & T. Fuchs (Eds.), *The Routledge International Handbook of Embodied Perspectives in Psychotherapy* (pp. 291-297). Routledge.
- Boadella, D. (2019). Four Forms of Knowledge in Biosynthesis Therapy. In *The Routledge International Handbook of Embodied Perspectives in Psychotherapy* (pp. 291-297). Routledge.
- Boadella, D., Škardlant, E., & Janečková, B. (2012). *Biosyntéza: výběr z textů*. Grada Publishing.
- Boadella, D., Škardlant, E., & Janečková, B. (2012). *Biosyntéza: výběr z textů*. Grada Publishing.
- Brown, T., Dror, O., Hayward, R., Jackson, M., Kirk, R., Kitanaka, J., . . . Young, A. (2014). *Stress, Shock, and Adaptation in the Twentieth Century*. Boydell & Brewer.
- Dana, D. (2018). *The Polyvagal theory in therapy: engaging the rhythm of regulation (Norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Farre, A., & Rapley, T. (2017). The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. *Healthcare*, 5(4), 88.

- Fink, G. (2016). *Stress: concepts, cognition, emotion, and behavior. Volume I, Handbook of stress*. Academic Press.
- Freedman, A., Silow, T., Gold, S., Pope, T., & Arnault, D. S. (2022). The Somatic Post-Encounter Clinical Summary (SPECS): A New Instrument for Practitioners and Researchers to Measure the Wisdom of Somatic Intelligence. *International Body Psychotherapy Journal*, 21(1), 66-75.
- Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178.
- Goldstein, D. S., & Kopin, I. J. (2007). Evolution of concepts of stress. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*, 10(2), 109-120.
- Goodrich-Dunn, B., & Greene, E. (2002). Voices: A history of body psychotherapy. *The USA Body Psychotherapy Journal*, 1(1), 21-41.
- Harnett, P., O'Donovan, A., & Lambert, M. J. (2010). The dose response relationship in psychotherapy: Implications for social policy. *Clinical Psychologist*, 14(2), 39-44.
- Honzák, R. (2017). *Psychosomatická prvouka*. Vyšehrad.
- Hyman, H. H. (1954). *Interviewing in social research*. The University of Chicago Press. *Journal*, 19(1).
- Chvála, V., Stackeová, D., & Šimek, J. (2021). Politika, koncepce: Návrh koncepce oboru Psychosomatická medicína (k diskuzi). *Psychosom*, XIX(1), 38-56.
- Jung, C. G., Shamdasani, S., & Šubrt, M. (2018). *Kundaliní jóga a hlubinná psychologie: curyšské semináře z roku 1932*. Fontána. Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Academia.
- La Torre, M. A. (2005). Self-reflection-An important process for the therapist. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(2), 85.
- Littrell, J. (2008). The Mind-Body Connection. *Social work in health care*, 46(4), 17-37.
- Lockwood, K., Walsh, C., Marsland, A., & Bachen, E. (2019). Psychoneuroimmunology. In C. Llewellyn, S. Ayers, C. McManus, S. Newman, K. Petrie, T. Revenson, et al.

(Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 136-140).
Cambridge University Press.

Lorentz, M. M. (2006). Stress and Psychoneuroimmunology revisited. *Alt. J. Nursing*, *11*, 1-11.

Lowen, A., & Tegze, O. (2015). *Bioenergetika: terapie duše pomocí práce s tělem* (3. vyd.). Portál.

Lowen, A., & Tegze, O. (2015). *Bioenergetika: terapie duše pomocí práce s tělem* (3. vyd.). Portál.

Masner, P. (2021). Psychosomatická medicína ve vztahu k biologické medicíně. *Psychosom*, *XIX*(1), 30-31.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.

Nardone, G., & Salvini, A. (2019). The eight paradigms and their respective theoretical-applicative models. In G. Nardone & A. Salvini (Eds.), *International Dictionary of Psychotherapy*. Routledge.

Nardone, G., & Salvini, A. (2019). *International dictionary of psychotherapy*. Routledge.

Ogden, P. (2015). Beyond words: A sensorimotor psychotherapy perspective. *How people change: Relationships and neuroplasticity in psychotherapy*, 97-125.

Orel, M. (2015). *Nervové buňky a jejich svět*. Grada Publishing. Pacák, K., & Palkovits, M. (2001). Stressor Specificity of Central Neuroendocrine Responses: Implications for Stress-Related Disorders. *Endocrine reviews*, *22*(4), 502-548.

