

Filozofická fakulta Univerzity Karlovy  
Katedra psychologie

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Dominika Šešerová

### **Body-Mind Centering jako cesta k sebeuvědomění**

*(Psychoterapeutické využití principů směru Body-Mind Centering k podpoře tělesně zakotveného prožívání v souvislosti se vztahem tělesného uvědomování k depresivnímu prožívání a životní spokojenosti respondentů)*

### **Body-Mind Centering as a journey towards self-consciousness**

*(Psychotherapeutic use of the Body-Mind Centering principles in supporting bodily anchored experiencing in relation to body awareness related to depressive feelings and the satisfaction with life of respondents)*



## **Poděkování**

Velmi ráda bych poděkovala všem, kteří mne podporovali při psaní této diplomové práce, a to zejména vedoucí práce, PhDr. Vendule Junkové.

Dále tímto vyjadřuji dík i Doc. PhDr. Jiřímu Šípkovi, CSc., PhDr. Markétě Niederlové, Ph.D., Doc. PhDr. Iloně Gillernové, CSc., PhDr. Ivě Štětovské, Ph.D., MUDr. Mgr. Radvanu Bahbouhovi, Ph.D. a Doc. PhDr. Vladimíru Kebzovi, CSc. za cenné rady a připomínky.

Mgr. art. Anně Caunerové děkuji za inspiraci a uvedení do systému Body-Mind Centering, Michalu Illichovi a Ivoně Illichové za (nejen) technickou a organizační podporu.

Respondentům, kteří se účastnili mého kvantitativního výzkumu, velmi děkuji za jejich čas a ochotu.

Děkuji také Eliášovi a Taishe.

Prohlašuji, že jsem diplomovou 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 29. 7. 2011

podpis

**Název práce:** Body-Mind Centering jako cesta k sebeuvědomění

**Autor:** Dominika Šešerová

**Katedra (ústav):** Katedra psychologie, FF UK

**Vedoucí diplomové práce:** PhDr. Vendula Junková

**Abstrakt:** Cílem této práce bylo především představit systém BMC v kontextu psychologie a ostatních na tělo zaměřených psychoterapií, charakterizovat jeho základní principy a techniky, terapeutický kontext a částečně jej analyzovat a kriticky zhodnotit z pohledu základních otázek validity psychotherapeutických modalit. Dále je v této práci stručně pojednáno o teorii tělesně zakotveného prožívání. Empirickou část tvoří kvantitativní výzkum vztahu tělesného uvědomování, depresivního prožívání a spokojenosti se životem. Byl také sledován vztah tělesného uvědomování k sociodemografickým charakteristikám respondentů. Byly zjištěny statisticky významné korelace svědčící pro souvislost schopnosti tělesného uvědomování s depresivním prožíváním a životní spokojeností. Zjištění empirické studie poukazují na užitečnost dalšího systematického rozpracování konstruktů tělesného uvědomování.

**Klíčová slova:** Body-Mind Centering, body-mind psychoterapie, psychoterapie zaměřené na tělo, tělesně zakotvené prožívání, tělesné uvědomování, deprese, životní spokojenost

**Title:** Body-Mind Centering as a journey towards self-consciousness

**Author:** Dominika Šešerová

**Department:** Katedra psychologie, FF UK

**Supervisor:** PhDr. Vendula Junková

**Abstract:** The aim of this thesis is to introduce BMC approach in relation to other body-oriented psychotherapies, to characterise its principles and techniques, the format of therapy and to analyze and assess it from a point of view of the basic questions of scientific validity of a psychotherapeutic modality. Further in this thesis we summarize the bodily anchored experiencing theory. The empirical part of this thesis is a quantitative study of relation of body awareness, depressive experiencing and the satisfaction with life. We also studied a relationship among body awareness and socio-demographical characteristics of respondents. We ascertained some statistically significant correlations pointing towards a link between the ability of body awareness and depressive experiencing and also with satisfaction with life. The findings of this empirical study point towards the usefulness of further systematical developing of the body awareness construct.

**Key words:** Body-Mind Centering, body-mind psychotherapy, body-oriented psychotherapies, bodily anchored experiencing, body awareness, depression, satisfaction with life

# Obsah

I. Úvod.....	8
II. Teoretická část.....	10
<b>1. Historický kontext a stručný přehled na tělo zaměřených psychoterapií .....</b>	<b>11</b>
1.1. Vymezení pojmů.....	11
1.1.1. Holistické vnímání člověka (organismický model) a předholistické přístupy..	11
1.1.2. Somatická psychologie, bodypsychoterapie .....	12
1.2. Významné směry psychoterapií zaměřených na tělo a jejich představitelé .....	14
1.2.1. Bioenergetika .....	15
1.2.2. Biosyntéza.....	20
1.2.3. Pesso-Boyden System Psychomotor.....	23
1.2.4. Focusing.....	26
<b>2. Tělesně zakotvené prožívání a tělesné sebeuvědomování.....</b>	<b>28</b>
2.1. Teorie tělesně zakotveného prožívání.....	28
2.2. Vztah tělesně zakotveného prožívání, tělesného sebeuvědomění a sebepojetí.....	32
<b>3. Body-Mind Centering.....</b>	<b>35</b>
3.1. Úvod do BMC přístupu a jeho základní charakteristiky .....	35
3.1.1. Vývojové pohybové vzorce.....	38
3.2. Body-Mind Centering v psychoterapii.....	43
3.3.1. Teoretický rámec body-mind psychoterapie.....	43
3.3.1.1. Principy integrace mysli a těla.....	45
3.3.1.2. Základní principy aplikace BMC v psychoterapii.....	48

3.3.2. Základní úkoly psychoterapie, jak jsou definovány v přístupu BMP.....	52
3.3.3. Interakční cyklus – základní forma průběhu body-mind psychoterapeutického sezení.....	54
3.3.4. Kultivace tělesného sebeuvědomění a ukotvení psychoterapií dosažené změny v těle .....	57
<b>4. Kritické zhodnocení body-mind psychoterapie .....</b>	<b>60</b>
<b>5. Shrnutí teoretické části.....</b>	<b>65</b>
<b>III. Empirická část.....</b>	<b>66</b>
<b>1. Výzkumná východiska.....</b>	<b>67</b>
1.1. Úvod.....	67
1.2. Výzkumné otázky.....	68
1.3. Výzkumné cíle a výzkumná strategie.....	69
1.4. Výběr nástrojů a jejich charakteristika.....	72
1.5. Metoda sběru dat a výběr respondentů.....	75
<b>2. Překlad dotazníku BAQ a pilotní studie č. 1 .....</b>	<b>76</b>
<b>3. Pilotní studie č. 2.....</b>	<b>79</b>
3.2. Zpracování dat.....	79
3.3. Výzkumná zjištění.....	80
3.4. Rozhodnutí pro vlastní výzkumnou studii.....	82
<b>4. Vlastní výzkumná studie.....</b>	<b>83</b>
4.1. Struktura dotazníku a sběr dat.....	83
4.2. Zpracování dat.....	83

4.2.1 Předzpracování.....	83
4.2.1. Položková analýza.....	84
4.2.1. Reliabilita .....	84
Zároveň byly formulovány následující hypotézy:.....	85
4.2.2. Korelace škál.....	86
4.2.3. Sloučení A-TP a BMI.....	88
4.2.3. Normy.....	89
4.2.4 Sociodemografické charakteristiky souboru.....	91
4.2.5 Faktorová analýza.....	92
<b>5. Diskuse .....</b>	<b>93</b>
<b>IV. Závěr.....</b>	<b>96</b>
<b>V. Seznam literatury.....</b>	<b>97</b>

# I. Úvod

Ústředním tématem mé diplomové práce je původní terapeutický směr vzniklý ve Spojených státech v 70. letech minulého století jako Body-Mind Centering (dále BMC). Jeho zakladatelkou je **Bonnie Bainbridge Cohen**, americká fyzioterapeutka, ergoterapeutka a tanečnice. Systém BMC byl zprvu pojmán jako převážně somaticky zaměřený – užívaný zejména při tzv. neuromuskulární reedukaci vývojových poruch a opoždění u dětí, při rehabilitaci úrazů a dále jako rozvojová technika podporující přirozené a autentické pohybové sebevyjádření profesionálních tanečníků. Nicméně ukázalo se, že tento přístup může najít své uplatnění i na poli psychologických věd, a to zejména v psychoterapii zaměřené na tělo. Koncem 90. let 20. století **Susan Aposhyan**, americká psycholožka a psychoterapeutka, jež navázala na přístup Bonnie Bainbridge Cohen a stala se nejprve praktikující terapeutkou BMC a učitelkou tohoto směru, se rozhodla integrovat jeho principy a techniky do své psychoterapeutické práce, a vytvořila tak „body-mind psychoterapii“<sup>1</sup> (*Body-Mind Psychotherapy*), jež je soudobou psychologickou, resp. psychoterapeutickou aplikací BMC směru (Aposhyan, 2004; Payne 2006). Na tomto místě je nutno ještě zmínit **Lindu Hartley**, britskou transpersonálně orientovanou psychoterapeutku a taneční terapeutku, jež se zabývá v současné době v psychologii a sociálních vědách poměrně diskutovaným tématem osobní pohody (*well-being*) s důrazem na „tělesnou osobní pohodu“ (*bodily well-being*) (Hartley, 2004). Integruje experienciální přístup BMC a analytické teorie Junga a Reicha, současně klade důraz na ranou tělesnou zkušenost při vývoji sebepojetí a sebeuvědomování s oporou v teorii o tzv. „trojstranném“ či „trojčetném“ self (*tripartite self*) vývojového psychologa Daniela Sterna (Stern, 2000).

Cílem této práce je především představit systém BMC v kontextu psychologie a psychoterapie – tj. charakterizovat jeho základní principy a techniky, terapeutický kontext a klinická specifika a částečně jej analyzovat a kriticky zhodnotit z pohledu základních otázek validity psychoterapeutických modalit. Taktéž bude stručně prodiskutována otázka role doteku v psychoterapii a jeho etické aspekty.

Považuji rovněž za důležité stručně se zmínit o dalších významných psychoterapiích zaměřených na tělo a jejich historickém vývoji, čemuž je věnována první kapitola této práce.

---

1 Pro pojem „body-mind“ či „bodymind“, neexistuje vhodný český ekvivalent. Přístupy explicitně zaměřené na „centrování mysli v těle“ těmito pojmy zpravidla označují jednak dva aspekty lidské existence, jež jsou zpravidla vnímány jako dvě polarities ve vzájemném vztahu (body-mind), jednak holistický pohled na osobnost člověka (bodymind). Tyto dva pojmy budu v dalším textu používat v původním znění, tedy „body-mind“ v případě, že budu hovořit o balancování, centrování a vzájemném vztahu těla a mysli, zatímco termínu „bodymind“ budu užívat jako označení pro přirozenou celistvost osobnosti.



Klíčovým aspektem na tělo orientovaných psychoterapeutických směrů je pozornost obrácená do těla, vědomé prožívání sebe sama jako fyzické bytosti a schopnost rozlišovat v těle zakotvené a reálně prožívané významy od konstruktů, konceptů či zavádějících výkladů, jež jsou podmíněny v minulosti naučenými reaktivními vzorci naší psychiky, budu věnovat druhou kapitolu teorii tělesně zakotveného prožívání a jeho vztahu k tělesnému sebeuvědomování a sebepojetí. V této kapitole se také dotknu konceptu všímavosti (*mindfulness*) a zmíním soudobé psychoterapeutické směry, jež všímavost využívají.

V souvislosti s hlavní charakteristikou směru BMC, resp. z něj vycházející body-mind psychoterapie, jíž je zacílení na tělesné sebeuvědomění či sebeprožívání, resp. na „centrování mysli v těle“, bude empirickou částí této práce kvantitativní výzkum tělesného sebeuvědomění respondentů. Toto sebeuvědomění je měřeno multifázovým dotazníkem, jehož první část tvoří „Dotazník tělesného uvědomování“ (*Body Awareness Questionnaire*), jenž byl převzat ze zahraničí, pro účely této práce přeložen metodou dvou paralelních překladů, a následně administrován se svolením jeho hlavní autorky Stephanie A. Shields PhD. (Shields, Mallory, Simon, 1989). Vzhledem k tomu, že tento dotazník měří jen jednu subdoménu tělesného (sebe)uvědomování, byly vytvořeny ještě další položky, jež mapují ostatní aspekty tohoto konstruktů (postoj k uvědomování si tělesných stavů a pocitů, vnímaná úroveň body-mind integrace aj.) tyto položky byly ověřeny pilotní studií a administrovány v ostré verzi prostřednictvím internetového dotazníku. Součástí empirické studie je i korelační šetření týkající se depresivního prožívání (škála deprese převzata od PhDr. Michaely Peterkové s jejím laskavým svolením) a tělesného sebeuvědomování, a dále vztah tělesného sebeuvědomování k aspektům životní spokojenosti (použita „Pětipoložková škála spokojenosti se životem“ (Křivohlavý, 2004) a rodičovství. Naměřené hodnoty v dotazníku tělesného sebeuvědomování byly také vztaženy k sociodemografickým charakteristikám respondentů.

V této práci budu v souvislosti se směry psychoterapií zaměřených na tělo používat pojem body psychoterapie, či psychoterapie zaměřená na tělo. Nicméně v kapitolách věnujících se přístupu Body-Mind Centering a jeho aplikaci v psychoterapii budu používat pojem body-mind psychoterapie, jež koresponduje jednak s originálním pojmem používaným jeho tvůrci, jednak také s jeho filozofií a technikami, jež – viděno holistickou perspektivou – nejsou „zaměřeny na tělo“, ale na osobnost vnímanou jako „bodymind“.

## **II. Teoretická část**

# **1. Historický kontext a stručný přehled na tělo zaměřených psychoterapií**

## **1.1. Vymezení pojmů**

### **1.1.1. Holistické vnímání člověka (organismický model) a předholistické přístupy**

Pojem „holismus“ pochází z řeckého *holon*, tj. celek. Použil jej již Aristoteles, od něž pochází známé tvrzení „celek je více než suma jeho částí“.

Ačkoli je v naší společnosti stále poměrně silně zakořeněn vliv karteziánského dualismu, v psychologii a psychoterapii, ale i jiných pomáhajících profesích i vědě, se těší stále větší oblibě holistický přístup, resp. „organismický model“ vnímání člověka. Smith (2007) rozlišuje mezi holismem a tzv. „předholistickými přístupy“ - *mechanistickým materialismem* (duševní procesy je možno redukovat na fyzické příčiny, nahlížení na chování, jednání a prožívání je způsobováno biochemickými událostmi), *metafyzickým idealismem* (veškeré příčiny jsou pouze duševní, somatické nemoci mají výhradně psychický původ) a *psychofyzickým paralelismem* (psychické a tělesné procesy jsou na sobě nezávislé a probíhají paralelně, popř. vzájemně na sebe působí – *interakcionismus*). Nicméně i zde je v podstatě zachovávána a posilována představa o oddělenosti těchto dvou aspektů).

V terapiích převážně verbálního charakteru se holistické pojetí člověka (a reality vůbec) objevuje velmi silně např. v gestalt psychoterapii, jež odmítá redukcionismus a během poradenství či terapie se snaží zohlednit všechny aspekty konkrétní osobnosti. Obvyklá otázka, již si gestaltisté v průběhu terapeutického procesu kladou, je „Jak?“ - a týkat se může kteréhokoli aspektu lidské bytosti, tedy i toho „jak se tento člověk pohybuje“, „jak zní jeho hlas“, „jakou tělesnou pozici zaujímá“ apod. Docházejí pak ke zjištění, že jednotlivé aspekty bytí člověka se v sobě vzájemně odrážejí, že změna, jež proběhla v jedné části, se vždy dotkne celku a naopak (Mackewn, 2009).

Zároveň je nutno podotknout, že soudobá psychoterapie obecně směřuje k integrativnímu a eklektickému pojetí práce s klientem, kdy je zdůrazňován význam neverbality, prožitkovosti a podpory výrazové exprese. Vlivem systemických směrů je také upřena pozornost k vyšším úrovním uspořádání inter- i intrapersonální komunikace než na jakých se prezentuje problém či symptom – zde je zajímavý integrativní pohled prof. Jerome Liss, zakladatele

biosystemické psychoterapie (*la terapia biosistemica*), jež spojuje systemický přístup s bodyterapií (Liss 1994, in Boadella 1996).

V soudobých na tělo zaměřených psychoterapiích se ke člověku přistupuje stejným způsobem – tedy holisticky. Somatická psychologie staví na předpokladu, že tělo i mysl jsou dva aspekty téhož smysluplného celku, jež spolupracují v jeho zájmu. Toto společné působení je taktéž nazýváno „synergií“ a odkazuje na procesy ve fyzice, chemii či biologii, kdy spolupůsobení určitých komponent vyvolá tzv. „synergický efekt“, jež je ve svém účinku násobně vyšší než součet působení každé z komponent odděleně. Podobně je na tělo zaměřenými psychoterapeutickými směry nazíráno na **tělesně zakotvené prožívání**, kdy dosažená součinnost našeho fyzického i psychického aspektu vede k prožitku plné identity a integrity, zvýšení vnímané sebeúčinnosti, kontaktu se svými zdroji k životu a zvládnání života a dále ke stavům popisovaným v soudobé literatuře zabývající se pozitivní psychologií, tzv. naučeným optimismem či „psychologií štěstí“, jako stavy proudění či plynutí (*flow*) (Seligman, 2003; Csikszentmihalyi, 1996)

### **1.1.2. Somatická psychologie, bodypsychoterapie**

Při definování toho, co vlastně označuje nejprve samotný pojem „psychoterapie“ můžeme vyjít mimo jiné ze starověké řecké tradice, kdy slovo „psýché“ označovalo řeckou nymfu, jež se stala bohyní a byla zároveň personifikací lidské duše. Psýché je zde definována jako „mysl dosahující všech částí těla“ (popř. dech, duše, duch) (Aristoteles, 1996). Současně řecké sloveso „therapeuein“ znamená provázet, vést, sloužit. Definice psychoterapie, pojatá jako služba či doprovázení „psýché“ tedy vyhovuje svým způsobem „esteticky“ i psychospirituálně, zejména v kontextu psychoterapií zaměřených na tělo, kdy věnováním pozornosti tělesným stavům a procesům doprovázíme naši mysl k tomu, aby se stala plně „ztělesněnou“, podporovanou a vyživovanou tělem, a zároveň svým vědomým vhladem tělo podporující.

Stavěl (1970) v kapitole o duši v představách homérských Řeků uvádí kromě duše jako „psýché“ také duši jako „thymos“, jež byl označením pro životní a duševní sílu, projevující se zejména vášní, citovými vzruchy, emocemi a afekty, žádostivostí. Funkcemi thymu byly zároveň v homérském pojetí i myšlení, rozhodování, paměť. Starořecký pojem *thymos* by tedy pravděpodobně v mnohém odpovídal reichiánskému *orgonu*, a dost možná i energetickému pojetí současných směrů somatické psychologie. Naproti tomu *psýché* jako „vtělená nymfa“

či bohyně může mít jako metafora blízko k soudobé představě identity, jáství, Self či „vtěleného vědomí“ (*embodied consciousness*).

Při vymezení toho, čím je pro nás dnešní psychoterapie, můžeme vycházet z např. z definice Norcrossovy (Prochaska, Norcross; 1999, s. 16): „Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí.“, popř. z definice J. Vymětala: „...psychoterapie probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a pacientem.“ (Vymětal, 2007, s. 20). V kontextu **somatické psychologie**, resp. bodypsychoterapie lze ještě dodat, že tato vědomá a záměrná interakce, resp. „žádoucí změna osobních charakteristik“ zahrnuje i kultivaci tělesného sebeuvědomění prostřednictvím specifických psychoterapeutických technik.

Pojem „somatická psychologie“ (*somatic psychology*) byl údajně poprvé v terapeutickém kontextu použit Thomasem Hannou v jeho práci „*Bodies in Revolt: A primer in Somatic Thinking*“ (1988; in Aposhyan 2004; taktéž Hartley, 2004), který poukázal na schopnost vědomého prožívání našeho tělesného self jako na proces opačný k odcizování se tělu a neuvědomování si své tělesné existence nebo jejímu mechanistickému pojmání. Somatická psychologie je v současné době často synonymem pro pojmy „body psychoterapie“, „na tělo zaměřená“ nebo „tělesně orientovaná psychoterapie“ (Aposhyan, 2004). Někteří jiní autoři ale rozlišují pojem „somatická psychologie“, který se vztahuje spíše k českému ekvivalentu „psychosomatika“ (tj. systém jež se zabývá psychologickými implikacemi tělesných symptomů) a bodypsychoterapie, jež odkazuje k psychoterapeutickým směrům explicitně využívajícím práci s tělem a pohybem a k technikám zvyšování schopnosti tělesně zakotveného prožívání a tělesného sebeuvědomování (Hartley, 2004).

Psychoterapii zaměřenou na tělo tedy můžeme definovat jako pole holisticky zaměřených přístupů, jež napomáhají člověku nalézt znovu spojení se sebou samým prostřednictvím pohybu, doteku, vědomého dýchání, vokalizace aj. Cílem a zároveň prostředkem dosahování terapeutické změny a znovunastolení osobní pohody (*well-being*) klienta je zvyšování jeho psycho-fyzického a sociálního uvědomění a schopnosti v těle zakotveného prožívání. Pole psychoterapií zaměřených na tělo sestává z mnoha směrů a přístupů, z nichž každý má své specificky formulované terapeutické cíle, principy a techniky, metody a způsoby vzdělávání terapeutů i vlastní psychologické názory.

## 1.2. Významné směry psychoterapií zaměřených na tělo a jejich představitelé

Ve svém počátku byla psychoterapie zaměřená na tělo inspirována Freudovým přístupem k egu jako „v první řadě a ponejvíce tělesnému egu“ (Freud, 1923/1961; in Aposhyan 2004; Smith, 2007; Boadella, 1996) – Freud svou teorií o egu, id a superegu, jež pudové id inhibuje a svými studiemi zabývajícími se „ekonomií neurózy“ v podstatě uchopil a vyjádřil primární problém moderního člověka, kterým je integrace, resp. nedostatek integrace jeho „bodymind“. Nicméně zároveň svým přístupem k superegu jako „řešiteli konfliktů mezi egem a id“ podpořil hierarchizaci mysli a evropský dualismus, v čemž pokračovaly posléze i generace jeho následovníků. Naproti tomu jeho teorie psychosexuálního vývoje je naprosto „tělově zaměřena“. Tvrdil, že nedostatek určitých tělesných vjemů omezuje vývoj ega, upozorňoval např. na důležitost podpory dítěte rodičovskými postavami proti směru gravitace, aby se u člověka vyvinulo soběstačné ego, zdůrazňoval i nutnost poskytnutí původně neprožitých adekvátních tělesných zážitků v psychoterapii – kdy tvrdil, že pouhá analýza a vhléd nestačí, je třeba fyzického zpřítomnění zážitku, jež v minulosti nebyl správně prožit, ač byl pro zdravý rozvoj ega nutný (Smith, 2007). Freud si též uvědomoval důležitost podpory zaměření na tělesné stavy a pocity u klientů, zároveň tradiční psychoanalytická „konzultační poloha“ v leže poukazuje na to, že ke změně obvyklého sebeuvědomování a stimulování do těla zaměřené pozornosti dochází mimo klasickou tělesnou pozici, již obvykle lidé volí k verbální komunikaci (Holub, 2010).

Tendencím vnímat tělesné prožívání jako nástroj diagnostiky či terapeutické změny ještě předcházely studie Pierra Janeta týkající se **disociace**. Janet byl prvním, kdo (již koncem 19. století) formuloval principy disociace a popsal její klinické projevy a systematicky zkoumal traumatické vzpomínky skryté za disociativními stavy a chováním. Janet pojímal disociaci jako ryze patologický stav, přítomný u osob s psychiatrickými diagnózami a označoval tím, oddělenost vědomí, chování a myšlení, resp. představ a jako patologické „vnitřní“ oddělení se subjektu od svého těla uprostřed okolní „objektivní“ reality. Jeho následovníci vnímali disociaci jako kontinuum, projevující se ve své nepatologické formě jako běžné a krátkodobé „denní snění“ na straně jedné a jako psychogenní, patologická amnézie či případy vícečetné osobnosti (Putnam, 1989; Aposhyan, 2004; Atkinson et al., 1993). P. Janetovi se taktéž připisuje objev a popis významu katarzního zážitku v psychoterapii (Boadella, 1996).

V následujících oddílech se jen velmi stručně zmíním o některých zásadních směrech psychoterapií zaměřených na tělo a jejich představitelích – a to z důvodu vykreslení kontextu soudobých směrů body psychoterapií a dále popisovaná teorie tělesně zakotveného prožívání. Tyto oddíly mají také částečně vazbu na kapitolu o Body-Mind Centeringu a jeho využití v psychoterapii.

### **1.2.1. Bioenergetika**

Tento směr původně vznikl jako „Charakterově analytická vegetoterapie“ **Wilhelma Reicha** a byl dále rozvíjen zejména Reichovým žákem A. Lowenem.

V centru Reichova zájmu byla tzv. „orgonská energie“ - energie nacházející se ve všech živých a neživých organismech. Odmítl psychoanalytické omezení sexuality jen na genitalitu a v centru jeho pozornosti stála orgastická potence, na jejímž základu vybudoval svůj terapeutický směr. Reich se snažil uchopit povahu energetické vazby mezi tělem a psychikou, velký význam přičítal rovnováze mezi nabitím a vybitím, jež přirovnával k sexuálnímu vzrušení a uvolnění. Měl za to, že dojde-li k blokaci vybití energie, dochází k tzv. „sexuálnímu městnání“, jež je příčinou vzniku neurózy, a zároveň vytváření „svalového pancíře“ sloužícího k popření impulzů a „vázání volně plynoucí úzkosti“ (Smith, 2007, s. 18), který se právě svou vegetoterapií (zahrnující např. techniky řízeného dechu, tlaku na určité části těla, ale také poměrně invazivních metod) snažil „rozbít“ (Reich, 1993).

Reich pojmenoval základní obranné charakterové struktury jako: schizoidní charakter, orální charakter, psychopatický charakter, masochistický charakter a rigidní charakter (Lowen, 2002)

Ač byl W. Reich osobností velmi kontroverzní – svůj život skončil ve vězení, kam byl poslán pro své dluhy a nekonvenční léčebné metody (Pietikainen, 2002; Hochberg, 1977) a byl svým okolím i odbornou veřejností vnímán jako utopista, či radikální Freudo-Marxista (pokoušel se skloubit marxismus, psychoanalýzu a kvantovou fyziku) - nelze mu upřít nesporný přínos pro tělesně orientované psychoterapeutické systémy, jímž je a) orientace na „zde a nyní“, b) zavedl do psychoterapie termín „fyziologické zakotvení psychiky“, c) pracoval s konceptem „paměti těla“ - tvrdil, že naše tělo od počátku své existence zaznamenává vše dosud prožité, d) zavedl do psychoterapie metodu „bodyreadingu“ - techniku založenou na pozorování lokálních tělesných napětí a identifikování míst blokace energie (Reich, 1993).

**Alexander Lowen**, přímý Reichův žák rozvinul charakteranalytickou teorii svého učitele ve

svůj vlastní směr, jemuž dal název „Bioenergetická terapie“. Stejně jako Reich, i Lowen vycházel z jednoduchého a zjevného předpokladu, že „každý člověk je své tělo“. Všímal si toho, jak se mění a střídají hladiny energie, proudící jeho tělem například při sportu, kdy také vnímal vlivem dynamiky tělesného pohybu i změny ve svých emocích. Pracoval s Reichovými koncepty energetického nabití a vybití, všímal si cirkulární povahy vzájemných výměn mezi vědomím a nevědomím, tělem a myslí, člověkem a jeho okolím. Rozvinul a detailně propracoval Reichovu koncepci charakterů – stanovil 5 obecných typů charakterových struktur: schizoidní, orální, psychopatická, masochistická a rigidní, a dále formuloval pět základních vzorců „**držení se**“ (*holding patterns*): držet se pohromadě (ve strachu z rozpadu – schizoidní charakter), držet se někoho (ve strachu z odmítnutí – orální charakter), držet se nahoře (strach z dominance druhých a vlastního neúspěchu – psychopatický charakter), držet se uvnitř (strach z uvolnění a emocionální exprese, strach vzdát se něčeho – masochistický charakter), držet se zpátky (strach ze zahlcení a odevzdání se – rigidní charakter) (Lowen, 2002).

Odkazuje k dialektickým principům filozofie: „... neexistuje dualita, která by neměla základ v určité jednotě. Neexistuje také jednota, jež by neměla svou odpovídající dualitu“ (Lowen, 2002, s. 266), což je pojetí převzaté od Reicha, zároveň podotýká, že: „... abychom pochopili paradox duality a jednoty, musíme uvažovat funkčně.“ Vědomá mysl je přirozeně dualistická, v rovině nevědomí naopak vládne jednota. A ono *funkční jednání* spatřuje především v tom, že člověk rozvine své vědomí tak, aby měl v zorném poli obě oblasti svého života – mysl i tělo – zároveň.

Lowen (2002) také popsal čtyři základní vrstvy osobnosti, jež se během bioenergetické psychoterapie postupně odkrývají:

- jádro – nejhlubší vrstva, totožné se srdcem, jež je vnímáno jako nejcitlivější orgán celého těla, jeho pravidelná činnost udává rytmus životu člověka;
- emocionální rovina – chrání srdce, obsahuje i potlačené pocity;
- svalová vrstva – zabraňuje potlačeným emocím proniknout na povrch, je to místo měštnání a shromažďování chronického napětí;
- vrstva Já – tedy čtvrtá a nejsvrchnější vrstva, jež sestává z obranných mechanismů – popření, projekce, odmítání viny, nedůvěřivosti, racionalizace a intelektualizování – a je tzv. „osobnostní vrstvou“.



**Stephen Johnson** obohacuje bioenergetickou terapii zejména tím, že účelně spojuje charakteranalytickou teorii s egopsychologií. Ve své klinické praxi spojoval teoretický koncept britské psychoanalytické školy známé jako *teorie objektivních vztahů* a terapeutickou práci s tělem. Není možné zde podrobněji zaznamenat, čím se tato teorie zabývá a z čeho vychází, nicméně je třeba uvést alespoň základní rozdíly této britské školy od původního freudiánství (Mitchell; Blacková; 1999):

- předně vnímali ego jako vyvíjející se a utvářející se v průběhu života (Freud vnímal Ego jako do určité míry vyvinuté, mající za úkol řešit pudové tlaky Id a konflikty společnosti)
- z čehož dále vyplývá „koncept dostatečně dobré matky“, která musí disponovat tzv. „primárním mateřským zaujetím“ a částečně potlačit svou subjektivitu v prvních měsících života dítěte a poskytnout dítěti podpůrné prostředí (holding environment), jež kultivuje jeho pozdější smysl pro sebeuchopení a rozvíjení smysluplných interakcí a vztahování se k reálnému světu. Dítě, jež tyto rané egoformativní zážitky nemá, vyrůstá pak s pocitem prázdnoty a nereálnosti.
- pojem „falešného Self“ - což znamená (podle Winnicotta, zakladatele této školy) „odtržení mysli od svých zdrojů v těle“, zdravé Self tedy znamená mít silnou vazbu mysli a těla, zdravý člověk je také podle Winnicotta přirozeně kreativní, disponující pocitem životního smyslu a schopností lásky
- formulace vývojových stádií vývoje jedince (autismus – přechod od autismu k symbioze – diferenciaci – praktikování – znovusbližování – identita a stálost objektu – oidipální perioda). To, jakým způsobem reaguje okolí vyvíjejícího se jedince na jeho manifestované potřeby – zda je vhodně uspokojuje či nikoli - má pak za následek buď zdárný vývoj a průchod těmito stádii, anebo ustrnutí v některém z nich.

Johnson v souvislosti s takto formulovaným vývojem a z pohledu nutnosti uspokojování přirozených potřeb člověka formuloval následující pětifázové schéma formování charakterových obran (Johnson, 2006):

- **sebepotvrzení** prostřednictvím uspokojování základních potřeb (samotná existence, separace a nezávislost, milovat, sexuálně milovat aj.)
- **negativní reakce prostředí** (která způsobuje blokaci niterné energie)

- **organismická reakce** (vyvolaná touto blokadí)
- **sebebopření**, které nastává, když organismická reakce dítěte nevede ke změně negativních reakcí prostředí, jež přetrvávají. V tomto momentu dochází k formování obranné charakterové struktury a rozvoji patologie (potlačení touhy žít, tvořit, přijímat lásku a podporu aj.)
- **proces přizpůsobení**, kdy jedinec volí kognitivní a behaviorální strategie, jež mu umožňují přežít v prostředí, které frustruje jeho potřeby, volí cestu kompromisu, sebestlačení a rozvoje falešného Self.

Johnson velmi systematickým způsobem propojil dvě domény – primární vývoj a další růst jáství a terapeutickou práci s tělem. Také je možno mu připsat jistý systemický náhled na realitu, jež se objevuje v jeho přístupu k jedinci uprostřed vztahů, od nichž očekává naplnění svých přirozených očekávání a potřeb. Vytvořil také tzv. „charakterologickou rodinnou terapii“ (Johnson, 2006) a podrobně vymezil obvyklé terapeutické cíle pro každou charakterovou strukturu (Johnson, 2007).

**Stanley Keleman** je pravděpodobně nejvýznamnějším představitelem tzv. „třetí generace Reichiánů“. Zatímco Lowen se soustředil na přizpůsobení Reichovy práce měřítkům běžného života uvědomováním si a harmonizováním tenze mezi vnitřními a vnějšími silami, Keleman učinil krok, jež toto učení posouvá o něco dále – k vnímání rytmického zadržování (*containment*) a uvolňování této tenze, této pulzace, jako podstaty života, jež pohání individuální vývoj i evoluci veškerého života jako celku (Aposhyan, 2004). Zatímco Lowen a Johnson se orientovali převážně prakticky a svým způsobem sociálněpsychologicky (na formování těla a psychiky uprostřed interpersonálních vztahů), Keleman, podobně jako Reich byl zaměřen spíše fenomenologicky. Podstatou života je dle něj vytváření **tvarů**. (Srv. Gregory Bateson – „*Mysl a příroda: nezbytná jednota*“ [Bateson, 2006] kde je známým přírodovědcem, kybernetikem, antropologem a ekologem formulován prakticky identický názor – že **vše v přírodě formuje vzorce**. Lhostejno, zda je to hmota, psychika či jiné fenomény – vždy dochází k opakovanému vznikání **tvaru** podle předem daného **vzoru**. Vzorem či vzorcem můžeme označit způsob existence, jenž se v evoluci osvědčil jako **funkční**.)

Keleman popisuje čtyři základní reakce člověka na stres: rigidita, zhutnění, zbytnění a kolaps (Keleman, 2010). Na emoční a charakterový vývoj pohlíží spíše z environmentalistického

pohledu (podobně, jako u Johnsona aj.) - emoční historie člověka je dána jeho zážitky z raného dětství, kdy byly buď naplňovány anebo frustrovány potřeby dané osoby.

Keleman pojímá tělo jako tvar, strukturu či otisk minulé zkušenosti, jež je ztělesňována (*embodied*). Jeho koncept ztělesňování zkušenosti implikuje pojetí genetické výbavy člověka jako **ztělesněné zkušenosti lidského druhu**, jež probíhá v jiném rytmu, ale paralelně se ztělesňováním zkušenosti osobní. Toto hledisko je možné považovat za transpersonální, kdy v jedinci dynamicky koexistují procesy jeho ontogeneze i fylogeneze, a jak si ukážeme dále, je toto vnímání člověka, jeho tělesnosti i psychického vývoje vlastní i přístupu Body-Mind Centering, jež – stejně, jako Keleman – uvažuje o „vědomí tkání“, „buněčném vědomí“, či emocích uložených v hormonálním substrátu. Takovéto pojetí je pro řadu psychologů nepřijatelné (výjimku tvoří transpersonální psychologie, jež s těmito kategoriemi pracuje poměrně často [Grof, 1988]) či nepochopitelné ve své explicitní podobě a je velmi obtížně (pokud vůbec) uchopitelné empiricky. Jak se ale ukáže dále v této práci, má svůj nepopíratelný smysl v psychoterapiích zaměřených na tělo - minimálně jako **metafora, která pomáhá jinak neuchopitelnou a nesdělitelnou „zkušenost těla“ zachytit naším vědomím** a umožňuje využívání osobních v těle zakotvených významů pro úzdravu, nápravu vývojových nedostatků či podporu dalšího růstu.

Keleman přistupuje k osobní historii člověka jako k historii emoční, základem existence je pro něj pohyb. Základním vzorcem pohybu buňky je rytmické střídáním kontrakce a expanze. Více buněk spojených do trubice svým pulsujícím pohybem vytváří peristaltický pohyb – vlnění. Člověka, resp. jakýkoli jiný složitější živý organismus vidí jako „polyrytmicky pulsující“, jinak také fungující v rámci disonantních rytmických vzorců - a formuluje zde své vidění jednoty a duality (jejichž vzájemný vztah řešili i Reich a Lowen) **jako splývání protikladů v jednotě** (Keleman, 2005).<sup>2</sup>

Kelemanův praktický přínos pro body psychoterapii spatřuji zejména v tom, jakým způsobem dokázal facilitovat proces vědomého a „správného sebeužívání“ (Feldenkrais, 1996) - dešifrováním struktury problémů pomocí „Jak“ - což je proces skládající se z pěti kroků (Keleman, 2010):

---

2 Zde si dovoluji malou poznámku o podobnosti vnímání s učením renesančního filozofa, matematika a kněze Mikuláše Kusánského o „*coincidentia oppositorum*“ - splývání protikladů (Floss; Patočka, 2001). Kusánský tvrdil, že protiklady splývají v Bohu, který nicméně stvořil člověka i vesmír podle zákonů matematiky a geometrie. Kusánský poměrně silně ovlivnil novověké evropské myšlení, např. J. A. Komenského, M. Kopernika, také z něho čerpal Jan Patočka, jenž se ve svých pracech často a detailně zabývá **fenomenologií těla**.

- nabývání tvaru v současné situaci a vytváření obrazu této situace, a zároveň vnímání její dočasnosti
- identifikace způsobu sebeužívání (ot. „Jak sám sebe používám?“, „Jak to dělám, že se cítím pod tlakem / bezvýznamný / šťasten?“) které svaly a jak jsou smršťeny, v tenzi, k čemu má tato tenze sloužit)
- identifikace jak dochází k rozrušování a ukončování nepotřebných struktur (resp. ke změně tělesných tvarů, ukončení )
- inkubace a stvoření (aktivace vizuální a emoční paměti, pocitové přerámování zážitku, zažívání sebe sama zcela novým způsobem – dešifrování např. vzorce úzkostlivého čekání a jeho přeměna na nadějně očekávání)
- používání nově naučeného – procvičování se v novém způsobu sebeužívání návratem k tělesnému prožitku přeměny vzorce, důsledné používání nové struktury, uvědomování si napjatých částí těla a rozpouštění napětí pomocí vědomého dechu apod.)

Další zajímavou Kelemanovou technikou zvědomování ztělesněné zkušenosti je tvorba **somagramů** – skic, jež znázorňují například etapy vývoje dané osoby, vývoj určité situace apod. Osoba zakresluje do obrysu postavy značky a symboly, jež znázorňují její fyzické pocity a stavy, může si tak lépe uvědomit, jakého tvaru nabývá v různých situacích, jak tento tvar, pocity i situaci pojmenovává apod. Somagramy jsou v podstatě jistým projektivním vyjádřením somaticko-emočního stavu dané osoby.

### **1.2.2. Biosyntéza**

Autorem biosyntézy je londýnský rodák, psychoterapeut **David Boadella**. Tento směr založil v 70. letech 20. století a posledních 30 let je rozvíjen jednak jeho žáky, a dále také jeho ženou – **Sylvii Specht Boadellovou**. Navazuje na hlubinně psychologické kořeny – Boadella byl žákem O. Raknese, skandinávského psychoanalytika (jež byl sám žákem Karen Horneyové a W. Reicha) (Boadella a Specht Boadella, 2009).

Biosyntéza vychází z deseti základních oborů psychodynamického a hlubinně psychologického poznání (Boadella a Specht Boadella, 2009):

1. Ekonomická teorie emocí, pudů a psychické energie – jež byla formulována Freudem a potvrzena Damasiem a Schorem. Zdůrazňuje energetické aspekty pudů v souvislosti

s motorickými procesy v těle.

2. Topologická teorie psychoanalýzy – koncept id, ega a superega – tedy vědomí vyjádřené třemi svými aspekty. V biosyntéze se vědomé a nevědomé vztahuje ke konceptu implicitní a explicitní paměti, a dále se Freudovo pojetí „trojně topologie vědomí“ rozvíjí v koncept „životních proudů“ (*lifestreams*), jimiž jsou emoce, chování a poznávání.

3. Dynamická teorie psychoanalýzy – se svými koncepty odporu a přenosu. V biosyntéze se koncept odporu doplňuje vnímáním role svalového napětí a přenos zahrnuje procesy tělesné rezonance a vegetativní identifikace.

4. Teorie a praxe analýzy charakteru – vychází z Reichovy „charakter-analytické vegetoterapie“.

5. Analytická posturologie a klinická pohybová terapie – integrování principů analýzy pohybu Rudolfa Labana, principů pohybové terapie a hlubinně psychologického kontextu biosyntézy.

6. Výzkum tělového obrazu a tělového schématu – nepřímo ovlivněn prací P. Janeta a H. Bergsona o motorické paměti, a dále také konceptem „habituálního držení těla“, jehož autorem je Merleau-Ponty (Low, 1994). Tělovým schématem je zde označován proces ležící pod tělovým obrazem.

7. Psychosomatická terapie – vychází z G. Groddecka, jež pracoval se symbolikou tělových procesů, pozoroval svalové tenze a dechové vzorce projevující se u jeho klientů. Hlubinné chápání vztahu těla a psychiky je zde také vyjádřeno konceptem tzv. „subjektivní anatomie“<sup>3</sup>.

8. Pre- a perinatální psychologie a výzkum – snaha o porozumění preverbálním stavům. Otto Rank, učitel Boadellův chápal, že osobnost se utváří na základě svých raných zážitků, a že rané neverbální zkušenosti jsou stále přítomny i v pozdějším životě. Biosyntéza se snaží svými technikami kontaktovat jedince na této rané bázi a na symbolické i tělesné rovině pracuje s obsahy zde se vynořujícími.

9. Neonatální výzkum – důležitost raného kontaktu matky a dítěte – a to zejména dotykem, rozvíjením očního kontaktu a empatické vazby – pro celý další vývoj jedince. Vychází z Bowlbyho, Sterna, Bálinta a dalších. Biosyntéza přijala koncept „emočně-

---

3 Toto pojetí je velmi blízké přístupu BMC, kde je nazýváno anatomii „zážitkovou“.

motorických schémat“ raného vývoje, jež se váží k vývoji tělového schématu, k emoční komunikaci ve vztazích aj. (V biosyntéze byl tento koncept motorických polí rozvíjen jako jeden ze základních principů, na nichž tato terapie stojí – viz. níže.)

10. Vývojová psychodynamika – pochopení, že emoce se objevují primárně ve vztazích s druhými, důraz na korektivní zkušenost (nikoli jen na zviditelnění toho, co neproběhlo správně) v terapii. Ukotvení v teorii objektivních vztahů – teorie charakterové struktury tak, jak ji předkládá Boadella, je především interpersonální a vychází z rané ontogeneze.

Jak již bylo zmíněno výše, jedním z klíčových principů bioenergetiky je pojetí motorických polí, a dále „tvarové držení těla“ - koncept blízký konceptu Kelemanovu. Podstatný je zde především názor, že zdravým vztahem k tělesnému tvaru docílíme, když „... pohyb plyne z vnitřní touhy.“ (Boadella, 2009, s. 65). V biosyntéze je úkolem terapeuta zájem o následování a podporu spontánních pohybů klienta – vnímání blokáží jako obvyklých pohybových postojů a pohybových tendencí jako začátků vzorce pohybu (např. „zvednutá ramena se chystají k uvolnění“). Motorickými poli jsou myšlena „pole síly“, která působí na embryonální tkáň tak, že ji ohýbají, tahají, tlačí atp. do požadovaného tvaru. Tyto vzorce reprezentují hlavní pohybové sekvence, jež jsou podstatné v životě každého člověka a projevují se jako tzv. **devět motorických polí**: pole flexe, pole extenze, trakční pole, pole opozice, pole rotace, pole kanalizace, pole aktivace, pole absorpce a pole pulzace (Boadella, 2000, 2009). Každé z těchto polí nese specifický vzorec vyjádření **latentní intencionality**, jsou základem afekto-motorických schémat; podrobněji se budu Boadellově konceptu motorických polí věnovat ve třetí kapitole v souvislosti s vývojovými pohybovými vzorci vytvořenými B. Bainbridge Cohen, jež byly vytvořeny na podobném principu a jejichž základem, stejně jako u Boadelly, je studium embryologie.

Ještě k biosyntetickému pohledu na intencionalitu: vnímá ji jako schopnost vztahovat se k objektům nebo situacím (ať již reálným či nereálným) a považuje ji za základ vědomí s tím, že akt intencionality „zásobuje“ vědomí obsahem. Stavý myslí, jako touha, očekávání, naděje, důvěra atd. znázorňují komponenty tzv. intencionální sítě, skrze niž se odehrává interakce systému (jedince) se světem (Corrêa a Frankel, 2009). Citovaní autoři předpokládají rovněž, že intencionalitou je vybaven jakýkoli živý systém – od buňky po lidskou bytost. Zároveň také předpokládají, že existuje kolektivní či „sdílená intencionalita“, jež udržuje individua organizována do společenství, příp. ekosystémů.

### **1.2.3. Pesso-Boyden System Psychomotor**

Zakladateli tohoto směru jsou manželé Albert Pesso a Diana Boyden. Původně svou profesí tanečníci, choreografové a taneční pedagogové na základě své vlastní zkušenosti s tancem, pohybem a v těle zakotveným prožíváním ve vztahu k možnostem sebeuvědomění a sebevyjádření vyvinuli terapeutický směr s názvem Pesso-Boyden System Psychomotor (dále PBSP). Tato psychoterapeutická modalita implicitně obsahuje prvky a principy Reichovy bioenergetiky, nicméně vznikla jako směr původní, v roce 1961 v USA. Christinou Caldwell, psychologkou zabývající se moderními na tělo orientovanými přístupy, je tento směr označován jako náležející k tzv. „druhé generaci systémů somatické psychologie“ (Caldwell, 1997).

Pole tohoto směru je neuvěřitelně bohaté, živé a stále se vyvíjející – zásluhou tvůrců samotných, ale i jejich následovníků ve Spojených státech i v Evropě. Není možné v rámci této práce učinit více než přiblížit několik jeho klíčových principů, jež jej řadí k soudobým na tělo orientovaným směrům, a zároveň zmínit předpoklady, jež můžeme dále nalézt v implicitní či explicitní podobě v psychoterapeutické aplikaci přístupu Body-Mind Centering. Předně se jedná o důraz na ranou zkušenost – a to nikoli pouze na perinatální a raně postnatální, ale již na prožitkovou dynamiku během intrauterinního vývoje člověka.