Porges, S. W. (2018). Polyvagal theory: A primer. *Clinical applications of the polyvagal theory: The emergence of polyvagal-informed therapies*, 50, 69.

Puc, J. (2021). Focusing. In *Psychologie zdraví* (pp. 297-312). Grada Publishing.

Reich, W., Pech, A., & Higgins, M. (1993). *Funkce orgasmu: sex-ekonomické problémy biologické energie. D. 1., Objevení orgonu*. Concordia.

- Rice, V. H. (2011). *Handbook of Stress, Coping, and Health: Implications for Nursing, Research, Theory, and Practice* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Röhrich, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(2), 135-156.
- Rosendahl, S., Sattel, H., & Lahmann, C. (2021). Effectiveness of body psychotherapy. A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 12, 1486. Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80.
- Röhrich, F., Gallagher, S., Geuter, U., & Hutto, D. D. (2014). Embodied cognition and body psychotherapy: The construction of new therapeutic environments. *Sensoria: A Journal of Mind, Brain & Culture*, 56(1), 11-20.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138(3479), 32.
- Selye, H. (1980). Stress and Holistic Medicine. *Family & Community Health*, 3(2), 85-88.
- Selye, H. (1988). Stress: Its relationship to man and his environment. *Ekistics*, 55(331/332), 162-167.
- Siegel, D. J., & Goldstein, B. (2017). Feeling Felt: Cocreating an Emergent Experience. In *How people change: relationships and neuroplasticity in psychotherapy* (pp. 194-205). W.W. Norton & Company.
- Siegel, D. J., Schore, A. N., & Cozolino, L. (2021). *Interpersonal Neurobiology and Clinical Practice (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Sluková, P. Z., & Jochmannová, L. (2021). Péče o zdraví, salutoprotektivní faktory. In *Psychologie zdraví* (pp. 255-279). Grada Publishing.
- Smyth, J., Zawadzki, M., & Gerin, W. (2013). Stress and Disease: A Structural and Functional Analysis. *Social and personality psychology compass*, 7(4), 217-227.
- Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the Biopsychosocial Model: Prospects and Challenges for Health Psychology. *Health Psychology*, 23(2), 119-125.

- Szabo, S., Tache, Y., & Somogyi, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief "Letter" to the Editor# of Nature. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*, 15(5), 472-478.
- Totton, N. (2014). Foreign bodies: recovering the history of body psychotherapy. In *Body psychotherapy* (pp. 19-38). Routledge.
- Večeřová-Procházková, A. (2021). Psychoterapeutické směry orientované na práci s tělem. In *Duše a tělo v psychosomatické medicíně* (pp. 195-246). Triton.
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical rehabilitation*, 31(8), 995-1004.
- Watson, G. (2001). *The Resonance of Emptiness: A Buddhist Inspiration for a Contemporary Psychotherapy*. Motilal Banarsidass.
- Watts, A. (2017). *Psychotherapy East & West*. New World Library.
- Young, C. (2006). One hundred and fifty years on: The history, significance and scope of body psychotherapy today. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 1(1), 17-28.
- Young, C. (2008). The history and development of Body-Psychotherapy: The American legacy of Reich. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 3(1), 5-18.
- Young, C. (2020). A 2020s Credo for Body Psychotherapists. *International Body Psychotherapy*
- Zachariae, R. (2009). Psychoneuroimmunology: A bio-psycho-social approach to health and disease. *Scandinavian journal of psychology*, 50(6), 645-651.

9 Seznam obrázků:

Obrázek 1 Schematické zobrazení vrstvení obranných mechanismů..... 19

10 Seznam zkratk:

WHO	World Health Organization
APA	American Psychological Association
ČAP	Česká asociace pro psychoterapii
ČAPZT	Česká asociace pro psychoterapii zaměřenou na tělo
EABP	European Association for Bodypsychotherapy

Příloha 1.