PBSP hovoří o tzv. čtyřech vývojových úkolech (Pesso, Boyden-Pesso, Vrtbovská, 2009; Pesso; 1972):

- **integrace polarit** - Pesso zde upozorňuje na nutnost harmonického souladu opozit ve vztahu k celistvému bytí člověka, k možnosti využívat toho, co každý pól v dané dimenzi – aktivita-pasivita, pravá-levá, animus-anima aj. – nabízí bez toho, aby byl nucen jakýkoli projev kterékoli ze svých polarit potlačovat
- dalším úkolem je **rozvinutí vědomí** - což Pesso spojuje se dvěma elementy: být si vědom něčeho a být si vědom významu tohoto – objektu, fenoménu apod.,
- **rozvoj „pilota“** - pilot je metaforou pro koordinační, rozhodovací a řídicí centrum myšlení dospělého člověka, jež je schopen svobodného a vědomého sebeutváření; zahrnuje pocit integrity, vědomí zodpovědnosti za svá rozhodnutí, autonomii, vyspělé sebeřízení a schopnost zpracovat, integrovat a využít informace z různých „kanálů“ osobního bytí: emoce, kognice, senzomotorika,

- poslední vývojový úkol je **rozvoj jedinečnosti** - všichni máme dán smysl naší individuality, vnitřní záměr, jenž nás vede k tomu, že si osvojujeme specifické dovednosti, užíváme svých schopností a vnitřních zdrojů k posunu vpřed, k rozvoji, růstu, seberealizaci. Tato přirozená afinita k uchopení a rozvoji své vlastní jedinečnosti není funkcí nutnou k fyzickému přežití, je ale zásadní v prožívání pocitů naplnění a štěstí, a to zejména v pozdějších fázích života, kdy jako by psycho-socio-biologické funkce směřující k budoucnosti (vzdělání, kariéra, rodina, budování) patřily najednou minulosti a člověk se díval na svůj život z obrácené perspektivy; zde je především důležitá vlastní integrita a rozvinutá identita, o kterou se člověk může opřít vždy – i na prahu stáří.

Všimněme si zde podobnosti s Eriksonovým učením o „osmi věcích člověka“, kdy E. H. Erikson uvádí důležitost úspěšného vyřešení konfliktu „integrita vs. zoufalství“ a upozorňuje na to, jak důležitá je integrita osobnosti a absence strachu ze smrti u starých rodičů a prarodičů důležitá pro to, aby se jejich děti a vnoučata nebály života (Erikson, 2002). Zde zároveň mohu navázat na Pessovo pojetí **rolí** – které se konkrétně v tomto případě srovnávání dvou přístupů přímo nabízí: Albert Pessu tvrdil, že každý člověk přichází na svět s určitým přirozeným očekáváním<sup>4</sup> od důležitých druhých v jeho životě – resp. od toho, jakým způsobem oni budou naplňovat svou roli, již mají vůči dotyčnému. (Zde si všimněme jistého přesahu konceptu „dostatečně dobré matky“ výše zmiňované teorie objektivních vztahů - i S. Aposhyan (2004), jak bude patrné v dalším textu o body-mind psychoterapii, zmiňuje nutnost rozšíření tohoto konceptu prakticky na všechny významné osoby jedincova života.) Pessu tvrdí, že **mezery v rolích** (*holes in roles*), které nastávají, když pečující postavy nereagují na vrozená očekávání dítěte tak, aby byly smysluplně uspokojeny jeho základní potřeby, vedou dítě k tomu, že je začne nevědomě vyplňovat samo – a dochází k tomu, že jedinec sytí potřeby druhých, namísto aby byly saturovány ty jeho. Následkem tohoto je narušen vývoj zdravého ega – k oslabení sebedůvěry a akceptace sebe sama aj. a vnímání jedince je zatíženo tlakem vzpomínky na neuspokojené potřeby. K objevení se mezer v rolích může dojít nejen vlivem **přímé** rané zkušenosti jedince a jeho pečovatelů, ale například i vyslechnutím rodinného či národního-dějinného příběhu, kde se objevuje téma násilí, nespravedlnosti, nebezpečí apod.

4 K podobným závěrům dochází i psycholožka Jean Liedloffová, která ve své knize „Koncept kontinua – hledání ztraceného štěstí pro nás a naše děti“ (Liedloffová, 2007) tvrdí, že každý člověk přichází na svět s přirozenými očekáváním, jež mají svůj genetický původ v prehistorii - tedy zatímco vnější svět se od té doby zejména vlivem technického pokroku změnil k nepoznání, naše tělo a „primární tělesné já“ se rodí do tohoto světa nepřipraveno např. na samotu, fyzické oddělení od matky po porodu, život v nukleární rodině namísto života v rámci kmene či rodu apod.



(Pesso, Boyden-Pesso, Vrtbovská, 2009).

Jaké jsou tedy základní potřeby, jak je formuluje PBSP? V první řadě je nutno říci, že A. Pesso vycházel při výčtu těchto potřeb z přirozené funkce dělohy, která zárodek, později embryo či rostoucí plod v první řadě ochraňuje před vnějšími vlivy, vyživuje, poskytuje mu přesně určené místo v čase a prostoru, čímž plod ohraničuje, a taktéž jej podpírá, tj. eliminuje do určité míry vliv gravitace na rostoucí dítě.

Z tohoto tedy vzniklo pojetí **pěti základních potřeb** (Pesso, 1972; Pesso, Boyden-Pesso, Vrtbovská, 2009; Lucká; Koblíček, 2003a, 2003b, 2004a, 2004b, 2004c): ochrany (bezpečí), výživy (sycení, péče), místa, limitu (mezí) a podpory. Tyto potřeby jsou naplňovány doslova (sycení a krmení, chování v náručí apod.), v symbolické rovině (rodiče mají místo pro své dítě „ve svém srdci“ ještě dříve, než jej počnou, podporují jeho snahy, definují mu meze a hranice – verbálně i neverbálně aj.), a dále pak ve fázi dosažení autonomie, kdy je internalizována péče rodičů, je dítě/jedinec schopen naplňovat své potřeby samostatně (sebeochrana, sebedopora a sebepečení, sycení prostřednictvím vlastních aktivit, zná svá omezení a umí žít v daných limitech a akceptovat je, má místo ve svém těle a své mysli).

Co je ještě nutno zmínit, je „energetický koncept“ PBSP – kdy rozlišuje dvě základní energie: moc tvořit (primárně sexualita) a moc ničit (primárně agrese) – tento koncept je nikoli nepodobný Freudovu pojetí základních hybných sil osobnosti Eróta a Thanata, PBSP jej však ještě rozvíjí do podoby interakčního cyklu setkávání **tvaru a protitvaru**, a to následovně: energie manifestována potřebou (tj. tvar) je vyjádřena akcí (chováním), v interakci (spojení a kooperace s druhým), která je protitvarem manifestované potřeby, a následně je cyklus završen zážitkem uspokojení, jež nese význam a pocit smysluplnosti tvaru, protitvaru i jedince samotného. Toto smysluplné uspokojení se pak v paměti jedince ukládá jako zážitek dokončení, naplnění, správnosti a rovnováhy (Pesso, Boyden-Pesso, Vrtbovská, 2009).

Terapeutická sezení bývají zpravidla skupinová, formátem práce je tzv. „struktura“ - tedy práce s jedním klientem na jeho korektivním zážitku. Využívá se techniky „hraní rolí“, do nichž vstupují ostatní účastníci skupiny, kteří ztvárňují různé aspekty klientova procesu (např. ideálních postav, skutečných postav z klientovy osobní historie aj.). Role terapeuta spočívá především v tom, že facilituje proces, podporuje klienta a pomáhá vytvářet „bezpečný rituál“, ve kterém klient dostává možnost prožít smysluplnou interakci na symbolické úrovni a uzavřít

tak nedokončené události ve své osobní historii (Pesso, Boyden-Pesso, Vrtbovská, 2009).

PBSP je systém teoreticky velmi vyvážený a rozsáhlý, integruje poznatky klinické psychologie a psychoterapie, jichž jeho tvůrci nabyli převážně při práci s vývojovými deficitem klientů a léčbě traumatu, dále také obsahuje mnoho užitečného k teoriím učení a sociálního učení, taktéž vztahuje svá zjištění k fungování obecných dimenzí psychiky (paměť, motivace, pozornost, vědomí a sebeuvědomování, sebepojetí aj.). V neposlední řadě byly předpoklady a koncepty PBSP v poměrně nedávné době ověřovány i v rámci pilotní studie o vlivu PBSP terapie na neurobiologické změny činnosti mozku prostřednictvím funkční magnetické rezonance – zjistilo se, že při prezentaci podnětů neutrálních nebyl rozdíl ve výsledcích fMR měření před a po terapii v systému PBSP, zatímco při vizuální prezentaci traumatického podnětu byl významný pokles výskytu tzv. „smyčky“ (patologický vzorec přítomný např. u osob s OCD či PTSD) u pacientů po absolvování dvou terapeutických sezení PBSP (Pesso, Boyden-Pesso, Vrtbovská, 2009).

#### **1.2.4. Focusing**

I přesto, že *focusing* sám o sobě není na tělo zaměřeným psychoterapeutickým systémem v pravém slova smyslu, nelze jej při výčtu bodytherapeutických směrů opominout, a to zejména proto, že jeho principy explicitně či implicitně využívá většina na tělo zaměřených psychoterapií, navíc tato technika byla základním nástrojem při vytváření *teorie tělesně zakotveného prožívání*, jež je přiblížena ve druhé kapitole této práce. Tato teorie pomáhá velmi dobře uchopit procesy, jež napomáhají body-mind integraci osobnosti a jejichž vědomé registrování a cílené podporování je v takto orientovaných terapiích klíčové.

Zakladatelem *focusingu* je psychoterapeut a filozof Eugen T. Gendlin, který se v kontextu na osobu zaměřené psychoterapie C. Rogerse<sup>5</sup> zabýval otázkou, proč někteří klienti se v terapii zlepšují rychle, zatímco jiní spíše stagnují. Gendlin (2003) zjistil, že osoby, jež jsou více zaměřeny do svého těla a nehodnotícím způsobem pozorují a registrují své vnitřní aktuálně probíhající procesy, měly z terapeutických sezení největší užitek. Ukázalo se, že není tak důležité, o čem klient hovoří, ale **jak se vztahuje ke svému prožívání**, resp. zda a jak využívá svou schopnost prožívat **vědomě**. Vyvinul tedy techniku práce s tělesnými pocity, při které dochází pouhým utříděním, nemanipulativním pozorováním a nasloucháním svým aktuálním tělesným stavům a pocitům k vynořování metafor, symbolů a asociací. Toto

---

5 E. Gendlin byl Rogersův žák a spolupracovník, v 60. letech 20. století vedl výzkum účinků psychoterapie (Šiffelová, 2010).

nehodnotící vnímavé pozorování vede k zážitku, jež pojmenoval „cítěný smysl“ (*felt sense*), resp. **tělesně pociťovaný smysl** (*bodily felt sense*). Tento zážitek či stav myslí, je jakýmsi **tělesným uvědoměním** si sebe sama, vlastní celistvosti, ukotvení a smyslu v kontextu okolních událostí a vztahů. Zážitek „cítěného smyslu“, kdy se původně neurčitý pocit či stav proměňuje a konkretizuje, až nakonec dojde k úplné rezonanci symbolu s tělesným pocitem, dále vede k tzv. prožívanému posunu (*felt shift*)<sup>6</sup>. Při tomto prožitku dochází k obohacení identity o přítomné (původně neuvědomované) vnitřní zdroje a kvality, jejichž přijetím se klientovi otevírají další cesty a způsoby kreativnějšího nakládání s realitou a sebou samým, jsou vytvořeny nové způsoby jednání, je nastoleno volné plynoucí prožívání doprovázené jednáním, jež může být opět ověřováno pomocí tělesně zakotveného prožívání (Hájek, 2002).

*Focusing* se používá jednak jako intervence v rámci jiných terapií, popř. jako nástroj psychohygieny či seberozvojová technika praktikovatelná v běžném životě (mimo terapeutický kontext). Šiffelová (2010) nicméně udává i současné využití *focusingu* jako samostatné terapie (terapie zaměřená na *focusing*).

Na *focusing* E. T. Gendlina navázali později dva jezuitští kněží P. Campbell a E. McMahon, kteří jeho přístup dále rozvíjeli v tzv. *biospiritualitu*. Technika *focusingu* dle jejich názoru napomáhá člověku jeho sebeuvědomění transcendovat za obvyklé hranice lidské zkušenosti a pociťovat tak ještě silnější ukotvení v širších souvislostech v rámci celkové existence. Ve své publikaci „*BioSpirituality: Focusing As a Way to Grow*“ (Campbell, McMahon, 1997) zmiňují zejména použití techniky *focusingu* při nalézání sebeukotvení a posílení vlastní celistvosti v krizových a mezních situacích, v práci se ztrátou a zármutkem či v exploraci vztahu člověka ke smrti.

(Šiffelová, 2010) uvádí, že Gendlinova zjištění vedly např. C. Rogerse k tomu, že předefinoval své pojetí člověka, o kterém začal uvažovat jako o „prožívajícím procesu“. Takovéto nazírání na osobnost je velmi podobné terapeutickým směrům založeným na kultivaci nehodnotící a akceptující **všímavosti** (*mindfulness*), o nichž se zmíním ve druhé kapitole, která pojednává o **teorii tělesně zakotveného prožívání**. Zajímavým přístupem těchto směrů explicitně pracujícími s všímavostí je právě jejich **dynamické pojetí identity**.

---

6 K. Hájek původní pojem „*felt shift*“ převádí do češtiny jako „prožívaný posun“, zatímco Šiffelová (2010) používá doslovný překlad „pociťovaný posun“. V této práci používám pojem Hájkův.

## **2. Tělesně zakotvené prožívání a tělesné sebeuvědomování**

Než přistoupím k vymezení teoretického rámce a popisu psychoterapeutické aplikace přístupu Body-Mind Centering, považuji za důležité se na tomto místě stručně zmínit o teorii tělesně zakotveného prožívání a vztahu tohoto typu prožívání k uvědomování těla a vytváření celkového sebepojetí.

### **2.1. Teorie tělesně zakotveného prožívání**

Tato teorie, jejímž autorem je K. Hájek (Hájek, 2002) se snaží poukázat na jednoduché zákonitosti toho, co se odehrává ve vztahu mysli a těla. Teorie byla vytvářena procedurami a technikami tzv. zakotvené teorie (*grounded theory*), tzn. kategorie této teorie jsou v přímém vztahu s pozorovatelnými jevy na úrovni těla a mysli. Cílem této teorie je jednak definovat jednotlivé procesy a dále zejména vysledovat, jak tyto jevy souvisí s terapeutickou změnou.

Základní definice tělesně zakotveného prožívání zní (Hájek, 2002, s. 82): „**Tělesně zakotvené prožívání ... definujeme jako procesy mysli a těla svým významem odpovídající významům, jež nese pocit'ování.**“

Zásadní pojmy uvedené v definici objasňuje její autor následovně:

Pojem **tělo** zde Hájek užívá nikoli ve smyslu organismu, ale jako „kontinuitu všech prožitků“ (Hájek, 2002, s. 82) - tedy tělo fenomenologické, tělo jako místo vnímání a prožívání různých životních situací a kontextů, tělo je zároveň zdrojem poznávání a spontánního jednání.

Pojem **mysl** je zde „organickým celkem všech netělesných stavů“ (Hájek, 2002, s. 83), jež jsou zároveň strukturou, procesem i funkcí – mysl je zde v podstatě ekvivalentem pojmu psychika.

**Prožíváním** se rozumí „proces interakce mysli a pocit'ování“ (Hájek, 2002, 83).

**Pocit'ováním** je jakýkoli tělesný proces, jež je možno zaregistrovat vědomím. Pocit'ování se skládá z **pocitů**, tedy tělesných jevů, jež jsou zachytitelné v daný okamžik a odlišitelné jako „oddělený předmět introspekce“ (Hájek, 2002, s. 83), vycházejí přitom ze zjištění, že vnímat naplno je možno vždy jen jeden konkrétní pocit.

**Prožívaným významem** je význam pocitu, jež odpovídá prožívání vnitřní nebo vnější situace. Tento pojem zároveň odpovídá původnímu Gendlinově pojmu *felt sense* a při velké míře zakotvenosti tělesného prožívání dochází k tzv. prožívanému posunu – pův. *felt shift*. Prožívaný význam je dán souhrou jevů a procesů v těle i mysli – a základním principem tělesně zakotveného prožívání je **přesné vystižení významu pocitů v obsazích mysli** (Hájek, 2002; Gendlin, 2003).

Prožívaný posun není jediným ziskem tělesně zakotveného prožívání, Hájek (2002) dále definuje i další přínosy jež takto vedený proces introspekce má:

Především je to samotná **všímavost** (*mindfulness*), jež je charakterizována odstupem od prožitků a sama tato schopnost či funkce mysli může přinést emoční úlevu.

Tradičně je všímavost pojímána jako „**koordinující schopnost mysli ..., umožňující neselektivně zaznamenávat skutečně probíhající procesy**“ (Hytych, 2010, s. 585). Na zmíněnou všímavost můžeme také pohlížet jako na **stav vědomí**, jež zahrnuje pozornost a uvědomování si přítomného okamžiku a je charakteristické pro každého člověka s tím, že se vyznačuje značnou variabilitou sahající od plného a holistického uvědomování si skutečnosti k habituálnímu a zautomatizovanému vnímání (zde spíše vlivem snížení plné všímavosti dochází přímo ke „změně kvality“ a uvědomování přechází v myšlení) a konání (Brown & Ryan, 2003). Nebo jako na psychickou **dispozici** (tedy vrozené nastavení psychiky všímat si jevů v běžném životě), **schopnost** či **dovednost**, popř. **psychický rys** – tedy relativně stálou vlastnost či součást struktury osobnosti, jež se vlivem vnějších situačních i vnitřních dispozičních proměnných aktualizuje a získává svou dynamiku (Nakonečný, 1998; Mikšík 2001). Někteří autoři pojímají všímavost i jako **kognitivní styl** (Sternberg, 2009) – tedy to, co umožňuje naší osobnosti provázat aktuálně probíhající realitu s našimi kognitivními procesy. **Procesuální** aspekt všímavosti je taktéž neopominutelný. Ukazuje se, že studium konkrétních postupů, jakými dochází k oddělení vjemu od vlastní interpretace, tedy k přímému vnímání skutečnosti nezávisle na tzv. „narativním self“ je velmi přínosným pro hledání účinnějších léčebných metod i vzdělávacích strategií. Williams (2010) dokumentuje řadu provedených výzkumů na tomto poli, jež se týkaly např. souvislosti všímavosti a reakce na bolest, zpracovávání afektivních stimulů, změnám v mozkové struktuře a zvyšování kapacity tzv. „pracovní paměti“ a dále schopnosti probandů hovořit o minulých krizových situacích, aniž by byli minulými těžkými zážitky zahlceni a retraumatizováni. Na tento aspekt všímavosti upozorňuje také autorka body-mind psychoterapie S. Aposhyan (2004), kdy uvádí tzv.

techniku „titrace“ při práci s traumatizovanými klienty. Technika titrace umožňuje uchopit co nejdrobnější emocionální podnět a vyvolat jen lehkou, nezahlcující psychickou aktivaci související s náročnou životní situací. Takto uchopený aspekt traumatu je **zvladatelný**, pozorovatelný nehodnotící všímavostí a je opozitem k abreaktivnímu znovuprožívání, jež může být pro klienta retraumatizující a bez pozitivního výsledku.

Z výše uvedeného vyplývá, že již sám fakt, že obsahy myšlenek, jež jsou nějakým způsobem „emočně nabity“, nejsou tím, s čím se daná osoba identifikuje, dává možnost odstupu, čímž je možno se vyhnout zaplavení nepříjemnými pocity a získat rozšíření kapacity pro řešení výzvy či problému.

Díky odstupu je dále možno rozvinout vhled do prožívané skutečnosti, zaznamenání existence a podmíněnosti jevů, porozumění smyslu a dále získání schopnosti rozlišit proces tělesně zakotveného prožívání od procesů jiných (zejména vytváření významů racionalitou).

Hájek (2002) dále definuje procesy, jež mohou tělesně zakotvené prožívání narušit. Jsou to: vliv celkového stavu osoby (např. zvýšená úroveň emoční aktivity), rušivé vlivy okolí (teplota, hluk, osvětlení, přítomné osoby, apod.), rušivé vlivy z těla (příznaky onemocnění – bolest, dechové potíže apod.), rušivé vlivy z mysli (nízká úroveň všímavosti, vnášení struktur, konceptů a interpretací, očekávání, obavy a přání, snaha ovlivnit spontánní procesy aj.)

Tělesně zakotvené prožívání, vnímáno z pohledu paradigmatu „**prožívání – vědění – jednání**“ (resp. emoce – kognice – konace), se – zcela samozřejmě – nachází v dimenzi označené jako prožívání, nicméně je to právě tato kvalita prožívání, tedy **míra jeho tělesné zakotvenosti**, jež má přímý vliv na kvalitu vědění i jednání, tedy na kognitivní i konativní složku osobnosti (Hájek, 2002). Tedy se může stát, že při nedostatečné zakotvenosti svého prožívání může osoba vytvářet takové aktivity, jež nevedou k jejímu štěstí, zdravému životu a naplnění, naopak mohou vést k zásadním chybám, kdy jednání člověka směřuje k sebedestrukci či rozvoji patologie. Naproti tomu při synchronizaci procesů těla i mysli může dojít k záměrné aktivitě osoby, jež si je vědoma cílů i důsledků svého jednání.

Hájek využívá právě triadického konceptu osoby v popisu vzniku patologie – kdy na příkladu rozvoje úzkostí a fobií dokládá, že teorie tělesně zakotveného prožívání může být užitečná pro identifikaci možných „exitů“, tedy míst, kde je možno zvýšením míry tělesné zakotvenosti prožívání přetnout bludný kruh: „*bezmyšlenkovitá reakce, šok, hrůzné představy - touha vyhnout se ohrožení a nepříjemným pocitům - rozvoj krize, vznik fobie a úzkostnosti - snižování míry podnětu (ignorance tělesného stavu) - situace ohrožení - nepříjemný tělesný*

*pocit (jež vede opět k šoku, bezmyšlenkovitým reakcím aj.)*“. Tento kruh fobie a úzkostné stavy jen posiluje, pod vlivem strachu z nepříjemných tělesných stavů a pocitů osoba snižuje míru zakotvenosti svého prožívání v těle, čímž se připravuje o důležité signály, které by jí usnadnily adaptaci a pomohly obnovit volný tok prožívání (Hájek, 2002). Exitem zde je buď sám nepříjemný pocit – za předpokladu, že se mu věnuje všímavá nehodnotící pozornost, druhým exitem může být psychoterapie či psychohygienu, jež taktéž může vést k obnovení plynutí prožívání.

Opačným procesem k výše uvedenému je pak tzv. emancipační růst osoby – tedy růst praktického vědění o vlastním prožívání, jež vede k rozvoji moudrosti. Tento proces emancipačního růstu se dle Hájka (2002) odehrává ve čtyřech krocích: a) všímavost k tělesné oblasti, b) rozvoj tělesně zakotveného prožívání, c) propracovávání smyslu v různých úrovních vědění, d) posun prožívání a nové alternativy jednání.

K. Hájek při konstruování teorie tělesně zakotveného prožívání vycházel jednak z Gendlinova focusingu a dále také z psychoterapií založených na konceptu „všímavosti“ (mindfulness)<sup>7</sup> – tedy „Satiterapie“ a systém abiddhamma, v nichž terapeut svými instrukcemi rozvíjí schopnost všímavé přítomnosti u klienta tím, že směřuje jeho pozornost k aktuálně probíhajícímu přítomnému okamžiku a k jeho plnému prožití, snaží se zvýšením nehodnotící všímavosti a redukováním selektivní pozornosti a habituálního myšlení a jednání podpořit klientovu schopnost sebeřízení a nalezení tělesně zakotvené moudrosti (Frýba, 1995; Hájek, 2007). Využití těchto technik a konceptů poskytlo obsahový materiál pro vytvoření této teorie.

V souvislosti s hlavním tématem této práce musím uvést, že teorie tělesně zakotveného prožívání je v této práci významnou oporou při uchopení podstaty terapeutického procesu a terapeutické změny v přístupu Body-Mind Centering i ostatních na tělo zaměřených terapeutických modalitách. Terapeutickou změnu zde zajišťuje zejména posun od myšlení a naučených významů či interpretací k vnímání skutečných pocitů a aktuálně probíhajících tělesných stavů směrem k uchopení významů, jež jsou „v těle ukotveny“ a tedy skutečně prožívány. Důležitým prvkem změny se tedy ukazuje kotvení mysli v těle a v právě probíhajícím okamžiku.

Ještě dodám, že podobně, jako K. Hájek postupoval i R. Stelter ve své studii nazvané „The

---

<sup>7</sup> K těmto psychoterapeutickým modalitám náleží také „Metoda redukce stresu založená na všímavosti“ (MBSR), dále „Na všímavosti založená kognitivní terapie“ (MBCT), „Dialekticko-behaviorální terapie“ (DBT) a „Terapie přijetím a odevzdáním“ (ACT). Tyto přístupy jsou označovány jako tzv. „třetí vlna KBT“ (Hytych, 2010).

transformation of body experience into language.“ (Stelter, 2000), kdy vycházel z konceptu prožívání těla jako „centrálního referenčního bodu“ (Merleau-Ponty, 1962; in Stelter 2000), opíral se také o Gendlinovu techniku *focusing* a zkoumal tělesně zakotvenou narativitu a vnímanou sebeúčinnost (*self-efficacy*) u aktivních sportovců.

## 2.2. Vztah tělesně zakotveného prožívání, tělesného sebeuvědomění a sebepojetí

Předchozí oddíl pojednává o tělesně zakotveném prožívání, v oddíle tomto bych ráda uvedla do vzájemného vztahu pojmy „tělesně zakotvené prožívání“, „sebeuvědomění“ a „tělesné sebeuvědomění“ a „sebepojetí“. Na tomto místě musím zároveň uvést, že mezi odborníky zabývajícími se vnímáním těla a tělesným sebeuvědomováním panuje jistý rozpor v pojmech, jimiž je tento jev či proces nazýván. Většinou je tělesné cití a vnímání a jeho vědomá registrace psychikou nazývána tělesným uvědoměním či uvědomováním (*body awareness*), nicméně soudobé holistické a humanistické přístupy hovoří o tělesném sebeuvědomění či sebeuvědomování (*bodily self-awareness*). Argumentují tím, že tělo je významným a nepopíratelným aspektem každého jedince a pojem tělesné sebeuvědomění lépe vystihuje člověka v jeho celistvosti a tělo je zde **subjektem**, zatímco pojem tělesné uvědomění, či pozornost zaměřená do těla redukuje tělo na objekt (Anderson, 2006; Mehling, Gopisetty, Daubenmier et al., 2009).

Při hledání vzájemného vztahu tělesně zakotveného prožívání a tělesného sebeuvědomění začněme nejprve konstruktem **sebepojetí**:

M. Blatný a A. Plháková (2003) uvažují o **sebepojetí** jako o **produktu procesu sebeuvědomění** člověka. Funkcí tohoto produktu je psychická regulace chování, a kromě sebeuvědomování je formováno dalšími rozličnými procesy (intra- a interpersonálními). W. James (1890, 1892; in Blatný, Plháková, 2003) rozlišil základní dva aspekty sebepojetí, resp. „Já“: Já jako subjekt duševní činnosti a Já jako objekt, tedy *poznávané* a *poznávající* Já. Zároveň definoval sebepojetí jako „... sumu všeho, co člověk může nazvat svým vlastním“ (James, 1890, 1892; in Blatný, Plháková, 2003, s. 95). Tento celek dále rozdělil na aspekty materiální, sociální a duchovní. Materiální Já pak zahrnuje jednak představu vlastního těla, za druhé majetek a osobní věci, jež daná osoba považuje za své. Zároveň James předpokládal jisté hierarchické uspořádání těchto složek, přičemž **materiální Já vnímal jako bázi** pro Já sociální i duchovní. Zde se odráží podobný pohled jako u Merleau-Pontyho, jež přímo



vyjádřil – již výše uvedenou myšlenku – těla a tělesného prožívání jako **centrálního referenčního bodu** osobnosti – ovšem zahrnutí majetku a osobních věcí do materiálního Já by naopak bylo s Merleau-Pontyho myšlenkou v rozporu. Symboličtí interakcionisté považovali Já za sociální konstrukt, jež vzniká v průběhu symbolických – zejména jazykových – sociálních výměn. V současné době se na sebepojetí pohlíží jako na **multifacetové, hierarchicky strukturované a dynamické** – opouští se tedy dříve vžitý koncept sebepojetí jako globální a celistvé představy sebe. Nicméně ani tato multifacetovost či dynamika nevyklučuje existenci obecných vztahů k sobě založených na globálním sebehodnocení či sebeúctě (Blatný, Plháková, 2003). Jednou ze složek sebepojetí je i sebepojetí tělesné – za základní jeho aspekty je považováno zdraví, tělesný vzhled a tělesná zdatnost. O tělesném sebepojetí se hovoří jako o body-image (Fialová, 2001).

Přikročíme-li nyní k definování sebeuvědomění, můžeme využít opět triadický koncept osobnosti (emoce, kognice, konace) – zde pak můžeme přistupovat k sebeuvědomění jako k tomu, co můžeme **prožívat**, dále k tomu, co můžeme **poznávat**, a také k tomu, co můžeme **vytvářet, vykonávat** či **regulovat**. Tento regulativní aspekt sebeuvědomování se zároveň vztahuje k tomu, do jaké míry budeme sebe-prožívat či sebe-poznávat a zahrnuje taktéž metakognitivní procesy – tedy „uvědomování si sebe jako sebeuvědomujícího subjektu“. Aposhyan (2004) také zmiňuje časový aspekt sebeuvědomění (momentální a probíhající), a dále podotýká, že hloubka a kontinuita sebeuvědomění hraje důležitou roli v hloubce a kvalitě intra- i interpersonálních výměn. Některé teorie sebeuvědomění upozorňují na to, že sebeuvědomování je prostředkem sebemonitorování (Snyder, 1974, 1987; in Blatný, Plháková, 2003) – tedy pozorování vlastního chování, taktéž prostředkem evaluace a komparace našeho současného chování s našimi vnitřními standardy a hodnotami. Zvýšení sebeuvědomění zároveň může vést ke zintenzivnění emocionálních stavů, hraje tedy velkou roli to, zda je toto sebeuvědomování založeno na pozitivním či negativním sebepojetí či jádrovém přesvědčení o sobě samém (Blatný, Plháková, 2003; Praško, Možný, Šlepecký et al. 2007).

Sebeuvědomění je tedy schopnost introspekce a rozlišení sebe sama jako individua existujícího odděleně od svého okolního prostředí (včetně prostředí sociálního).

Tělesně zakotvené prožívání bylo v předchozím oddílu definováno jako „procesy mysli a těla svým významem odpovídající významům, jež nese pociťování“ (Hájek, 2002, s. 82).

Jaký je tedy vztah tělesně zakotveného prožívání, (tělesného) sebeuvědomění a sebepojetí?

S ohledem na výše uvedené, můžeme uvažovat o tomto vztahu následovně: Tělesně zakotvené prožívání je procesem vedoucím k rozšíření kapacity vědomí a sebeuvědomování (včetně uvědomění si sebe sama jako tělesné bytosti), jež ve svém důsledku ovlivňuje sebepojetí ve všech jeho dimenzích. V triadickém pojetí osoby zaujímá tělesně zakotvené prožívání místo ve složce prožívání, zatímco sebeuvědomování v ideálním případě zahrnuje složky všechny, sebepojetí pak je jakousi „integrující instancí“ celého tohoto procesu.

V souvislosti s bohatstvím uvědomovaných procesů dochází k rozvoji (kognitivní) komplexity Já. Nízká komplexita Já souvisí s reaktivními vzorci chování (intenzivními emočními odezvami na situační podněty, nízkou mírou kontroly nad situací i vlastním prožíváním), zatímco vysoká komplexita Já působí umožňuje vyšší schopnost adaptace na zátěž a brání rozvoji patologie (Blatný, Plháková, 2003).

### 3. Body-Mind Centering

#### 3.1. Úvod do BMC přístupu a jeho základní charakteristiky

V předchozí kapitole jsem diskutovala vztah sebepojetí, sebeuvědomování a tělesně zakotveného prožívání, ze kterého vyplývá, že vědomě i nevědomě prožívaná tělesná zkušenost je základem formování sebepojetí (*self-concept*). Taktéž psychoterapeutické přístupy zaměřené na tělo, jež byly stručně charakterizovány v kapitole první, považují za základ lidské existence vztah mezi tělesnou zkušeností a self. Tělesná zkušenost je jakýmsi „zdrojem informací“ - tyto informace je však velmi obtížné uchopit vědecky či prostřednictvím jazyka vůbec. Tělesné zážitky a zkušenosti jsou založeny na vnitřních tělesných počitcích či složitějších vjemych jak souborech somestetických počitků (Schiffman, 1990), jež se často objevují ve vědomí jako metafory (obrazy, komentáře), pociťovaný smysl a v těle uložený význam. Pravděpodobně je to právě metafora, imaginace a kreativní procesy, meditace či meditace v pohybu, jež mohou být tolik nápomocny při jakémsi „přemostění“ či transformaci tělesné zkušenosti do sféry jazyka a vyjádřeny či sdíleny symbolicky. Ovšem tak, jako mapa není krajinou, není ani slovo (symbol) věcí či jevem, jež znázorňuje. Taktéž „vnitřní krajina našeho těla“, je-li uchopována a sdílena symbolicky (terapeutickým rozhovorem), je již tímto verbálním sdílením poněkud redukována. Přirozeně je tato naše vnitřní krajina sama přímou a nezastoupenou realitou – a tato realita může být komunikována přímo, neverbálně, bez použití symbolů. Symbolem zde může být i pantomimické gesto – všimněme si rozdílu mezi autentickým vyjádřením emoce či stavu (např. radost, jež je prožívána, ale exprese se zde objevuje bez vědomého záměru komunikovat) a jejich symbolickým „popisným“ znázorněním – posunkem, gestem apod. Uvědomíme si, že komunikující je zde tak srozumitelný a kvalita (zřetelnost, jednoznačnost, autenticita apod.) jeho sdělení stoupá s tím, jak přesně dokáže zasáhnout **rozhraní mezi symbolem a reálným, autentickým prožíváním**. Jak schopný je zacentrovat svou mysl na vlastní prožívání, ale zároveň komunikovat skrze symbol. (Tento princip se objevuje například v moderních tancích výrazového tance či japonském umění butó, stejně jako v tanečně pohybových terapiích či body-mind psychoterapii.) Dle mého názoru body-mind terapeut využívá právě tohoto **prožitkově-komunikačního rozhraní**: vnímá a prožívá vlastní ztělesnění (*embodiment*), a zároveň je schopen využívat symbolických funkcí své psychiky k tomu, aby verbálně facilitoval proces či podpořil klientovo sdílení. Taktéž vyjadřuje či odezírá v daný

moment probíhající neverbální realitu procesu – zde pak používá tradičních technik zrcadlení, interpretace formou nabídky, vyjasňování, validace klienta apod. k podpoře klientova vlastního procesu vědomého ztělesňování (tak jak jsou uvedeny dále, v části 3.2. této kapitoly).

V přístupu Body-Mind Centering je využíváno zejména pohybu vyvolávaného koncentrací na vnitřní intenci, popř. řízeného imaginací, a dále doteku k tomu, aby bylo možno uchopit aktuální stav klienta či pacienta a identifikovat v souvislosti s tělesným „tvarem“ či charakterem pohybu jeho psychické procesy. Klient je veden k soustředění se na tělesné prožívání během nácviku určitých pohybů, jež souvisejí se základními pohybovými vzorci, formulovanými přístupem BMC. Vzorcem se zde rozumí jakási „šablona“, podle níž se odehrává jednak vývoj fyzický, resp. motorický, jednak psychický, jež je s tímto fyzickým vývojem spojen skrze tzv. energetické rozhraní. Podobně jako v konceptu motorických polí D. Boadelly biosyntetickém přístupu.

V této části bych ráda podrobněji přiblížila Boadellův koncept motorických polí a vývojových pohybových vzorců B. Bainbridge Cohen a srovnala oba tyto přístupy. Domnívám se, že toto srovnání by mohlo napomoci komplexnějšímu zachycení toho, jakým způsobem je možno vnímat vztah pohybu a prožívání v psychoterapiích zaměřených na tělo.

Předně: D. Boadella i B. Bainbridge Cohen pracují s energetickým konceptem a tzv. „vtělenou intencionalitou“, oba vycházejí z poznatků moderní embryologie, jež se mimo jiné zabývá dynamikou pohybu rychle rostoucí embryonální tkáň, jež vede např. k tzv. „ohýbání embrya“ aj. Boadella při tomto vychází z německého embryologa E. Blechschmidta, jež vyvinul koncept embryodynamických polí, která působí na vyvíjející se tkáň a formují ji tak do tvaru lidského těla (Boadella, 2000; Boadella, 2009). B. Bainbridge Cohen naproti tomu formuluje osm základních pohybových vzorců, jež jistým způsobem tato pole zaplňují a využívají jejich energetický či výživový potenciál (Cohen, 1993; Tarlow Morgan, 2011). Vtělenou intencionalitou rozumí oba směry (BMC i biosyntéza) tendenci k pohybu, jež je vyvolána vnitřním záměrem.

Stručně o Boadellově konceptu motorických polí (Boadella, 2000; Boadella, 2009):

– pole flexe – vyjádřeno je např. fetální pozicí; slouží pro sebevýživu, sebeochranu, usebrání. Je to pole, jež člověk využívá v situacích, kdy chce energii „sbírat“ spíše než vydávat. Extrémní následování této tendence a nevyužití potenciálu jiných polí je

charakteristické pro depresi či beznaděj, strach a úzkost. Naproti tomu vyhýbání se tomuto poli může být známkou popírání strachu či zbytnění charakteru ve snaze vyhnout se kolapsu.

– pole extenze – je protikladem k ohýbání, flexi. První významnou extenzí je v Boadellově systému porod. V terapii je toto pole využíváno zejména pro vyjádření emoce, vznikající tlakem, jemuž se klient snaží odolávat. Pole extenze zahrnuje pohyby jako silné roztažení se do prostoru (pocit svobody a síly), natažení se za něčím a otvírání se (tedy vědomé jemné a citlivé „ohledávání“ prostoru kolem těla).

– pole trakce – představuje tah, objevuje se především jako úchopový reflex. Boadella rozlišuje aktivní a pasivní trakční pole (tedy trakci spojenou s flexí nebo trakci spojenou s extenzí). Trakční pole se využívá terapeuticky v práci se zážitky bezmoci a kolapsu a jako povzbuzení k opuštění stavů deprese. Chabé využívání tohoto pole, dle bioenergetických principů vede k depresi a bezmoci.

– pole opozice – je opakem pole trakčního, pohyb stimulovaný tímto polem je tedy tlačení. Nedostatečné využívání tohoto pole vede k úzkosti či je úzkostí způsobováno. Projevuje se jako nedostatek střežení si osobních hranic. Extrémní následování této pohybové tendence se naopak projevuje jako hyperreaktivita a téměř paranoidní strach z manipulace druhými. Boadella udává, že toto pole je také užitečné pro osoby, jež mají zvýšenou potřebu sebezprosazení a nedostává se jim limitující zkušenosti.

– pole rotace – je spojováno přímo s procesem průchodu porodními cestami a s pohybem do všech stran kolem hlavní tělesné osy. Má podobu spirálního vlnění a oscilace. Podpora tohoto pole se využívá v biosyntéze v práci s kompulzivními osobami – s cílem narušit rigidní lineární vzorce.

– pole kanalizace – je to pole přímočarosti a zaměřenosti jednání, jež vychází přímo z centra těla. Vztahuje se k účelu, cíli. Biosyntéza využívá tohoto pole k podpoře osob málo ohraničených a nedostatečně zaměřených s nízkou mírou činit jednoznačná rozhodnutí.

– pole aktivace – pole vitalizační, zahrnuje pohyby těla při chůzi, plavání, tanci aj. nezahrnuje konkrétní plán či směr pohybu, jen neutuchající aktivitu. Pole aktivace je v biosyntéze vnímáno jako nápomocné při práci s depresivními klienty (např. pobídkou ke krátkému rychlému pohybu či gestu). Toto pole zahrnuje zejména rytmické aktivity (skok, tleskání) a reflexy. Boadella podotýká, že „organický rytmus skákání“ je spojen s pocity štěstí.

(Představuje totiž aktivitu, je vyžaduje poměrně složitou koordinaci a vnitřní celistvost. Člověk je při těchto úkonech méně fragmentován a více integrován, tj. více se přibližuje stavům plynutí či proudění – flow.)

– pole absorpce – souvisí s přijímáním, zvýšením vnitřní pozornosti a snížením vnější aktivity. Je protikladem k poli aktivace a podporou pro osoby hyperaktivní. Je zdrojem bytí, nikoli „dělení“. Umožňuje zažít kontakt s vlastní vnitřní realitou, hlubokým niterným životem, jež bývá často zastřen vnější aktivitou.

– pole pulsace – souvisí se základními životními rytmy organismu (puls, rytmus dechu) a vyjadřuje střídání napětí (přijímání) a uvolnění (odevzdávání), otevírání či uzavírání, zadržení emoce či její exprese. Pulsace se vztahuje k ostatním motorickým polím a umožňuje zažívat stavy koordinovanosti. Této koordinace se využívá záměrně jako posily při stavech strachu či slabosti (nádech spojený s extenzí rukou) či při facilitaci exprese (extenze spojená s výdechem).

David Boadella vyjadřuje názor, že pohyb, jež je vykonáván na úrovni fyzické, má svůj odraz v psychice – tedy v prožívání, myšlení, sebepojímání i pohybu člověka v interpersonálních vztazích. To, jak člověk využívá jednotlivá motorická pole, zda některá upřednostňuje a jiná potlačuje, hraje roli ve formování jeho charakteru. Podobně pojímá funkci pohybu a jeho vliv na psychiku (prožívání, poznávání, konkrétní konání – např. při dosahování cílů) i Bonnie Bainbridge Cohen. V jejím přístupu jsou však vyjádřením latentní intencionality nikoli motorická pole, ale vývojové pohybové vzorce. V body-mind psychoterapii, je pak využíváno těchto pohybových vzorců při nácviku tzv. sekvencování (sledování posloupnosti pohybu), a dále pro doplnění motorické aktivity, jež klientovi chybí jako podpora jeho konkrétní psychické akce. V systému vývojových pohybových vzorců platí, že nevyvine-li se předchozí vzorec ve své zdravé podobě či úplnosti, budou se i ostatní vzorce vyvíjet odchýlně.

### **3.1.1. Vývojové pohybové vzorce**

Vývojový proces se v BMC člení na dvě základní kategorie pohybových vzorců – prevertebrální (jsou základem vertebrálních vzorců a **umožňují proces pohybu**) a vertebrální (jsou dalším růstem a vývojem procesu pohybu a dodávají **strukturu** jeho vyjádření). Základními elementy veškerého pohybu jsou reflexy, vzpřimovací reakce a homeostatické odpovědi. Vzájemně se kombinují a vytvářejí tyto základní neurologické vzorce (Cohen,

1993; Hartley, 1995; Aposhyan, 2004; Tarlow Morgan, 2011):

#### Buněčné dýchání:

Buněčné dýchání je prevertebrálním vzorcem, jež tvoří základ pro všechny následující vzorce a posturální tonus. Pohyb vychází z centra (jádra buňky) rovnoměrně do všech směrů. Je procesem expanze a kontrakce a pohybem vlastním každé buňce v těle. Ve fylogenezi je pohybem jednobuněčných živočichů. Kdekoli v těle je blokováno (buněčné) dýchání, budou blokovány i budoucí vzorce, stejně jako omezeno fungování tkání a ztráta jejich vitality. Kdekoli je dýchání uvolněné, další vzorce se vyvinou efektivně a správně.

V průběhu ustanovování pohybového vzorce buněčného dýchání se odehrává „zakořenění“ ve světě přes **vlastní střed**, jádro buňky. Základními kvalitami prožívanými v souvislosti s buněčným dýcháním: vztah ke svému úplnému středu, **jednoduchost**.

#### Pupeční radiace:

Tento – druhý základní – pohybový vzorec je radiálně symetrický. Vzniká ve chvíli, kdy se objeví zárodečný disk. Pupek je zde centrem, skrze který jsou ukotveny končetiny, jež fungují individuálně i ve vztahu k ostatním. Pupeční radiace je vztah a pohyb všech částí skrze pupek. Končetiny, jež nejsou ve vzájemném vztahu skrze pupek, nezaloží efektivní vztahy jedna k druhé v následujících vzorcích; extremity, jež mají jasný vztah mezi sebou budou v tomto pokračovat i nadále. Ve fylogenezi je pupeční radiace podobná pohybu ostnaticů (např. hvězdice), ontogeneticky se vyvíjí, stejně jako ostatní prevertebrální vzorce, v nitroděložním období, kdy se plod vznáší v plodové vodě „ukotvený“ pupeční šňůrou. Primární vjem, který se v tomto stádiu rozvíjí je vnímání pohybu a **vlastní pozice ve vztahu k prostoru**.

Při návratu zpět k tomuto vzorci (pomocí techniky přeměny vzorců – tzv. *re patterningu*, kdy terapeut verbálně či neverbálně stimuluje u klienta daný pohyb podobně, jako v biosyntéze), dochází ke znovuprožití pohybu a vjemů s tímto raným vzorcem souvisejících, čímž je možno dokončit fáze, jež zůstaly nedokončeny v minulosti, popřípadě reintegrovat spojení, jež byla dříve přerušena.

#### Pohyb vedený ústy (*mouthing*):

Tento pohybový vzorec ustanovuje hlavu jako iniciační bod, jež pátrá v okolí a vede pohyb zbytku těla. Skrze tento vzorec vzniká dvoustranná symetrie. Ústa jsou první „končetinou“ (*extremitou*) novorozence, kterou dosahuje, uchopuje a pouští, následuje chuť a volbu. Ústa jsou zde prodloužením žaludku a základní *extremitou* pro přežití. Základním vjemem, který se

v tomto stádiu rozvíjí je **čich a chut'**. Pohyb plodu i novorozence je ve velké míře veden ústy a hlavou. Jelikož jsou ústa první *extremitou* pro hledání, uchopování, držení a pouštění, vzorce jejich pohybu jsou základem pro vzorce vývoje ostatních končetin. Jako je pupeční radiace zakořeněním přes pupek – střed těla, je tento pohybový vzorec zakořeněním přes ústa – a centrum koordinace a kontroly pohybu se tak přesouvá k jednomu konci těla. Psychickou kvalitou, jež bývá často spojována s tímto vzorcem, je senzualita.