Somatic Post-Encounter Clinical Summary: Therapist Code: ____ Client Code: ____ Session Date: ____ Session #: ____ 1. Presenting

PROBLEMS or areas of exploration this session: (check all that apply)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anxiety | <input type="checkbox"/> Employment/Economic/Housing Issues | <input type="checkbox"/> Relationship Issues |
| <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Trauma | | |
| <input type="checkbox"/> Grief | <input type="checkbox"/> Family Issues | |
| <input type="checkbox"/> Sexuality | <input type="checkbox"/> Drug/Alcohol Use | |
| <input type="checkbox"/> Gender Identity | <input type="checkbox"/> Socio-Cultural Issues/Oppression | |
| <input type="checkbox"/> Medical Issues/Physical Pain | | |

Other: _____

2a. Somatically-oriented INTERVENTIONS used this session:

- Somatic Psychoeducation
- Focus on Breathing
- Body Sensation Tracking
- Focus on Gesture/Posture/Muscular Tone
- Spatial Proximity
- Gaze/Orienting
- Vocal Tone/Volume/Prosody
- Use of Therapist's Own Body (Posture, Tone, Gaze) Mindfulness/Meditation
- Props
 - Touch (Client-Self Touch or Therapist Hands On): (specify)

Movement: (specify)
_____ Other:

2b. To PROMOTE: (check all that apply)

- Awareness/Insight of
- Inner Landscape
- External Environment
- Emotional Regulation
- Up-regulating: Enhancing/Opening/Express
- Down-regulating: Calming/Soothe/Contain
- Centering/Grounding
- Relationship Skills
- Communication
- Intimacy/Connection
 - Boundary Articulation/Individuation
- Other:

3. OUTCOME of the session (include both client's words and somatic clinical observations):

4. THERAPIST'S Experience in session: (check all that apply)

a. General Sensation: Comfort Discomfort Neutral/Numb

b. Bodily Awareness: Shallow Breaths Deep Breaths Hypotonic Hypertonic Energized Lethargic

c. Somatic Resonance/Counter Transference: Ease Engaged Off Balance Overwhelmed

d. Self Care: Grounding Centering Orienting Posture Breath Other: _____

e. Embodiment of Culture: Similarities to Client Differences Other: _____

General Description: _____

5. Somatic GOALS for next session:

A.

B.

6. Planned Somatic INTERVENTIONS to address these Goals (see "INTERVENTIONS" above for suggestions):

A.

Copyright © 2022 Theresa Silow, Aaron Freedman, Steuart Gold, Thomas Pope

For rights to use or to provide feedback please email specs@ciis.edu

Příloha 2.

Doplňující dotazník

Reflexe SPECS, průzkum povědomí o body-mind principech

**Zaznamenal*a* jste za dobu práce s dotazníkem SPECS změnu v míře pozornosti, kterou při své praxi věnujete svému tělu?

ANO/NE

- pokud ano

Jakou?

**Zaznamenal*a* jste za dobu práce s dotazníkem SPECS změnu v míře pozornosti, kterou při své praxi věnujete klientovu tělu?

ANO/NE

- pokud ano

Jakou?

**Zaznamenal*a* jste, že vyplňování dotazníku SPECS mělo nějaký efekt na Vaši praxi?

ANO/NE

- pokud ano

Jaký?

Pokud jste ve své praxi v průběhu práce s dotazníkem SPECS aplikoval*a některé ze somaticky orientovaných intervencí, které jsou vyčteny v sekci 2a dotazníku SPECS, prokázaly se Vám být efektivními?

ANO/NE

- pokud ano

Jak?

Čemu pozorovaný efekt přičítáte?

Jak jste na pozorovaný efekt reagoval*a?

Z jakých teoretických principů jste v učinění takové intervence vycházel*a?

Pokud ve své praxi běžně aplikujete, nebo jste po dobu práce s dotazníkem SPECS aplikoval*a některé ze somaticky orientovaných intervencí, které jsou vyčteny v sekci 2a dotazníku SPECS, dovedete přiblížit mechanismy fungování nervového systému, které v tomto procesu intervenují?

*Jak reagujete, když je klient ve stavu zvýšené reaktivnosti?

*Jak reagujete, když je klient ve stavu snížené reaktivnosti?

Sociodemografická část

*Jaký je Váš věk?

*Jaké je Vaše pohlaví?

ŽENA/MUŽ/JINÉ

*Kde je lokalizována Vaše psychoterapeutická praxe?

(Prosím, specifikujte město/vesnici)

*Jaký psychoterapeutický výcvik jste absolvoval*a?

*V jakém oboru/oborech jste dosáhl*a formálního vzdělání?

(Prosím, specifikujte taktéž úroveň dosaženého vzdělání)