#### Prespinální pohyb:

Je měkký sekvenční pohyb flexibilní primitivní „páteře“ vznikající propojením autonomního nervstva míchy a zažívacího traktu. Pohyb má charakter vlny. Je iniciovaný buď zažívacím ústrojím (ústa – řitní otvor) anebo mozkiem a míchou v lebce či páteřním sloupci. Je to jemný, „organický“ vzorec, který předchází a podporuje pevnější vertebrální vzorce, které po něm vývojově následují od chvíle, kdy je původní notochorda (mezi zažívacím traktem a nervstvem míchy) absorbována a nahrazena páteřním sloupcem. Pozůstatky po notochordě se později stanou středy meziobratlových plotének. Základním vjemem rozvinutím v tomto stádiu je **vnitřní zaostření**. Je řízené trávicím systémem a je to základní stav parasympatické části autonomního nervového systému. Když je parasympatikus aktivovaný, krev a pozornost je směřována do trávicích orgánů, což má za následek, že pozornost a energie člověka je nasměřována dovnitř. Na rozdíl od druhé části autonomní nervové soustavy, sympatického systému – když je ten aktivovaný, směřuje krev, a tedy i pozornost do kosterních svalů, což má za následek nasměrování pozornosti a energie ven, do okolního prostředí. U dítěte se v tomto stádiu rozvíjí měkký a postupný pohyb celého těla. Tento měkký, hadovitý pohyb se objevuje jako pokračování kontroly úst a je bází pro integraci pohybu hlavy a páteřního sloupce. Nácvik tohoto vzorce našel uplatnění zejména při podpůrné léčbě úzkostných stavů, kdy se jemnou masáží a následným jemným rotačním pohybem hlavy, krční páteře a trupu dosahuje rozvolňování svalových tkání a prožitku měkkého a „nenásilného“ plynutí v prostoru, se zvyšováním kapacity pro dech a rozpínání svého těla do okolního prostoru.

#### Spinální pohyb:

Je prvním z vertebrálních vzorců pohybu, podobá se pohybu ryby, se kterým fylogeneticky souvisí a směřuje od hlavy ke kostrči nebo naopak. Rozeznáváme dva základní typy tohoto pohybu: **a) spinální odtlačování a uvolnění** (*push and yield pattern*) – jako spinální uvolnění a odtlačení hlavy a spinální uvolnění a odtlačení kostrče, **b) spinální natáhnutí a přitáhnutí** (*reach and pull pattern*) – jako spinální natáhnutí a přitáhnutí - opět hlavy nebo kostrče.



Spinální pohyb je pohybem v horizontální rovině. V procesu ontogeneze představuje vzorec spinálního uvolnění a odtlačení první vzorec, který rozvíjí sílu pro proces narození se a pro život novorozence v prostředí plně působící gravitace. U dítěte se během období v děloze začíná naplno projevovat tento vzorec v posledních měsících před narozením, kdy se prostor dělohy zmenšuje a pohyb je stále více limitován děložní stěnou. Dítě začíná využívat oporu stěny dělohy pro odtlačování a následný pohyb – ve fetální poloze se hlava a celá záda dotýkají stěny dělohy. Tento pohyb rozvíjí sílu dítěte pro porod, kdy se uvolněním tlaku porodních cest přirozeně transformuje na první spinální natáhnutí a přitáhnutí, a tedy na posun vpřed. Po narození se vzorec spinálního uvolnění a odtlačení objevuje ve formě tzv. „novorozeneckého plazení“. Po narození začínají děti překonávat gravitaci malým rotačním pohybem hlavy. Pohyb na této úrovni vede v konečném stádiu k přetočení se ze zad na břicho. Je to první samostatný pohyb v prostoru, který usměrňuje vývoj **vnímání** a **pozornosti**. Jemná komprese, která přechází podél páteře ve vzorci spinálního odtlačování a uvolnění pomáhá prostřednictvím proprioceptivní stimulace založení **vertikální osy těla**. Integrovaná vertikální osa je energetickou základnou pro **vnímání sebe samého**, svého „Jáství“. Spinální natáhnutí a přitáhnutí se, na rozdíl od spinálního uvolnění a odtlačení, nevyvíjí přes kompresi, ale přes prodloužení, spinální odtlačení a uvolnění rozvíjí sílu ve vztahu ke gravitaci. Spinální natáhnutí a přitáhnutí je udržované mj. zrakovými a sluchovými podněty, které přitahují pozornost člověka za hranice jeho osobní kinesféry. Tento pohyb zakládá informaci o tom, „**co nejsem já**“.

#### Homologický pohyb:

Je symetrickým pohybem dvou horních a/nebo dolních končetin simultánně. Tento pohyb se odehrává v sagitální rovině, kdy současně flexujeme nebo extendujeme obě horní anebo dolní končetiny. Při tomto pohybu dochází k rozlišení horní a dolní poloviny těla a využívání jeho sagitální roviny. Je základem pro kvadrupedální polohu. Jeho dva typy jsou – stejně jako u předešlého vzorce: a) homologické uvolňování a odtlačování (horních anebo dolních končetin) a b) homologické natáhnutí a přitáhnutí (horních a dolních končetin).

Homologický vzorec rozvíjí sílu, koordinaci hrubé motoriky, extenzi končetin a páteře a je projevem vnitřní koncentrace. Tento vzorec rozvíjí u člověka pocit vnějšího záměru a lehkosti všech končetin („volné ruce“, svoboda pohybu). Zatímco spinální natáhnutí a přitáhnutí rozšiřuje pozornost za hranice osobního prostoru člověka, homologické natáhnutí a přitáhnutí rozšíří jeho schopnost **záměrné aktivity**.

### Homolaterální pohyb:

Tento vzorec je asymetrickým pohyb horní a dolní končetiny stejným směrem na souhlasné straně těla, který se podobá pohybu ještěrky. Homolaterální pohyb probíhá ve vertikální rovině, je to pohyb, kdy se končetiny na stejné straně těla flexují a extendují naráz, čímž se flexuje nebo extenduje celá dotyčná strana těla. Tento pohyb u člověka zakládá vnímání pravé a levé strany. Ve vývojové řadě se tento pohybový vzorec projevuje jako a) homolaterální uvolnění a odtlačení horní končetiny a b) homolaterální uvolnění a odtlačení dolní končetiny. (Tedy v kefalokaudálním směru.)

### Kontralaterální pohyb:

Je diagonální pohyb jedné horní končetiny spolu s dolní končetinou na opačné straně těla. Je pohybem většiny savců. Zakládá integraci pohybu ve všech třech rovinách (horizontální, sagitální a vertikální) a pohybu po spirále. V tomto pohybu křížíme středovou osu těla a propojujeme obě mozkové hemisféry, které se na pohybu účastní simultánně. Ve vývojové řadě se projevuje jako kontralaterální přitáhnutí a natáhnutí a) horní končetiny, b) dolní končetiny. Tento vzorec vytváří mj. i vnímání prostoru „za sebou“.

Vrátíme-li se ještě ke vztahu páteře a její podpory – nejprve je páteř podpírána horizontálně, tím, jak trup těla leží na podložce, poté je vyzdvižena nad ni a podpírána končetinami. Tak, jak dobře je zajištěna tato podpora, tolik svobody a mobility bude páteř mít. Pokud podpora končetin není dostatečná nebo chybí, páteř bude muset „podpírat sama sebe“ ve vertikální pozici. Tj. rigidním a tenzním držením těla, jež pramení ze zapojování jiných svalových skupin, než je přirozené a zdravé. Končetinám v tomto případě obvykle chybí aktivní přítomnost a živost. Pokud je jejich svalový tonus nízký, ruce, nohy i smysly postrádají aktivní kontakt s okolím. Pozornost se stahuje spíše dovnitř, a namísto, aby byla responzivní k okolním událostem a změnám, je staticky držena kolem nepřiměřeně podporovaného centra.

Vnímáno Boadellovou perspektivou, jednotlivé vývojové pohybové vzorce přístupu BMC jsou v podstatě akcemi, jež jsou stimulovány působením různých motorických polí na vnitřní intencionalitu jedince. Například homologický pohyb je stimulován motorickým polem extenze a kanalizace, spinální pohyb či pohyb vedený ústy polem aktivace a rotace, buněčné dýchání polem absorpce a pulsace.

Tyto motorické vzorce jsou v BMC přístupu vnímány jako účinné aktivity, jež byly evolučním procesem ověřeny jako úspěšná a funkční strategie. Stejně tak, jako na ně navazující vzorce

aktivity psychické. Existující vzájemná provázanost skýtá tedy možnost vzájemné podpory procesů tělesných s procesy psychickými (např. při záměrném a vědomém pohybu těla určitým směrem vzniká i zaměření mysli – tedy dochází ke koncentraci pozornosti, při nácviku pohybu dochází k psychickým procesům zapamatování). Interakce mysli a těla, jež je v teorii tělesně zakotveného prožívání označována jako proces „kmitání“ (Hájek, 2002), je v přístupu Body-Mind Centering či body-mind psychoterapie označována pojmem „balancování“ (či vyvažování – *balancing*) (Cohen, 1993; Hartley, 1995). Odkazuje opět k procesu zachycení a udržení „rozhraní“ mezi vnitřním a vnějším, prožíváním a kognitivními procesy, popř. prožíváním a jednáním.

Zde byly tedy popsány základní principy přístupu Body-Mind Centering tak, jak byly vyjádřeny jeho zakladatelkou Bonnie Bainbridge Cohen a jejími žáky a provedena částečná komparace s konceptem motorických polí D. Boadelly. Následující části této kapitoly budou věnovány hlavnímu tématu práce, tedy využití BMC v psychoterapeutické praxi, jež se týká využití vývojových pohybových vzorců a další principů BMC a body psychoterapeutických technik k dosahování a tréninku tzv. „ztělesnění“ (*embodiment*) resp. tělesného sebeuvědomění, jež je v kontextu tohoto směru vnímáno jako klíčový aspekt nastolení terapeutické změny.

## **3.2. Body-Mind Centering v psychoterapii**

### **3.3.1. Teoretický rámec body-mind psychoterapie**

Body-mind psychoterapie vychází, jak již bylo výše zmíněno, z přístupu Body-Mind Centering, nicméně svou teorii a praxi opírá i o další techniky a přístupy, jež pomáhají integrovat tělo do psychoterapeutické práce. Body-Mind psychoterapie náleží do rodiny přístupů somatické psychologie, resp. body psychoterapie (Aposhyan, 2004, Hartley, 2004).

Body-mind psychoterapii je tedy vlastní „energetické pojetí“ vývoje a fungování člověka – podobně jako u bioenergetiky a biosyntézy, a dále koncept senzomotorického učení či restrukturace minulých prožitků – podobně jako u Pesso-Boyden System Psychomotor či Senzomotorické psychoterapie P. Ogdenové a K. Mintonové (Ogden, Minton, Pain, 2006).

Stojí-li jakýkoli psychologický směr či modalita psychoterapie pouze na fenomenologických základech, jeho vědecká validita se může zdát omezená. Body-mind psychoterapie integruje

tedy obecně platné principy v přístupech k terapeutickému procesu (autenticita terapeuta, zaměření na klienta, jeho akceptace, popř. systemický pohled na životní realitu klienta, vývojové hledisko – zaměření pozornosti na vztahy v primární rodině aj.) se soudobými neuropsychologickými a neurobiologickými teoriemi a poznatky. Autorka směru zmiňuje především A. Damasia a jeho hypotézu somatických markerů, A. Schorea a teorii „interaktivní psychobiologické regulace“ (*interactive psychobiological regulation*) a S. Porgesova s jeho „polyvagální teorií“ (*polyvagal theory*). Taktéž se opírá o poznatky týkající se neuropeptidů (např. substance P, ACTH, oxytocin, vazopresin, STH aj. - tato skupina chemických látek čítá více než 300 dosud identifikovaných neuroaktivních peptidů) jako modulátorů nervové činnosti. Vzhledem k tomu, že se ve vysoké míře vyskytují např. v limbickém systému, hypofýze, hypothalamu, ale i v pankreatu, nadledvinkách a gastrointestinálním traktu, jsou dávány do souvislosti s neuroimunologickými procesy. Je také známo, že jsou modulátory behaviorálních i emočních funkcí organismu – účastní se řízení termoregulace, příjmu potravy, sexuálních aktivit, lokomotoriky, paměti a učení, stresových odpovědí aj. (Švestka, 2002). Z tohoto důvodu se o nich uvažuje jako o „mobilním mozku“ – chemické komunikační síti mezi všemi tělesnými buňkami. Tato chemická komunikace probíhající každým okamžikem je ovlivnitelná jak fyziologicky, tak psychologicky (Aposhyan, 2004).

Zmíněná hypotéza somatických markerů A. Damasia (2000) poukazuje na to, že lidský mozek využívá „útrobní“ informace a zpracovává tělesné pocity za účelem vytváření racionálních myšlenek a rozhodnutí. Zdůrazňuje tělesnou zakotvenost prožívání a myšlení. Jeho hypotéza má však své oponenty – např. A. P. Dore (2008) podotýká, že tomu takto být nemusí, nebo alespoň ne vždy a uvádí příklad mezních situací, kdy naopak dočasná necitlivost a ignorace tělesných pocitů (týkající se např. fyzického zranění) může uvolnit kapacitu pro učinění důležitého a správného rozhodnutí či zahájení akce nutné pro záchranu života.

Porgesova polyvagální teorie pojednává o autonomní regulaci nervového systému, jež se skládá ze tří modů fungování. První modus je evolučně nejstarší, je extrémní parasympatickou reakcí kontrolovanou dorsálním kořenem n. vagu. Tato reakce se projevuje jako ztuhnutí provázené zpomalením metabolických procesů (fylogeneticky náleží reptiliím, tato reakce jim umožňovala např. uchovat si delší dobu omezené množství kyslíku pod vodou). U savců – člověka nevyjímaje – se tato reakce objevuje v situacích extrémního ohrožení bez vnímané možnosti úniku. Další autonomní reakcí je odpověď sympatiku v podobě boje či útěku (*fight – flight response*). Třetí, evolučně nejvyšší a nejranější strategií autonomního systému je

„systém sociální angažovanosti“. Tyto sociální reakce jsou kontrolovány ventrálním kořenem n. vagu a zahrnují např. činnosti jako bonding, resp. vazebné chování, expresivní chování (výraz emocí zejména ve tváři), vokalizaci, naslouchání, sání aj. O tomto systému se hovoří jako o základu pro sociální responsivitu a naladění se (*attunement*) v souvislosti s přirozenou (emoční) vztahovostí člověka (Porges, 2003, 2007; Aposhyan, 2004). Tato teorie má v body- mind přístupech význam především v tom, že částečně reflektuje podstatu traumatu, a zejména přetrvávání traumatických reakcí i v budoucnosti bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost traumatických podnětů. (Aktivací starších neurologických struktur a okruhů dochází k potlačení těch ranějších, vlivem traumatu dojde tedy k upřednostňování reakcí jako ztuhnutí před sociálně angažovaným chováním.)

Teorie interaktivní psychobiologické regulace (Schore, 1994; in Aposhyan, 2004) vychází ze zjištění, že základní vztahovost se projevuje již během raného vývoje. Předpokládá, že v raných fázích života člověka slouží jeho matka či jiné pečující osoby jako „modulátory“ úrovně jeho psychického nabuzení (*arousal*). Tvrdí, že nezralá nervová soustava je předurčena k tomu, aby byla ve vzájemném vyladění s projevy nervové soustavy dospělého člověka (za tyto projevy můžeme považovat veškeré chování, i emoční a vztahové směrem k dítěti). Tato vzájemná souhra se projevuje zejména v neverbálních výměnách zahrnujících oční kontakt, tón hlasu, rytmicky sladěný pohyb apod. Předpokládá se, že skrze tyto procesy vzájemného naladění a smysluplné kooperace je ovlivňováno nejen chování dítěte, ale především jeho vnitřní fyziologický stav. Matka a dítě se tedy v probíhajících interakcích regulují vzájemně. Tato synchronie pozornosti a afektu byla shledána jako klíčová pro zdravý rozvoj osobnosti (Langmeier, Krejčířová, 1998). Prvky takovéto vyladěné komunikace můžeme vnímat i jako klíčové modulátory terapeutického vztahu a terapeutické změny, kdy taktéž dochází nejen ke změnám v chování a kognici, ale i ve vnitřním prožívání klienta (i terapeuta), jež může vést k jeho účinnější psychofyziologické regulaci. Tyto prvky či principy úspěšné komunikace se zdají být univerzálními v podpoře růstu a vývoje.

Výše uvedené lze tedy stručně shrnout do vyjádření, že neurovědy do určité míry potvrzují základní předpoklad bodypsychoterapií, že smysl pro self je hluboce zakořeněn v těle a vyrůstá a nabývá tvaru v interpersonálních vztazích.

### **3.3.1.1. Principy integrace mysli a těla**

Susan Aposhyan (2004) trefně hovoří o posledních 100 000 letech vývoje člověka

a „moderního lidského mozku“ jako o **adolescenci** lidského druhu, kdy jsme jako živočišný druh učinili obrovský vývojový skok, jež se týká evoluce jazyka (řeči) a manuální zručnosti. Tato synergie dvou procesů zásadních pro přežití a dorozumění vedla ještě k další akceleraci vývoje lidské kultury, jež pokračuje dodnes. Tato akcelerace se ukazuje být cirkulárním procesem, jež posiluje, stimuluje a dále urychluje sebe sama. Bohužel se ale zdá, že jsme se stali „chytřejšími a zároveň méně moudrými“ (Aposhyan, 2004; s. 26), pohlceni experimentováním s našimi vzkvétajícími intelektuálními schopnostmi aniž by naše počínání bylo účinným způsobem mírněno. Podobně jako v období adolescence, jsou obvykle hlasy volající po umírněnosti a zdrženlivosti přemoženy zvědavostí a expanzivitou. Nicméně Aposhyan se domnívá, že tato „adolescence lidského druhu“ spěje ke svému konci – spolu s uvědoměním si potřeby trvalé udržitelnosti zdrojů, stability a harmonického vývoje, s rozvojem těch směrů jako je psychologie zdraví, konceptů osobní pohody (*well-being*), všímavosti (*mindfulness*) pozitivní psychologie a psychologie štěstí aj. Nabízí se ale otázka, jakým způsobem tedy dosáhneme jako lidstvo „dospělosti“, jak se nám podaří dospět ke kulturnímu obratu a znovu dosáhnout integrace těla a mysli.

Dalo by se říci, že pole, jež se zabývá touto integrací, je mnohem širší než pole psychoterapie – jedná se zejména o starověké východní tradice bojových umění, jógu, taiči, meditační techniky aj., které jsou hojně využívány i v dnešní době. Tyto přístupy mohou být využívány jak k vědomému integrování mysli a těla, tak mechanicky – jako podpora fyzické kondice a zdatnosti. Tyto dva odlišné postoje je možno od sebe odlišit a dospět tak k **šesti základním principům body-mind integrace** (Aposhyan, 2004):

- **Respekt** (*respect*) – posun od snahy tělo kontrolovat a měnit směrem k pokornému a nehodnotícímu naslouchání, umožnění vyjádření i těm našim aspektům, jež jsou nám zprvu neznámé, namísto potlačení těchto našich vnitřních kvalit a (více méně násilného) udržování statu quo
- **Úplné zapojení se** (*full participation*) – každý aspekt našeho *bodymind* může být iniciátorem změny, podpory; odklon od statického hierarchického modelu k modelu organickému – k modelu „sdílené koordinace“
- **Celostnost** (*inclusivity*) – každá naše část má význam pro celek; využíváme své zdroje v plném rozsahu. Celostnost zahrnuje tzv. „sdílené vedení“ (*shared leadership*), kdy kterýkoli systém našeho těla či psychický proces se může stát vůdčím hybatelem procesu. Využívání tohoto principu je obzvláště užitečné při integrování potlačovaných aspektů osobnosti.

– **Dialog** (*dialogue*) – umožnění kooperativní (verbální i neverbální) komunikace mezi jednotlivými částmi a aspekty našeho *bodymind*; tak, jak se tento dialog vědomě rozvíjí, umožňuje dechu, pohybu a fyziologickým procesům našeho těla, aby fungovaly ve smysluplné posloupnosti.

– **Pohybová posloupnost** (*sequencing*) – tímto je míněno záměrné sledování pohybu a umožnění jeho přirozeného plynutí do té doby, než dojde k jeho dokončení. Tj. sledování a plynutí pohybu od místa jeho vzniku (např. hrudník) skrze místa, jimiž prochází (paže) až do místa, kde pohyb tělo „opouští“ (dlaň). Dokud pohyb neprojde celou svou drahou určenou prvotním impulzem, není kompletní. (Takovýto nedokončený pohyb hraje pak úlohu „neuzavřené figury“, jež má energetický dopad na organismus. Úlohou Body-Mind Psychoterapie je mimo jiné vysledovat tyto vzorce „necelistvého pohybu“ u klienta, nalézt cestu k jejich dokončení a obnovit tok energie ve všech částech a aspektech jeho *bodymind*.)

Zde se opět objevuje princip nastíněný již Reichem, jež poukazoval na protichůdnost některých tendencí lidské mysli a bio-energie. Je-li narušena přirozená posloupnost v linii „chtění-vzrušení-emoce-akce-interakce-uspokojení“, vlivem přerušení v jakékoli fázi a dojde ke stažení a blokaci bio-energie, což má za následek další narušení rytmu a rovnováhy *bodymind* (Smith, 2007).

– **Vývoj** (*development*) – lidská bytost je vnímána jako „vrozeně zaměřena na růst“, má potenciál pokračovat v růstu a vývoji po celý svůj život.

Většina soudobých psychoterapeutických směrů, jež jsou zaměřeny na práci s tělem, obvykle přijímá a osvojuje si tyto principy (ač mohou být artikulovány odlišným způsobem). Stejně tak je můžeme ale nalézt i u psychoterapií, jež jsou považovány spíše za směry verbální. Stručná charakteristika nejvýznamějších bodyterapeutických směrů je uvedena v první kapitole této práce, principy směrů, jež jsou považovány za spíše verbální, ale např. respekt k tělu a jeho deobjektifikace, celostnost i dialog jsou taktéž vnímány jako klíčové faktory zvyšování vědomí klientů, které vede k ústupu symptomů jsou např. systemické terapie, psychosomatické přístupy, gestalt aj. Vyčerpávající výčet toho, jak se principy integrace těla a mysli odrážejí i v práci „verbálních“ terapií přesahuje téma této práce, pro další informaci doporučuji publikace Norcrosse a Prochasky (1999), a zejména pak publikaci „*Současná psychoterapie*“ Z. Vybírala a J. Roubala (2010).

### 3.3.1.2. Základní principy aplikace BMC v psychoterapii

Ve snaze aplikovat BMC přístupy do psychoterapie vyvinula S. Aposhyan dvě základní techniky nazvané „**trénink ztělesnění**“ (*embodiment training*) používaný při kultivaci tělesného sebeuvědomování a „**interakční cyklus**“ (*interaction cycle*), jež je základním uspořádáním psychoterapeutické práce – tedy tím, co obvykle probíhá při terapeutickém sezení. Než se ale budu věnovat popisu těchto dvou bazálních technik, zmíním ještě základní principy, jimiž se dosahuje terapeutické změny v Body-Mind psychoterapii. Uvedu jejich stručnou sumarizaci tak, jak je vyjádřila Aposhyan (2004) s tím, že jakým způsobem probíhá jejich osvojení a použití v psychoterapii bude detailněji rozvedeno v oddíle 3.3.3.

– **Ztělesnění** (*embodiment*) – jako proces uvědomování si myšlenek, pocitů, vjemů tak, jak plynou naším tělesným bytím. Proces ztělesňování vyžaduje schopnost kreativně nakládat s realitou, tím, co do nás vstupuje, tím, co proudí naším tělem. Lhostejno, zda se jedná o jídlo a pití, vzduch, zvuky nebo složitější vjemy. Zároveň proces ztělesňování (zkušenosti) znamená, že to, co námi prochází, zpracováváme a díky tomuto zpracování se poté nacházíme ve zcela novém vztahu ke světu. Ztělesnění je tedy ukotvující (skrze pozornost věnovanou tomu, co aktuálně probíhá) a zároveň neustále plynoucí vztah mezi námi a okolním světem.

Do psychoterapie ztělesnění vstupuje mnoha způsoby – zejména tím, jak ztělesněný je sám terapeut. Jak přítomný je ve svém těle, kolik z této přítomnosti je k dispozici klientovi, při facilitování jeho procesu a hledání zdrojů podpory a růstu.

– **Přítomný okamžik** (*the present moment*) – psychoterapeutické „lечение“ se odehrává v přítomném okamžiku. Cokoli dalšího, co se odehrává, existuje opět jen v přítomnosti. Žijeme-li vzpomínkami nebo sny a představami či plány, míváme se s naším životem, jež probíhá **nyňí**. Několik věcí napomáhá člověku zůstat v přítomnosti – předně je to tzv. „**všímavost**“ (*mindfulness*) – nehodnotící pozornost věnovaná různým aspektům reality, dále je to uvědomování si (*awareness*), jež je zde vnímáno jako stav ještě rozsáhlejší a otevřenější přítomnosti, s méně fixovanou pozorností, než všímavost. Toto zacentrování mysli do přítomnosti je často velmi obtížným aspektem vedení psychoterapeutického sezení – zejména v situacích intenzivního prožívání klienta. Tělesné uvědomování si právě probíhajícího okamžiku může podpořit schopnost zůstat v přítomnosti i tváří v tvář intenzivním prožitkům klientů.

– **Přijetí reality** (*accepting reality*) – vnímání toho, co skutečně je, namísto toho, co by



„být mělo“<sup>8</sup>. V případě, že snížíme naše tendence přít se s realitou, získáme více času a kapacity na to, abychom se stali zvědavějšími a otevřenějšími své každodenní zkušenosti. Můžeme toho dosáhnout zpomalením našich habituálních odpovědí na okolní i vnitřní podněty a zkoumavou pozorností vnímat celistvěji a nezávisleji to, co je součástí našeho světa a života. To, co automaticky odmítáme, nám může způsobovat potěšení. Opravdovým přijetím reality se stáváme otevřenějšími, všímavějšími, ztělesněnějšími a dovednějšími v uchopování životních výzev a sebeúčinnějšími (self-efficient).

– **Energie a základní dobro** (*energy and basic goodness*) – jelikož stále nejsme schopni uspokojivě vědecky definovat podstatu života, odkazujeme často k pojmům „základní životní síla“ či energie, již můžeme pocítovat např. ve stavech uvolněného plynutí (*flow*) jako příjemné naplnění a spojení se sebou samým, se svou podstatou či „jádem“. Ač všichni zkušenost existence života máme a každým momentem ji můžeme zažívat **přímo**, je pro nás obtížné uchopit jej v jeho základu. Stejně tak odpověď na otázku, co je dobré a zda je to dobré... Jsme stále stejně dobří, i když se zlobíme nebo po něčem prahneme, chováme se teritoriálně nebo jsme leniví? Mnoho směrů vnímá veškeré (lidské) projevy jako projevy základní životní síly, jež je primárně dobrá a vychází z našich vrozených biologických předpokladů, jež mají svůj význam pro přežití, sociální učení, kooperaci aj. Nicméně stává se, že tato „primárně dobrá životní síla“ podléhá konfuzi a zvrátům a stává se patologickým projevem sebe sama. Rozpoznáním této základní životní energie, jež se může skrývat za zmatkem či patologií nás může osvobodit od pocitů beznaděje či (sebe)odsouzení a umožní nám změnu našich vzorců bez toho, abychom se museli odcizovat určitým aspektům sebe sama.

– **Podmiňování a esence** (*conditioning and essence*) – tento princip částečně souvisí s předchozím a poukazuje na nutnost rozlišování toho, co je nám dáno a toho, co je podmíněné. Otázka „vrozeného versus získaného“ je v psychologii již velmi stará a stále živá, nicméně těžko skutečně empiricky zodpověditelná. Pravdou je, že vrozené aspekty osobnosti a její prostředí se vzájemně tvarují. Čím více se ale snažíme toto rozpoznávat, tím komplexnější se tato skutečnost zdá. BMP nabízí rozlišující otázky, používané v rámci terapeutického procesu, jako např. „Jaká je má skutečná povaha?“ nebo „Kým skutečně jsem?“. Zodpovězením si těchto otázek bez ohledu na náš životní kontext a získaná přesvědčení o sobě, můžeme růst a rozvíjet svůj potenciál k životu i vztahům a stát se

---

8 Satirová – pět svobod – vyjadřuje naprosto identický princip kongruentního vztahování se k realitě

nezávislejšími na našem dřívějším podmínění.

– **Vývoj** (*development*) – neustálý vývoj je vnímán jako podstata naší existence, jako možnost a podpora předpokladu, že „změna je možná vždy“ - s tím, že vnitřní změna je možná (symptom klienta), vnější limitovaná (interpersonální vztahy, změna na úrovni klientova prostředí). BMP nazírá na člověka optikou názorů, že vývoj a sebeutváření probíhá kontinuálně od narození po smrt a přiklání se k soudobým názorům některých neurovědčů o tom, že neuroplasticita centrálního nervového systému člověka (tj. schopnost vytvářet stále nová funkční nervová spojení) je z velké části ovlivnitelná socioenvironmentálními zážitky a zkušenostmi (Garland; Howard, 2009).

– **Já-ve-vztahu** (*self-in-relationship*) – uvědomování si sebe ve vztazích je základem vývoje k dospělosti. Zároveň je důležité kultivovat schopnost vztahovat se k sobě samému a svému tělu zdravým způsobem. Podstata vztahu já-svět spočívá mj. v tom, že naše tělo, resp. naše „bodymind“ je nepřetržitě stimulováno podněty z okolního světa, což mívá za následek procesy a stavy lehké disociace, kdy pozornost přestane registrovat procesy těla, ale zaměří se na procesy vnějšího světa. Toto ovlivňuje naše rozhodovací procesy, jež by byly obvykle založeny na sebe-informování a více se spoléháme na naučené vzorce a „logiku“, jež může být založena na potřebách a touhách ostatních, popř. se spoléháme na vlastní internalizované obrazy „správného chování“. V body-mind psychoterapii je tedy z tohoto důvodu kladen velký důraz na „sebepocit'ování“, tedy registraci tělesných stavů, pocitů, v těle uložených významů (v podstatě tak, jak je popisuje Hájek [2002] v teorii tělesně zakotveného prožívání). Zároveň se zde zkoumají otázky týkající se hranic mezi jedincem a jeho sociálním světem (zda jsou příliš rigidní či příliš prostupné), interpersonálního ovlivnění našeho „smyslu pro self“, jakým způsobem modifikují vztahy způsob komunikace osob a sleduje se způsob, jakým se „interpersonální bonding“ odráží v psychobiologické regulaci těla a psychiky.

Dalšími zásadními tématy a pojmy BMP jsou:

**Cirkulární vylad'ování** – proces kontinuálního věnování pozornosti sobě samým i okolnímu světu, jenž probíhá simultánně. Umožňuje uvést do rovnováhy naše vnitřní percepci a potřeby s vnějším prostředím.

**„Jádrové self“** (*core self*) – nejvnitřnější zkušenost našeho já a jeho synergický vztah s fyzickým „jádreem“ těla (jež je reprezentováno tělesnými systémy a jejich funkcemi) (Pozn.:

Jádrem zde není myšlen „geometrický“ střed těla, spíše jakási „dřeň“, hloubka našeho hmotného, fyzického bytí, prolínající všemi částmi těla.)

**Vývojové rozhraní** – vyjádřitelné jednoduše jako hranice mezi naší aktuální osobní silou, mocí, odolností na jedné straně a našimi výzvami na straně druhé. Rozlišuje se vývojové rozhraní manifestující se v těle (jako místo, kde je přítomen energetický blok), dále vývojové rozhraní dané našimi schopnostmi a jejich aktuálními limity anebo jako chování, jež bylo zvládnuto a chování, jež nebylo dosud vyzkoušeno.

**Ztělesněné naslouchání** – schopnost jedince naslouchat svým vnitřním tělesným vjemům. Toto zahrnuje i vnímání změn vlivem naslouchání samotného. Oba procesy probíhají simultánně.

**Ztělesněná řeč** – schopnost jedince hovořit přímo **ze** své aktuálně probíhající tělesné zkušenosti, tak jak je v daném momentu prožívána. (Není hovořením **o** tělesné zkušenosti, ale spíše se tento pojem a manifestovaná kvalita konání shoduje s „verbálním jednáním ve stavu kongruence“.)

**Operační systémy emocí** – systémy definované Jaakem Pankseppem (1992), jež uspořádávají základní stavy vztahu centrální nervové soustavy a ostatních částí těla. Primitivními operačními systémy emocí jsou dle Pankseppa pátrání, strach, panika a zlost. Vyššími socioemocionálními systémy pak péče, hra a sexuální touha.

**Koncové body** (jinak též extremity, končetiny) (*endpoints*) – hlava a tvář, dlaně, chodidla a kostrč, resp. pánevní dno. Každá z těchto částí je místem výskytu hustých nervových zakončení a jemných svalů umožňujících. Tyto části se využívají zejména při sledování posloupnosti (*sequencing*) pohybu a jsou často místem zadržované energie při blokaci přirozeného sebevyjádření.

**Energetický vývoj** – je styčnou plochou vývoje psychologického a fyzického. Zjednodušeně lze říci, že energetický vývoj je v podstatě pohled na vývoj osobnosti v kontextu BMP přístupu, kdy charakter v psychologickém slova smyslu se vyvíjí na základě přímého kontaktu koncových bodů těla člověka s jeho okolím za pomoci aktivace a rozvíjení vývojových pohybových vzorců.

**Rozhraní léčby** – rovnovážný bod mezi pocitem bolesti pocházející z minulosti a pocitem uzdravných možností budoucnosti. Souvisí s prožitkem naděje, motivace ke změně a pozitivním přerámováním původně bolestné zkušenosti.

**Sympatický a parasympatický šok** – pojmy použité Emersonem (1999; in Aposhyan 2004) pro stavy disociace, jež následují po stavech zaplavení psychiky vnějšími či vnitřními podněty, jejichž intenzita převyšuje momentální kapacitu jedince je vnímat. U sympatického šoku jsou provázeny zvýšením srdeční a dechové frekvence a svalového tonu, u parasympatického šoku je tomu naopak (tyto fyzické funkce jsou potlačeny).

**Self-talk** – proces vědomého promlouvání k sobě samému. BMP se soustředí během terapie na klientův obvyklý *self-talk* s cílem vypořádat, zda úpravou tohoto promlouvání k sobě může dosáhnout pozitivní změny. Csikszentmihalyi (1996) uvádí *pozitivní self-talk* jako jednu z metod, jak dosahovat stavu plynutí či proudění (*flow*), při němž dochází k pocitům štěstí, zaujetí činností, nezřídka k vysoké produktivitě práce a pocitu osobní svobody a nezpochybnitelné hodnoty. V přístupu V. Satirové (Model růstu, nyní „Transformační systemická terapie Satirové) se setkáváme namísto s pojmem „self-talk“ s pojmem „percepce“, což je definovaná úroveň intrapsychického procesu, na níž se objevují určitým způsobem komentované obrazy či asociace spojené s prožíváním situace – často tyto komentáře nesou obsah sdělení o klienta osobě, druhých, kontextu, pozitivitě či negativitě situace, důsledcích aj. Poodhlédnutím od percepce, kontaktováním očekávání a hlubokých tužeb dochází i ke změně těchto percepce a nastavení jiné kvality promlouvání k sobě samému (Satirová; Banmen; Greberová; Gomoriová; 2005; Banmen, 2009).

### **3.3.2. Základní úkoly psychoterapie, jak jsou definovány v přístupu BMP**

Co je vlastně úkolem psychoterapie? S. Aposhyan (2004) definuje tři základní domény, do nichž je možno začlenit většinu výzev a úkolů, s nimiž se v současné době setkáváme na poli psychoterapie. Jsou to:

a) Náprava a léčba vývojových deficitů: Vycházíme-li z představy „perfektního dětství“, či „ideálního vývoje“, dostaneme se opět ke konceptům zmíněným v první a druhé kapitole této práce – zejména k teorii rané vazby, konceptu dostatečně dobré matky, Sternovu pojetí „trojčetného self“ či intersubjektivitě Colwyna Trevarthena. Zjistíme, že ideál vývoje obsahuje faktory jako: být obklopen, pochopen a – doslova – „uchopen“, veden a milujícími rodiči, učiteli, širší komunitou. To, co si opravdu přejeme a potřebujeme, je správná vyváženost vnější **podpory** a **výzev**. M. Csikszentmihalyi (1996) uvádí jednoduchý graf, kdy na jedné ose je míra dovedností člověka a na ose druhé je míra náročnosti úkolů, před něž je dotyčný postaven. Je lhostejné, zda se jedná o malé dítě či dospělého člověka – vždy platí, že

abychom zažívali stav souladu, plynutí, harmonie a smysluplnosti, je nutné mít vždy na paměti tento správný poměr našich dovedností a výzev okolí. S tím, že je-li životní výzva příliš „slabá“, nudíme se a upadáme do nepříjemného stavu stagnace, je-li naopak příliš silná, cítíme obavy a strach ze selhání. Realita bývá taková, že se často během našeho vývoje setkáváme s negativními odezvami okolí na naše vyjádřené potřeby a touhy, že nemáme dostatek prostoru a pochopení druhých pro svobodné a niterné směřování, že jsme nuceni často volit mezi vlastním zdravím a minimalizací (psychické) bolesti plynoucí z nesouladu v mezilidských vztazích a komunikaci již od počátku. Toto se nám stává jakousi „šablonou“, aspektem nás samých, jež je možno charakterizovat jako sebepojetí založené na minulých zkušenostech – jak již bylo zmíněno výše: člověk se nemůže nechovat historicky – s nímž vstupujeme do interakcí současných. Úkolem psychoterapie je jakýmsi způsobem „re-konstruovat“ tuto „šablonu“ tak, aby dávala smysl v současnosti a podpořila náš další růst. Aposhyan (2004) uvádí, že při léčbě vývojových deficitů dochází, ve chvíli, kdy dojde k jejich uvědomění, rozvíjí se instance „vnitřního svědka“ či „vnitřního rodiče“ (podobně, jako je tomu v systému PBSP, kde se s těmito instancemi explicitně pracuje jako s prostředky facilitace terapeutického procesu), čímž dochází k rozvíjení sebeúčinnosti a emocionální sebepečce u klienta. Tyto instance jsou vnímány systémem BMP jako „rozhraní léčby“ - rozhraní, na kterém se přímo v těle klienta setkává „stará bolest s novou možností“ (Aposhyan, 2004, s. 69).

b) **Léčba traumatu:** Existují i takové výzvy, jež nás přesahují, ale přesto je nutné je přijmout – v tomto případě je důležité zajistit (si) dostatečnou podporu, která doplní naše zatím neosvojené dovednosti. Pokud se toto nestane, může dojít až k útoku na naši vnitřní soudržnost, jež může mít v extrémní formě podobu traumatického zážitku. Otázkou je, kde končí „vývojový deficit a začíná trauma“ - autoři, zabývající se touto problematikou hovoří jednak o jednorázových traumatizujících zážitcích, za druhé o sérii takových epizod či dlouhotrvajícím neuspokojivém stavu (jež nemusí mít vždy nutně podobu útoku na tělesnou integritu, jak je tomu např. u nehod, násilí, přírodních katastrof apod.), které ve svém důsledku mohou rovněž působit stejně destruktivně, jako traumatický zážitek, a to včetně příslušné neurobiologické odezvy v CNS – tedy rozvoj posttraumatické stresové poruchy (Ogden, Minton, Pain, 2006). MKN-10 (WHO, 2006) řadí PTSD (F43.1) do kategorie s názvem: neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40-49). J. Praško (2002) v souladu s tímto pojetím definuje posttraumatickou stresovou poruchu jako **úzkostnou poruchu, jež se rozvíjí po emočně těžké situaci, jež je pro jedince stresující**

**a svou závažností přesahuje obvyklou lidskou zkušenost.** Zároveň jako nutnou podmínku vzniku PTSD uvádí vystavení jedince takovéto výjimečně zatěžující či dezintegrující události – ať už je dotýčný v roli oběti, či přihlížejícího.

Téma příbuzné traumatu je disociace (stav, kdy centrální nervový systém nedisponuje dostatečnou kapacitou vnímat, zpracovávat a odpovídat na aktuální stimuly konstruktivním způsobem) – v body-mind psychoterapii se používá somatického sledování (somatic tracking) pro zjišťování disociativních procesů nejen v centrálním nervovém systému, ale v celém těle. Pro tyto účely je používán v této psychoterapii i dotek, jímž terapeut zjišťuje míru disociace klienta od různých částí jeho těla (Aposhyan, 2004).

c) Podpora dalšího růstu: Tento úkol je definován zejména v souvislosti s kritickými vývojovými obdobími, jimiž prochází každá lidská bytost v průběhu svého života. Psychoterapie zde může působit jako podpora pro normální vývoj a osobnostní, tedy v jistém smyslu preventivně. Úkolem terapeuta je zejména validovat klientovy zdroje, objevovat další možnosti růstu, posilovat jeho sebeúčinnost. Dále také detekovat případná sebe-znevažující témata a umožnit jejich transformaci. Terapeutický proces může zahrnovat přípravu na očekávané životní změny a výzvy. Využívá při tom techniky řízeného dechu, pohybu založeném na vývojových pohybových vzorcích či explorací tělesných systémů – metodou řízené imaginace (Aposhyan, 2004). Cílem je dopřát klientovi nalezení dostatečných zdrojů sebedopory, s nimiž projde očekávanou výzvou či kritickou životní fází bez ztráty či narušení integrity, s jasným a konstruktivním záměrem a pozitivními očekávaními.

### **3.3.3. Interakční cyklus – základní forma průběhu body-mind psychoterapeutického sezení**

V tomto oddíle se pokusím stručně vystihnout, jak funguje psychoterapeutické sezení ve formátu body-mind psychoterapie, a jakými technikami, procesovými otázkami či způsobem vlastního sebeužívání v psychoterapii facilituje terapeut synchronizaci těla a mysli u klienta. Základní metodou práce je tzv. „interakční cyklus“ (interaction cycle), což je systém čtyř kroků, jež spojují uvědomění terapeuta i klienta o tom, jakým způsobem se klientův proces manifestuje v jeho těle v daný moment. Tyto čtyři kroky zahrnují (Aposhyan, 2004):

1. **Ztělesnění:** Ztělesnění terapeuta či jeho vědomé sebeužívání je základem interakčního cyklu body-mind psychoterapie. Zahrnuje tělesné sebeuvědomění terapeuta, koncentrace na vlastní dech a sledování cirkulace energie skrze své tělo. Z tohoto

místa sebeuvědomění se terapeut ladí na klienta a jeho proces. V průběhu sezení si terapeut snaží stále udržovat toto centrování mysli vyvážené mezi proces klienta a to, jak se tento proces odráží v terapeutově vlastním těle, resp. bodymind. Facilitace klientova ztělesnění či tělesného sebeuvědomění se provádí přivedením jeho pozornosti na tělesné stavy a procesy, provádí se tzv. „check-in“ (známý např. z Gendlinova Focusingu [Gendlin, 2003]) – vnímání tělesných počitků, dechu, sledování pohybu dechu skrze tělo, klienti mohou mít zavřené oči, což může podpořit jejich koncentraci na tělesné procesy.

2. **„Dešifrování“ tužeb:** Sdílením procesu tělesného sebeuvědomování dochází k objevování se skrytých významů uložených v těle. V souvislosti s nimi se objevují přirozená očekávání a touhy, jež směřují k pozitivním cílům. Tyto touhy mohou být překryty vrstvami negativních zkušeností. Úkolem terapeuta je doprovázet a podporovat klienta v sebeuvědomování a „dešifrování“ jeho pozitivních a přirozených očekávání a tužeb a umožnění jejich plného rozvinutí. Zde se nachází moment rozlišení symbolu (to, co klient „chce“ - např. získat řidičský průkaz) a energetického stavu (to, co klient potřebuje zažít – např. pocit svobody, kompetence). Terapeut sleduje klientovo tělo, jeho pohyby, posturu, paraverbální projevy, ptá se na jeho konkrétní pocity, a dále na významy, jež se k těmto pocitům váží. Takto dochází k dešifrování a rozvíjení klientových tužeb, které BMP vnímá jako základ klientovy skutečné motivační síly.
3. **Uvědomění a zpětná vazba:** V této fázi se pracuje – podobně jako například v PBSP či transformační systemické terapii V. Satirové s uvědoměním symbolického prožitku ideálního stavu naplnění potřeb s tím, že je sledována konkrétní odezva, jakou daný prožitek má v klientově těle, jakou odezvu má v jeho pohybových vzorcích. K tomuto účelu se využívá již výše zmíněné vědomé sledování a umožnění pohybové posloupnosti (*sequencing*) řízeného vnitřní touhou či záměrem tak, jak postupuje klientovým tělem. Toto pozorování a umožnění pohybové posloupnosti vědomě činí i sám klient, jež se tímto doslova „učí žít ve svém těle“ a vědomě kultivovat své tělesné sebeuvědomování.

Zpětná vazba je poskytována otevřenými („Jak toto prožíváte v těle?“) či konkrétněji zaměřenými otázkami („Jak toto vnímáte v této konkrétní části vašeho těla?“), tzv. „menu“ (klient dostává od terapeuta na výběr z různých alternativ - „Vnímáte to více

jako zlost, nebo jako smutek?“), deskripcí („Když o tom takto hovoříme, vidím, jak jste zapadl zpět do svého křesla.“) či interpretačními dotazy („Když vás vidím, jak jste zapadl zpět do křesla, říkám si, jestli chcete o tomto tématu hovořit, co si o tom myslíte?“)

4. **Proces:** Facilitace klientova procesu probíhá zejména skrze zmíněnou pohybovou posloupnost (*sequencing*). Zda se posloupnost odehraje a v jaké kvalitě, je závislé na mnoha rozličných faktorech a procesech, zejména na energii, jež je zde „sekvencována“. Klíčové je umožnění kompletnosti procesu – resp. jeho logické posloupnosti, tedy dovedení vnitřní intence či energie k vyjádření. Což může zahrnovat např. i pláč, smích, třes, vzdychání, či jakoukoli jinou fyzickou aktivitu. Nicméně těmito aktivitami je myšlen autentický pohyb či děj, nikoli myšlenkami a přejatými vzorci či přesvědčeními řízená aktivita. Pokud pohyb nedojde svého vyjádření v posloupnosti, vytváří „nekoordinované proudy“ kolidujících pohybových tendencí, jež následně v těle způsobují „turbulence“. Toto může být vnímáno jako tenze, křeč, kolaps či se projevat např. jako nedokončené gesto apod.

Role terapeuta v podpoře pohybové posloupnosti zahrnuje zejména tzv. bodyreading („čtení těla“) a následné reflektování, navrnutí směru, kterým by klient svou energii mohl nechat plynout, podpora vědomého dýchání aj. Terapeut si také uvědomuje tzv. „vývojové rozhraní“ klientova těla - tedy místo, kde je lokalizována energie, jež neproudí volně (často tímto místem bývá pánev, kolena, šíje, ramena, bedra). Toto místo je jakousi bariérou, a tato bariéra v sobě nese jistou tendenci, jež je z nějakého důvodu bržděna. Odhalením směru této tendence může dojít k vědomému posunu a uvolnění bariéry s následným volným prouděním energie.

V BMP se vědomě užívá také tzv. „somatického dialogu“ - jež je v podstatě vědomým vyladěním se na tělesné stavy a pocity s následným využitím získaných informací při racionálních rozhodováních či produkci kreativních vhledů. Tuto koordinující schopnost lidského těla vyjádřil A. Damasio (2000) ve své „hypotéze somatických markerů“ a podpořil ji studiiemi pacientů, jejichž analytické schopnosti byly intaktní, zatímco činnost prefrontálního kortexu mozku byla narušena – tito lidé byli schopni myšlenkových operací, ale nebyli schopni rozhodování na základě emočního zhodnocení budoucích přínosů ve vztahu k současným investicím.

Integrace prožitků a vhledů do života klienta je taktéž faktorem, jež BMP neopomíjí –



týká se zejména podpory klienta v absorbování pocitů a stavů, jež byly součástí procesu, a zejména nalezení konkrétního způsobu, jakým mohou participovat na vědomém životě klienta jeho v terapii objevené – dříve neaktivní či potlačované – aspekty.

V závěru nutno dodat, že tento interakční cyklus může být opakován neustále, využívat vynořivší se otázky a témata, je možno se v jeho rámci pohybovat oběma směry – tedy např. od ztělesňování k touhám a naopak. Hlavním cílem interakčního cyklu body-mind psychoterapie je osvobodit zdravé motivační síly člověka a využít jejich energetický potenciál.

#### **3.3.4. Kultivace tělesného sebeuvědomění a ukotvení psychoterapií dosažené změny v těle**

Tak, jak ztrácíme vědomý kontakt s procesy našeho těla, zaměňujeme zároveň své skutečné pocity za myšlenky, pravidla, naučené významy, jež připisujeme událostem okolního světa i sami sobě. Body-mind psychoterapie nabízí několik užitečných bodů, jež je možno mít na paměti při kultivaci tělesného sebeuvědomování klientů i samotných terapeutů (Aposhyan 2004):

Prvními kroky k uvědomění těla je zaměření pozornosti i na subtilní projevy jako změna napětí, postury, rytmu dechu či barvy hlasu. Podpora klientova sebeuvědomování může zahrnovat jak vědomou přípravu, jejíž součástí je i částečná edukace o procesech a postupech s vysvětlením cílů a záměru používaných technik, anebo mohou být tyto techniky používány implicitně, v průběhu procesu jako podpora přirozeného pohybu, položení otázky, jež klientovi pomůže zaměřit pozornost do svého těla apod. Důležitým faktorem tělesného sebeuvědomování je **dosažení posunu skrze znečitlivění či otupělost** – nehodnotící pozorování vnitřních stavů a pocitů tak, jak je využívají psychoterapeutické směry založené na všímavosti zmíněné ve druhé kapitole této práce, je zde velmi užitečné. Dále také otevřenost, trpělivost a trvalý pozitivní „*self-talk*“ přispívají ke „znovuprobuzení“ schopnosti tělesně zakotveného prožívání. Pomoci může v této fázi posunu skrze znečitlivění také autokontakt (*self-touch*), pozorování dechu, a také imaginativní procesy (např. představa výtahu, jež spouští vědomou mysl do „hlubiny těla“ aj.). Další účinné faktory podpory tělesného sebeuvědomování udávané autorkou směru body-mind psychoterapie jsou emocionální exprese založena na hledání rovnováhy mezi vyjádřením emoce a sebeovládáním – mnoho expresivních terapií zdůrazňuje nutnost vyjádření emoce, jiné směry si naproti tomu

kladou za cíl zvýšit klientovu schopnost své emoce a stavy ovládat. Pravděpodobně ani jedna část tohoto kontinua nepostačí sama o sobě. BMP definuje tuto rovnováhu na organismické úrovni jako plynutí či proudění energie (flow) – a uvádí např. pocit hněvu, který může nalézt jednak destruktivní vyjádření (křik, nadávky, ničení věcí apod.) anebo může být potlačen s tím, že plynutí, jež se objevilo v organismu, bylo zastaveno a může působit destruktivně uvnitř. Věnováním pozornosti a nalezením rovnovážného bodu mezi vyjádřením a potlačením emoce se může zviditelnit tendence, již daná emoce má – následujeme-li tuto tendenci a vnímáme-li její charakter, můžeme se dobrat skutečného smyslu a účelu, jež tato emoce v sobě nese, a vyjádřit ji pro organismus funkčním způsobem (změna polohy, hluboký nádech, jež přinese více zdrojů výživy pro buňky těla, nalezení klidného místa a opory ve svém těle, zvýšení emoční i racionální kapacity pro řešení problému aj.) Taktéž facilitace vokální exprese a uzemnění (*grounding* – zde také „*grounding emotional expression*“ - *uzemňování emocí*, což zahrnuje dýchání do břicha, zaměření pozornosti na pánevní dno, nohy, chodidla a vnímání jejich kontaktu s podlahou apod.) jsou účinnými prvky terapeutické práce v body-mind psychoterapii. Podpora tělesného sebeuvědomování je následně završena kontaktováním tzv. „jádrového self“ (*core self*). Jádrové self je zde jakýmsi „smyslem pro sebe samého“, podobně jako v PBSP (Pesso, Boyden-Pesso, Vrtbovská, 2009) či TSTS (Satirová, Banmen, Greberová, Gomoriová, 2005; Banmen, 2009) je v BMP tato instance místem spojení se sebou samým, odkud je možno vnímat všechny aspekty své osobnosti a být s nimi v souladu. Toto spojení je možno ve zkratce vyjádřit jako možnost vnímat a plně prožívat své emoce i myšlení, integrovat polaritu našeho bytí a vytvářet si tak nové kapacity pro učení, vztahy, další růst. Naproti tomu Sternův (1985) pojem „jádrového self“ odkazuje k „afektivnímu jádru předreprezentativního self“, vznikajícímu kolem druhého měsíce postnatálního života člověka v závislosti na objevující se schopnosti vnímat sebe sama jako soudržnou tělesnou bytost oddělenou od druhých, částečně schopnou kontrolovat svou aktivitu, vnímat sebe sama jako „vlastníka svého prožívání“ a být ve vztahu s druhými lidmi. Taktéž se údajně v této době objevují první epizodické vzpomínky, a tedy smysl pro kontinuitu self. Sternova teorie vývoje self zahrnuje v první fázi tzv. „vynořující se self“, dále pak zmíněné „jádrové self“, následuje „subjektivní self“, a nakonec v cca 15 měsících života dítěte dochází k rozvoji tzv. „verbálního self“, kdy dítě je schopno vytvářet symbolické mentální reprezentace svých zkušeností, jež facilitují verbální a symbolické sebepojetí a intersubjektivitu a přesouvají ohnisko pozornosti k tomu, co může být uchopeno a sdíleno verbálně.)

BMP zdůrazňuje zejména „sebeřídící aspekt“ jádrového self – klient, jež se dostal do kontaktu

se svým jádrovým self, nachází značný vývojový potenciál, jež jej zbavuje závislosti na okolí a snahy unikat do symptomů a otevírá mu experienciální pole v rámci něhož je mnohem snadnější dostat výzvam běžného života s posílením smyslu pro svobodnou volbu.

Body-mind psychotherapy využívá k tréninku ztělesnění či facilitaci tělesného sebeuvědomování taktěž skupinové práce – za použití stejných principů, uvedených jako charakteristické pro individuální práci v tomto směru, jsou vytvářena cvičení za „ztělesňování vztahu“ (*embodied relationship excercises*) (Aposhyan, 2004).

Většina na tělo zaměřených terapií, zároveň i některé systemické směry zdůrazňují ještě spirituální aspekt spojení se svou podstatou či jádrem osobního bytí, nahlédneme-li do historie psychoterapie, nalezneme v první řadě obsáhlé dílo C. G. Junga, dále také výzkumy a práce S. Grofa (1988) a jeho ženy Ch. Grofové (1998), jež se věnují tomuto tématu jednak z hlediska nalezení vlastní integrity a jedinečnosti a dále nalezení možnosti sebepřesahu, transcendence. Bohužel, rozsah této práce nedovoluje zaměřit se na tento transpersonální či duchovní aspekt práce s tělem a v těle zakotveným prožíváním, ač sama autorka body-mind psychoterapie na něj taktěž upozorňuje – soudobých výzkumů na tomto poli je však málo a jejich výsledky jsou velmi obtížně interpretovatelné či zobecnitelné. Proto se tedy tímto o aspektu tělesně zakotveného prožívání spirituality na tomto místě pouze krátce zmiňuji. Vývojem psychometrického nástroje, jenž by zjišťoval závislost uvědomování těla a kvality či míry sebepřesahu, zároveň s důrazem na tělesné sebeuvědomování jako zdroj vhledu a osobní pohody (*well-being*) se zabývá humanisticky a transpersonálně orientovaná psycholožka R. Anderson (2006).

#### **4. Kritické zhodnocení body-mind psychoterapie**

Na tomto místě bych ráda zmínila několik bodů, které považuji za důležité při ověřování vědecké validity psychoterapeutické modality body-mind psychoterapie jako aplikace přístupu Body-Mind Centering. Samotný proces ověření vědecké validity psychoterapeutického přístupu považuji za náročný a dlouhodobý úkol, jež je neproveditelný v rámci jedné diplomové práce, navíc s minimem dostupné literatury o tomto směru, nicméně mohu se zaměřit na obvyklé otázky, jež jsou při tomto postupu obvykle řešeny. Zejména tedy (Miovský, Danelová, 2010):

1. Má daný přístup jasně definovány oblasti zájmu, aplikace, výzkumu, prováděné praxe?

Definovanou oblastí zájmu je v případě body-mind psychoterapie „tělesné sebeprožívání“, resp. „ukotvení mysli v těle“ - jako přímé vztahování psychických procesů k procesům tělesným. Dále je pozornost zaměřena taktéž na pohyb a motorické vzorce a jejich vývoj či vývojové odchylky. Holistické zaměření přístupu, umožňuje vnímat neoddělitelnost pohybu fyzického od psychických procesů.

Co se týká oblastí aplikace, jsou v BMP vyjádřeny obecně jako: náprava vývojových nedostatků, léčba traumatu a podpora dalšího růstu. Specifickými tématy jsou (Aposhyan, 2004): léčba PTSD, sexuálních dysfunkcí, depresí, úzkostí. Také se v rámci kazuistik zmiňuje o interpersonálních konfliktech, párové a rodině terapii. Nenalezla jsem v publikaci zmínku o poruchách osobnosti a psychozách. Zejména u psychóz je některými odborníky považována body-mind terapie (ať už BMP přímo, či jiná stejně či podobně zaměřená modalita využívaná v dané zemi) za slibnou cestu k řešení např. rozpadu tělesných hranic a tělesného schématu a s tím související zlepšení poruch myšlení. Zajímavou studii nabízí např. G. Roxendalová (Roxendal, 1985), jež prováděla „terapii tělesným uvědomováním“ (*body-awareness therapy*) s 32 ambulantními pacienty, již se léčili se schizofrenií po dobu delší než dva roky. Zjistila, že u pacientů takto léčených (terapeutické sezení probíhalo dvakrát týdně po dobu 6 měsíců) ustoupily symptomy jako úzkost, nezájem o sex či fragmentovaný a strnulý pohyb.

Co se týká výzkumu, nenalezla jsem žádný dokument v odborných databázích. Taktéž kontaktované osoby publikující texty o BMC a body-mind psychoterapii mi neposkytly žádný materiál, jež by vypovídal o provedených výzkumech zabývajících se např. analýzou faktorů terapeutické změny v přístupu BMP. Poskytnutí více informací o metodologických aspektech

přístupu by bylo jistě žádoucí – zejména to, zda má přístup vlastní nástroj měření (ať již tělesného sebeuvědomění klientů i terapeutů, nástroj snímání a vyhodnocování vstupních a výstupních dat při zahájení/ukončení terapie), jaké má případné výzkumné strategie, konkrétnější empirické zakotvení teorie aj.

## 2. Má směr stanovené způsoby diagnostiky a léčby (intervencí)?

V případě body-mind psychoterapie je možno o tzv. „interakčním cyklu“, jež je poměrně podrobně popsán výše, uvažovat jako o strukturované metodě vedení terapeutického sezení, tedy jako o způsobu léčby. Tento interakční cyklus zahrnuje i jisté diagnostické postupy, zejména observace tělesných a neverbálních projevů, dále techniky užívání doteků, pro identifikaci napětí v těle klienta či pro poskytování podpory a umožnění restrukturace minulých zážitků na senzomotorické úrovni. Ve vstupní diagnostice je používán formulář zaměřený na prenatální zkušenost, průběh porodu a rané zkušenosti.

## 3. Definice terapeutického vztahu:

Vztah mezi klientem a terapeutem je založen na vzájemné spolupráci, terapeut je ukotvený ve svém těle (ztělesněný – *embodied*) a z tohoto místa svého prožívání a zkušenosti komunikuje s klientem. Je empatický, nehodnotící, akceptující a autentický. Klient je veden k tomu, aby k řešení svých témat přistupoval aktivně, pozorně a otevřeně.

## 4. Reflektuje terapeutický proces verbální i neverbální stránku komunikace? Jak?

V tomto bodě se jeví body-mind psychoterapie jako přístup jež explicitně a vhodným způsobem integruje verbalitu i neverbalitu terapeutického procesu – z dostupné literatury vyplývá, že klade velký důraz na uvědomování si tělesného prožívání a jednání, terapeut je explicitně veden k tomu, aby reflektoval v průběhu sezení i své tělesné stavy a pocity a vědomě je integroval do procesu (ať již o nich informuje klienta, či je použije jako svá vodítka pro další postup). Konkrétně je v body-mind psychoterapii zdůrazňováno uvědomování si dechu, jeho hloubky a rytmu, tělesné pozice, svalových tenzí, paraverbálních projevů apod.

## 5. Racionální zdůvodnění intervencí, způsoby facilitování procesu, terapeutické cíle:

Terapeutické intervence se opírají jednak o klientem formulovanou zakázku, terapeutické úkoly během sezení se zaměřují na konkrétní ohraničené problémy a jejich prožívání ukotvené v těle. Terapeut vede klienta způsobem podpory tělesného sebeuvědomování k tomu, aby identifikoval své prožitky v přítomném okamžiku – je to tedy terapie zaměřená

na „zde a nyní“, terapeut spolu s klientem hledá zdroje (sebe)podpory a možnosti překonávání vnitřních i vnějších faktorů, jež udržují nežádoucí symptom. Proces je facilitován technikami vlastními (návčik a explorační základních neurologických vzorců a vývojových vzorců pohybu), dále jsou integrovány techniky meditační, techniky založené na terepii všímavostí (*mindfulness-based therapies*), a také dotek.

O doteku v psychoterapii vychází v současné době poměrně mnoho publikací – zejména v zahraničí, kde již koncem 90. let 20. století došlo k obratu od marginalizace těla v psychologii k jeho integraci do vědy a výzkumu i explicitně do psychoterapie. Nicméně i přes všechny výhody, jež může klient získat v procesu terapie využívající fyzický dotek terapeuta s klientem, existují zcela zjevná úskalí použití této intervence. Podrobněji jsou popsány např. v publikaci: *Touch in psychotherapy. Theory, research and practice* (Smith, Clance, Imes, 1998). Reuven Bar-Levav (1998) uvádí, že fyzický dotek explicitně odsouhlasený klientem je velmi ujišťujícím a validujícím zážitkem a pomáhá zejména tam, kde pouze verbální ujištění či podpora nestačí (stavy paniky, prožívané vnitřní bolesti a smutku aj.), popřípadě slouží jako podpora při vyjadřování hluboko potlačených emocí, jež by jinak byly pro klienta obtížné vyjádřit. Dotek v psychoterapii, nicméně, nesmí být nikdy použit jako vyjádření agrese či hostility vůči klientovi, či pro sexuální uspokojení nebo sebezpotvrzení či sebeujištění terapeuta.

Autorka směru body-mind psychoterapie zastává stejný názor. Dotek je v BMP používán zejména pro facilitaci vědomého dýchání a jako fyzická opora při nápravě odchylek ve vývoji pohybových vzorců. Zároveň zdůrazňuje kontraindikaci doteku či zaměření pozornosti na tělesné stavy a procesy u klientů, kde by toto mohlo způsobit např. zvýšení úzkosti či panické stavy. Body-mind terapeutické metody také mají velmi omezenou použitelnost u klientů v akutních stavech (psychózy, intoxikace aj.).

Praško a Možný (2007) uvádějí také důležitost podložení terapeutického postupu teoreticky – např. teoriemi učení, poznatky kognitivní psychologie. U body-mind psychoterapeutických technik je jejich použití podloženo jednak poznatky neurověd (Damasio, 2000; Schore, 2010, Panksepp, 1999) – a to zejména těch, jež se týkají schopnosti afektivní regulace a dopadu kvality rané vazby na tuto schopnost. Dále také Sternovou a Trewarthenovou teorií intersubjektivní (Stern, 1985). Co se týká provázanosti s kognitivní psychologií, opírá se autorka o soudobé teorie multimodálního učení a poznávání, zejména vlivu kinestetické modality na zapamatování (Schiffman, 1990).

Cílem terapie je podpora klienta k samostatnosti a těm způsobům sebeuchopení a sebeřízení jež směřují k pozitivnímu sebezžívání.

#### 6. Zprostředkování použití technik dalšími kolegy:

Dle informací uvedených na internetových stránkách přístupu body-mind psychoterapie je v současné době nabízen psychoterapeutický výcvik zahrnující získání dovedností jako hlubší a zřetelné porozumění vlastním tělesným stavům a procesům, kognitivní a experienciální obeznámenost s motorickým vývojem člověka, porozumění vztahu mezi tělesnými systémy a emocionálními vzorci, získání konkrétních nástrojů pro facilitaci vývojových posunů a pro podporu růstu osobnosti klienta aj.)

Vzhledem k tomu, že o směru Body-Mind Centering, resp. body-mind psychoterapie je v současné době dostupných jen velmi málo publikací, toto „kritické zhodnocení“ nemůže být viděno jinak než pouze orientační. Bohužel neexistují studie, jež by ověřovaly účinnost či vědeckou validitu body-mind psychoterapie – domnívám se, že je to zejména proto, že tento psychoterapeutický přístup vznikl v poměrně nedávné době a hlavní teoreticko-praktická báze směru, tedy Body-Mind Centering, byl po desetiletí používán spíše ve fyzioterapii či kreativních oblastech, v psychoterapii spíše intuitivně – použitím technik BMC v terapeutickém kontextu jiných verbálních či neverbálních psychoterapií. Zároveň se domnívám, že pro jakékoli validizační studie psychoterapeutických modalit je nutné ustanovení jakési společné „platformy“ pro setkání body-mind přístupů s tradičními „terapiemi rozhovorem“, jež by umožňovala uchopit směr a ověřit jeho teoretický rámec i jinými odborníky, než tvůrci či příznivci body-mind směrů.

Co se týká výzkumu věnovanému body-mind přístupům, zmínila jsem již studii G. Roxendale věnovanou tělesně orientované psychoterapii schizofrenie, dále je vhodné zmínit se o britské pilotní studii aplikace body-mind přístupu (*Body-Mind Approach*) ve skupinové práci s psychosomatickými pacienty (Payne, 2009): Jedná se o přístup založený na tanečně pohybových technikách, zejména „terapii autentickým pohybem“ (*authentic movement therapy*) Mary Whitehouse. Výzkum zahrnoval výběr pacientů s depresemi či úzkostmi a alespoň jedním psychosomatickým symptomem. Participantům byla v úvodu studie zadána baterie sebeposuzovacích dotazníků zjišťujících míru osobní pohody, zvládání života, a dále dotazník zaměřený na posouzení míry narušení životní pohody symptomem. Intervence trvala 12 týdnů (po dvou hodinách týdně), zahrnovala 4 fáze („vstupní“ zaměření na pocity, myšlenky a imaginaci, poté následoval proces ztělesňování – *embodiment* – využitím

relaxace, řízené imaginace, masáží a propojování proprioceptivního a kinestetického čítí i ostatních modalit s pohybem a další imaginací, třetí fází bylo prohlubování předešlé práce a rozšiřováním uvědomování si propojení vnitřního a vnějšího světa, fází poslední bylo verbální sdílení a reflektování zážitků ve skupině. Po ukončení byla pacientům opět zadána baterie sebeposuzovacích dotazníků (stejných jako v úvodu), zároveň bylo tři měsíce po skončení intervence provedeno následné zhodnocení formou polostrukturovaného rozhovoru, zároveň byl pacient prohlédnut svým praktickým lékařem. Výsledkem tohoto pilotního výzkumu, jak autorka udává, bylo jednak snížení frekvence návštěv praktického lékaře a užívání medikace (neudává však například, zda se participanti přestěhovali, změnili lékaře, zaměstnání, partnera či rodinný stav apod.) Dále prý nastalo u osob po BMA intervenci zlepšení ve zvládnání symptomů, změna v jejich vnímání (neutrálnější postoj a méně hodnotící a úzkostný způsob vnímání tělesných příznaků), pokles úzkostnosti a depresivity, zvýšení zodpovědnosti za vlastní zdraví a samostatnější zvládnání péče o sebe sama.

Podobná zjištění publikovali také M. Koemeda-Lutz a její kolegové (Koemeda-Lutz et al. 2006). Jedná se o německo-švýcarskou studii provedenou členy Evropské asociace pro psychoterapii zaměřenou na tělo (EABP). Ve stručnosti – výsledky studie provedené na 342 participantech s psychiatrickou diagnózou (další skupinu tvořili psychiatricky léčené osoby bez bodypsychoterapeutické intervence, a dále zdravé osoby) vypovídají o tom, že již po 6 měsících léčby došlo k radikálnímu zlepšení symptomů (sledovány: depresivita, úzkostnost, somatizace, agresivita, fobická úzkostnost aj.) a po ukončení terapie (maximálně však po 2 letech) se tito pacienti ve svých testovaných projevech symptomů přiblížili zdravé populaci. Použitými bodyterapeutickými technikami a přístupy byly Hakomi (podrobnější informace o této technice viz. například publikaci „Trauma and the body“ [Ogden Minton, Pain, 2006] nebo Getting in touch: The guide to new body-centered therapies“ [Caldwell, 1997]), bioenergetika a biosyntéza a integrativní psychoterapie zaměřená na tělo (IBP).



## **5. Shrnutí teoretické části**

V této – teoretické – části práce byl stručně nastíněn kontext historického vývoje psychoterapií zaměřených na tělo, zároveň byly zmíněny některé soudobé směry takto orientovaných směrů. První kapitola práce je tedy poměrně rozsáhlá, vzhledem k určenému tématu této diplomové práce. Byla však napsána se záměrem poskytnout jisté teoretické, „dějinné“ a diskurzivní zázemí pro objasnění základních charakteristik směru Body-Mind Centering, resp. jeho aplikaci body-mind psychoterapii. Stejně tak kapitola druhá, jež pojednává o teorii tělesně zakotveného prožívání, jejímž účelem je teoreticky podpořit hlavní faktor terapeutické změny explicitně vyjádřený v modalitách na tělo zaměřených, jímž je kultivace tělesného sebeuvědomění, vědomé prožívání vlastní tělesně-duševní integrity a zavzetí fyzických procesů a stavů do sebepojetí dané osoby. I přesto je tento „širší“ kontext svým způsobem úzký a zjednodušený – chybí v této práci například podrobnější zmínka o Moshe Feldenkraisovi a F. M. Alexanderovi – jejichž technika „správného sebeužívání“ je velmi blízká na tělo zaměřeným terapiím a mnozí z Feldenkraisovy a Alexanderovy metody „zvyšování uvědomění skrze pohyb“ a technik dosahování funkční integrace, přímo vycházejí, či jí byli ovlivněni (S. Keleman, D. Boadella, aj.). Dále zde neuvádím tanečně terapeutické směry a expresivní techniky, ač jsou bodyterapiím taktéž velmi blízké. Za zmínku by v kontextu psychoterapií zaměřených na tělo jistě stála i Assagiolliho biosyntéza (využívá techniky *focusingu*), Hakomi technika Rona Kurtze či senzomotorická terapie P. Ogdenové a K. Mintonové (jež jsou psychoterapiemi dotekovými, zaměřenými primárně na léčbu traumatu) či process-orientovaná terapie A. Mindella.

Primárním cílem této práce nebylo však vytvářet podrobnou charakteristiku bodypsychoterapeutických směrů, ale zaměřit se na ty procesy v interakci mysli a těla (tedy např. zmiňovaná všímavost, otevřenost, balancování či „kmitání“ pozornosti, sledování posloupnosti pohybu, porozumění smyslu, identifikace vnitřních tužeb a s nimi souvisejících pohybových tendencí aj.), jež podporují tělesně zakotvené prožívání a jsou součástí terapeutických technik BMC, resp. body-mind psychoterapie či ostatních zmíněných směrů. Představiteli těchto směrů jsou tyto procesy vnímány jako klíčové při dosažení pozitivní změny v prožívání, vědění i jednání klienta, jež v důsledku vede k dovednějšimu zvládnání života.

## **III. Empirická část**

# 1. Výzkumná východiska

## 1.1. Úvod

V teoretické části byl charakterizován směr Body-Mind Centering a popsán způsob jeho aplikace v psychoterapii, dále byly stručně charakterizovány další psychoterapeutické směry zaměřené na tělo. Ze základních principů těchto směrů a stejně tak z teorie tělesně zakotveného prožívání vyplývá, že uvědomování těla hraje velkou roli ve vztahu k sebepojetí, sebeprožívání, orientaci v interpersonálních vztazích, ve zvládnání reality běžného života i náročných situací.

V části empirické se pokusím o ověření části konstruktů tělesného uvědomování a na tělesné stavy a procesy zaměřené pozornosti. Z pojetí Merleau-Pontyho (Low, 1994), jež nazval tělo „základním referenčním bodem“ lidské existence, vyplývá, že schopnost tělesného uvědomování hraje významnou roli v seberegulujících procesech. Tedy schopnost vědomého prožívání tělesných stavů a pocitů, vnímáno jako **obecná tendence**, může být účinným faktorem nastolení a udržení osobní pohody (well-being) – a to na fyzické i duševní rovině. Zde je nutno upozornit na fakt, že zvýšenou vnímavost či uvědomování si tělesných stavů a procesů můžeme vidět a) jako projev patologie (např. u depresí, úzkostných a panických stavů apod.), kdy osoba zaměřuje pozornost zejména či výhradně na negativní aspekty tělesného sebeprožívání (bolest, tenze, nepříjemný tlak, apod.), b) jako pozitivní projev obecné tendence tělesného uvědomování – tedy vědomí vlastní tělesně-duševní integrity, zakotvení prožívání v těle, uchopení tělesných signálů jako vodítek pro identifikaci či předjímání dopadů událostí na intrapsychické procesy jedince, tedy na jeho prožívání, poznávací procesy i konativní složku jeho osobnosti aj.

Domnívám se, že konstrukt tělesného uvědomování vnímaného jako obecná tendence má v psychologické péči i výzkumu svůj význam. Budu se tedy snažit v následujících kapitolách ozřejmit jednak to, jaké byly identifikovány dimenze, resp. domény a subdomény tohoto konstruktů a dále ověřit souvislost určitých domén tělesného uvědomování k vybraným aspektům psychického zdraví. Za tímto účelem byly provedeny nejprve dvě pilotní studie, kde v první pilotní studii byly identifikovány možné souvislosti vybraných domén a subdomén tělesného uvědomování s depresivním prožíváním, sebehodnocením a životní spokojeností (subškály „zdraví“ a „sexualita“). Ve studii druhé bylo provedeno jednak rozšíření počtu položek týkajících se tělesného uvědomování, tak i zredukování dotazníků o škálu

sebehodnocení a spokojenosti se zdravím a sexuální stránkou života, jež se v první pilotní studii ukázaly jako nadbytečné (pro účely mého korelačního šetření). Na základě pilotních studií byla poté konstruována ostrá verze dotazníku, jež byla použita ve vlastní výzkumné studii, která se zabývá zjišťováním možných souvislostí tělesného uvědomování s depresivním prožíváním, životní spokojeností a vybranými sociálně demografickými charakteristikami souboru respondentů.

Uvedu ještě poznámku k pojmosloví: Při mapování konstruktů tělesného uvědomování jsem zjistila, že panuje poměrně velká heterogenita v názvech, jimiž je tento konstrukt označován i rozdílnost pojetí tohoto konstruktů. Vycházela jsem převážně z anglicky psaných zdrojů, kde nejčastěji je používán pojem tělesné uvědomování či uvědomění jako obecný koncept (*body awareness*) (Shields, Malory, Simon, 1989; Roxendal, 1985), tělesné vědomí popř. taktéž uvědomění (*body consciousness*), nicméně v souvislosti specifičtější – související např. s tělesnou integritou, obeznámeností s vlastními silami a dispozicemi k výkonu aj., někteří autoři kladou důraz spíše na kognitivní stránku tohoto typu tělesného uvědomování, jiní na prožitkovou (Roxendal, 1985; Mehling, Gopisetty, Daubenmier, Price, Hecht, Stewart, 2009), dále je to pojem spojení s tělem či tělesného propojení (*body connection*) jako opak k tělesné disociaci (*bodily dissociation*) (Price, Thompson, 2007). Vzhledem k tomu, že bází pro tento výzkum byl dotazník tělesného uvědomování (*Body awareness questionnaire*) zaměřený na neutrální až pragmatický aspekt tohoto konstruktů, budu dále v práci používat pojem „tělesné uvědomování“.

## 1.2. Výzkumné otázky

Keith F. Punch ve své publikaci *Úspěšný návrh výzkumu* (Punch, 2006) upozorňuje na význam identifikace výzkumné oblasti v souvislosti s formulací obecných a specifických výzkumných otázek. Výzkumnou oblastí tedy, jak již bylo vymezeno v úvodu, je tělesné uvědomování. Tato oblast se v mé empirické studii vztahuje dále k tématům klinické psychologie, jimiž jsou depresivní prožívání a životní spokojenost.

Nyní uvedu obecné a specifické otázky, jež mne vedly k tvorbě konkrétních hypotéz, uvedených ve vlastní výzkumné studii (v kap. 4, empirické části této práce):

### Obecné výzkumné otázky:

1. Jaký je vztah tělesného uvědomování k různým aspektům života člověka?

## 2. Je tělesné uvědomování měřitelné?

### Specifické výzkumné otázky:

ad 1.

- Existuje souvislost mezi tělesným uvědomováním a životní spokojenosti?
- Existuje souvislost mezi tělesným uvědomováním a depresivním prožíváním?
- Existuje souvislost mezi tělesným uvědomováním a sebehodnocením?
- Existuje souvislost mezi tělesným uvědomováním a sociodemografickými charakteristikami , jako je věk, pohlaví, vzdělání a povolání, místo bydliště?

ad 2.

- Je možno tělesné uvědomování měřit sebesuzovacím dotazníkem?
- Jak je možno tělesné uvědomování operacionalizovat?
- Je tělesné uvědomění homogenním konstruktem, či existuje více různých a do určité míry na sobě nezávislých aspektů tohoto konstruktů?

### **1.3. Výzkumné cíle a výzkumná strategie**

Obecných i specifických otázek, jež se týkají tělesného uvědomování, by bylo možno identifikovat jistě více (např. jaký je vztah tělesného sebeuvědomování k obecně psychologickým dimenzím, jako je extraverte, neuroticismus, inteligence, paměť apod.), nicméně pro účely této studie byly identifikovány otázky uvedené výše – a to zejména z toho důvodu, že se jedná o práci klinickopsychologickou, související se směrem Body-Mind Centering (resp. body-mind psychoterapie) a dalšími psychoterapiemi zaměřenými na tělo.

Účelem této empirické studie je tedy jednak jistým způsobem uchopit a zmapovat samotný konstrukt tělesného uvědomění v jeho předpokládané různorodosti, a dále ověřit hlavní předpoklad na tělo zaměřených psychoterapií, že schopnost tělesného uvědomování jako obecná tendence má souvislost s aspekty psychického zdraví. Tedy případná kultivace nehodnotícího a v přítomnosti zakotveného tělesného uvědomování, tak jak ji naznačuje směr BMC, resp. body-mind psychoterapie i ostatní takto orientované směry, má význam v dosahování pozitivní změny prožívání a zvládnání života.

Zvolenou výzkumnou strategií je kvantitativní výzkum – korelační šetření. Cílem tohoto šetření je, jak bylo výše zmíněno, zjistit zda souvisí schopnost tělesného uvědomění s depresivním prožíváním, životní spokojeností, sebehodnocením a sociálně demografickými charakteristikami.

Nyní stručně zdůvodním výběr klinickopsychologických témat tohoto šetření:

Deprese je v současné době pravděpodobně nejrozšířenější psychická porucha. Höschl (2002) udává 4,5-9,3% prevalenci této nemoci u žen a 2,3 – 3,2% u mužů, Křivohlavý (2010) udává dokonce 10-25% žen a 5-12% mužů. J. Praško, P. Možný, M. Šlepecký et al. (2007) označují depresi jako nemoc, která zasahuje celý organismus, je intenzivní, zpravidla dlouhodobá a ztěžuje adaptaci na situace běžného života. Je charakterizována zejména nízkým sebehodnocením, pocity viny, stavy beznaděje, vegetativními obtížemi, sexuálními dysfunkcemi, nesoustředěností a nezájmem, poruchami spánku, nechutenstvím či přejídáním, taktéž depersonalizačními a derealizačními stavy a suicidálními myšlenkami či pokusy (Höschl 2002). Pacienti s depresí si často stěžují i na somatické příznaky, jako je únava a vyčerpání, svírání na hrudi, bolesti hlavy i jiných částí těla, ztuhlost či ochablost svalstva, pocity napětí, poruchy trávení apod. (Praško, Možný, Šlepecký et al. 2007). Etiopatogeneze tohoto onemocnění je nejasná – v zásadě se deprese považuje za onemocnění multifaktoriální, se sociálněpsychologickými i biologickými či genetickými příčinami. KBT uvádí zároveň soubor tzv. „kognitivních omylů“, jež souvisejí s depresí či depresivním prožíváním – např. „závěry skokem“ (svévolná dedukce) – tedy závěry neodpovídající skutečnosti, z níž vycházejí, selektivní abstrakce – vytrhávání detailů z kontextu, opomíjení jiných aspektů, nepřiměřená generalizace, černobílé myšlení, diskvalifikace pozitivních událostí a jevů, katatymní myšlení (záměna postojů a emocí s myšlenkami), „musturbace“ (tvrzení založená na „musím“, „měl bych“ - tj. taková, která v důsledku vedou k vyvolávání tlaku a stresu, ztrátě respektu k vlastnímu tělu a jeho možnostem, apod.), nálepkování (*labeling*) jako krajní forma zevšeobecňování, redukcionistického hodnocení, jež se vztahuje zejména na vlastní osobu (Praško, Možný, Šlepecký et al. 2007).

Tento výčet kognitivních omylů, jež se vyskytují u depresivních osob zde uvádím záměrně – zrcadlí se v něm totiž i přístup k hodnocení vlastního těla a jeho procesů a přístup k tělesným signálům, jež jsou za normálních okolností smysluplnými vodítky k řešení situací. Tělesné projevy a stavy jsou u depresivních osob prožívány spíše jako rušivé, zneklidňující, budící úzkost, snižující pocit vlastní hodnoty (či vlastního zdraví, což má na depresivitu také značný

vliv), integrity, bezpečí aj. Tudiž se jim daná osoba spíše vyhýbá, potlačuje je či ignoruje, čímž se připravuje o důležité informace, jež by jí umožnily vnímat skutečnost celostně, neselektivně, zaujmout jiný postoj k sobě samé a k řešení životních otázek apod.

**Tento kognitivně-afektivní aspekt vnímání tělesné nepohody je součástí konstruktů tělesného sebeuvědomování, a tak byl také v této studii zkoumán.**

Ačkoli výše hovořím o depresi jako diagnóze, podotýkám, že tato studie byla prováděna na neklinické populaci. Termín deprese je zde tedy vhodné nahradit spíše termínem „depresivní prožívání“.

K otázce zaměření se kromě deprese také na životní spokojenost respondentů mohu sdělit zejména následující:

Úroveň spokojenosti s vlastním životem vnímám jako opozitum k depresivnímu prožívání. Zároveň vnímám jistou souvislost schopnosti nehodnotícího tělesného uvědomování a vnímanou úrovní body-mind integrity se:

- schopností prožívat radost, štěstí a vzbuzovat naději,
- schopností stanovovat si pozitivně orientované osobní cíle,
- motivací, schopností učit se i z negativních či nepříjemných zkušeností
- nezdolností (resiliencí) a sebeúčinností (*self-efficacy*)
- pocitem smysluplnosti, autodeterminismem aj.

Tyto faktory jsou představiteli tzv. pozitivní psychologie či „psychologie štěstí“ vnímány jako související s životní spokojeností a osobní (subjektivní) pohodou (Křivohlavý 2010; Csikszentmihalyi, 1996) a je možno o nich uvažovat jako o ukazatelích psychického zdraví.

Druhý, z výše citovaných autorů, M. Csikszentmihalyi ve své publikaci „O štěstí a smyslu života“ (Csikszentmihalyi, 1996) v kapitole věnované roli těla ve stavu plynutí (*flow*) potvrzuje, že uvědomování si vlastních zážitků a okolností života na tělesné úrovni hraje klíčovou roli při dosahování stavu plynutí, jež je klíčovým pro pocit radosti a uspokojení z činnosti, pro pocit smysluplnosti vlastní existence, posilování motivace a chuti dostat životním výzvám, volit si cíle aj. Zároveň dodává, že tohoto stavu dosahujeme nejen pohybem těla, ale i koncentrací naší pozornosti a vnímavou všímavostí – tedy účastenstvím myslí na odehrávajících se procesech. Kebza (2005) dává schopnost prožívat stavy plynutí do

souvislosti s odolností. Uvažuje o této schopnosti jako o „protektivním profilu“ zvyšujícím kompetence člověka zvládat i negativní životní události.

Souvislost životní spokojenosti se schopností tělesného uvědomování bych si taktéž ráda ověřila korelačním šetřením této výzkumné studie. Zodpovědět otázku, zda aspekty tělesného uvědomění (které a jak) souvisejí s depresivním prožíváním a zda aspekty tělesného uvědomění (které a jak) souvisejí se spokojeností s vlastním životem, se mi jeví jako užitečné v souvislosti s úvahami o základních předpokladech bodypsychoterapeutických směrů o kultivaci tělesného sebeuvědomování jako účinném nástroji pozitivní terapeutické změny.

#### **1.4. Výběr nástrojů a jejich charakteristika**

Při výběru standardizovaného nástroje pro měření tělesného uvědomění se ukázala velmi užitečná studie W. E. Mehlinga, V. Gopisetty, J. Daubenmierové, C. J. Priceové, F. M. Hechta a kol. (2009) s názvem „*Body Awareness: Construct and Self-Report Measures*“. Autoři se v této studii věnovali podrobné analýze sebeposuzovacích dotazníků a škál, určených pro měření tělesného uvědomování. Došli k zajímavým zjištěním: a) tělesné uvědomování je heterogenní konstrukt; identifikovali 4 základní domény a 11 subdomén, b) zvýšená schopnost tělesného uvědomování může být adaptivní i maladaptivní; c) do data ukončení této studie nenalezli publikovaný dotazník, jež by pokryl všechny 4 domény a subdomény tohoto konstruktů.

Zde jsou autory studie identifikované domény tělesného uvědomování včetně stručných charakteristik:

1. **vnímané počítky a tělesné stavy** – zahrnuje schopnost vnímat a zaznamenat změny tělesných stavů a procesů, identifikovat vnitřní vjemy. V rámci této domény byly identifikovány další 4 subdomény: a) vjemy související se stresem, obavami, bolestí, b) vjemy týkající se pohody, c) neutrální či nejednoznačné počítky a vjemy, d) evaluativní aspekt daného vjemu
2. **kvalita pozornosti** – reflektuje procesuální stránku tělesného uvědomování, samotnou aktivitu věnování pozornosti a vnímanou sebeúčinnost (*self-efficacy*) při tomto procesu. Identifikovány zde byly 3 subdomény: a) intenzita věnované pozornosti, b) sebe-účinnost při pozorování – volní schopnost zaměřit se či odpoutat pozornost od



tělesných vjemů, c) modus pozornosti – tedy přemýšlení o tělesném stavu, hodnocení, reflektování, analyzování či extrémní ruminace (tento aspekt tělesného uvědomění se vztahuje k výše zmíněnému maladaptivnímu projevu na tělo zaměřené pozornosti, jež bývá často měřeno dotazníky posuzujícími úzkost, depresivitu, apod.)

3. **postojová stránka tělesného sebeuvědomění** – odkazuje ke dvěma subdoménám reflektujícím, jakým způsobem se daná osoba vztahuje ke svým tělesným signálům:
  - a) „důvěra“ – tělesné sebeuvědomování je vnímáno jako nápomocné, užitečné;
  - b) „obavy a katastrofizace“ – předpojatost vůči tělesným signálům, např. kvůli strachu z nemoci aj. (taktéž tato subdoména odkazuje k maladaptivnímu projevu tělesného sebeuvědomování). Tato doména je zároveň autory studie vnímána jako související s osobnostním rysem (předpojatosti vůči tělesným signálům), jež je relativně stabilní, nicméně potenciálně ovlivnitelná terapeutickou změnou.
4. **uvědomovaná úroveň body-mind integrace** – tato doména odkazuje k subjektivním prožitkům rozlišitelným těmito dvěma subdoménami: a) vnímání tělesných počitků jako sensorických aspektů emocí (*pozn. - podobně jako v Damasiově „hypotéze somatických markerů“*), b) pocit „tělesného self“ - pocit či zážitek celistvosti, integrity – reprezentuje percepce druhého řádu, jež zahrnují pocit prožívaného smyslu a vzájemného propojení mentálních, emocionálních a psychických procesů – jako opozitum k pocitům odcizení se či oddělení od svého těla (charakterizovaných jako určitá míra depersonalizace či derealizace)

Vzhledem k výsledkům této studie, jež ověřovala psychometrické charakteristiky sebeposuzujících dotazníků zjišťujících tělesné uvědomování, byl pro účel mého výzkumu zvolen 18-položkový sebeposuzovací dotazník tělesného uvědomování (*Body awareness questionnaire*) autorem S. A. Shields, M. E. Mallory a A. Simon (1989), jež měří neutrální aspekt tělesného uvědomování – tedy pokrývá část konstruktů tělesného uvědomování uvedenou ve studii Mehlinga a kolegů jako 1.a) (3 položky) a 1.c) (15 položek).

Stručná charakteristika BAQ (Shields, Mallory, Simon, 1989):

Dotazník, resp. škála měří **přesvědčení osob o jejich senzitivě k normálním, neemotivním tělesným procesům** v rozličných životních kontextech.

Vývoj škály zahrnoval původně 52-položkový soubor. Poté, co proběhla pilotní administrace na vzorku studentů, bylo získáno konečných 18 položek. Faktorová analýza odhalila

4 subškály, jež však nejsou skórovány odděleně: a) všímavost ke změnám tělesných procesů, b) schopnost předpovídat vlastní tělesné reakce, c) cyklus spánků-bdění, d) schopnost předjímat nástup nemoci.

Dotazník používá sedmibodovou Likertovu škálu pro určení míry, s jakou respondent shledává tvrzení uvedené v položce jako jej vystihující či nevystihující.

Reliabilita škály byla testována na vzorku 794 respondentů (465 studentů VŠ). Analýza variance (ANOVA) přinesla následující výsledky:

	N	M	SD	alfa koeficient
ženy :				.80
studentky VŠ	312	107.6	18.2	
ostatní	184	106.4	20.5	
muži:				.82
studenti VŠ	153	99.8	19.4	
ostatní	145	99.7	23.2	

Test-retest reliabilita na nezávislém vzorku 70 osob byla provedena s výsledkem  $r = .80$ .

Validizační šetření prokázalo souvislost tělesného uvědomování měřeného BAQ s **extraverzí** (měřeno EPI) – a to pouze u žen ( $r=.35$ ,  $p\leq.005-.001$ ), dále pozitivně korelovalo s **fyzickou kondicí** (ženy:  $r=.23$ , muži:  $r=.32$ ,  $p\leq.05-.01$ ), dále u mužů taktéž pozitivně korelovalo s vnímanou **fyzickou atraktivitou** a vnímanou **fyzickou silou** ( $r=.34$ ,  $r=.29$ ,  $p\leq.05-.01$ ). (Pro tyto účely validizace byla použita škála tělesného sebehodnocení – *Body Esteem Scale*.)

Nejvýznamnější korelace se ukázaly při porovnání výsledků v BAQ s dotazníkem tělesného vědomí či uvědomění (*Body Consciousness Questionnaire*) – na subškále „**soukromé tělesné uvědomění**“ (*private body consciousness*) byly výsledky u mužů:  $r=.66$  a u žen:  $r=.48$  při  $p\leq.005-.001$ , u mužů dále ještě byla zjištěna souvislost s „**veřejným tělesným uvědoměním**“ a skórem BAQ:  $r=.34$ ,  $p\leq.05-.01$ .

Taktéž byly korelovány výsledky v BAQ s výsledky na Rosenbergově škále sebeúcty, nicméně se zde neprojevila významnější souvislost.

Další psychometrické dotazníky, jež byly v mém šetření použity, zde nebudu specifikovat podrobně, buď z toho důvodu, že se jednalo o vlastní doplněné položky, jež měly sytit konstrukt tělesného uvědomování, anebo se jednalo o dotazníky, jež byly použity pouze na malém vzorku při pilotních studiích, a poté vyřazeny.

## 1.5. Metoda sběru dat a výběr respondentů

V případě obou pilotních studií i vlastní výzkumné studie byla data sbírána prostřednictvím internetu, a to sebespuzujícíím multifázovým dotazníkem složeným z několika různých škál. U první pilotní studie se jednalo o neveřejné rozesílání zaheslovaného dotazníku vybraným kontaktům, u druhé pilotáže a vlastní výzkumné studie pak šlo o veřejný dotazník.

Ve výzkumech není možné pracovat s úplným popisem reality, ale vždy je třeba redukovat. A to vytvořením reprezentativního vzorku zkoumané populace, který zaručuje, že trendy v něm zjištěné, je možné vztáhnout na celou zkoumanou populaci. Hendl (2009), Ferjenčík (2000).

Při výběru respondentů pro tento výzkum bylo zřejmé, že reprezentativity se dosáhnout nepodaří, již vzhledem k tomu, že dotazník byl administrován po internetu (což již samo o sobě zkresluje výsledky směrem k počítačově gramotné populaci a osobám s nižším věkovým průměrem), a to prostřednictvím vlastních kontaktů, sociálních sítí a diskusních fór. Zároveň byla s dotazníkem rozesílána instrukce, aby byl předáván dál (snow-ball technique).

Výběr byl tedy nenáhodný, řídil se převážně pragmatickými hledisky, nicméně byla dodržena alespoň rovnoměrnost, co se týká pohlaví, při rozesílání dotazníku. (Což ale bohužel neznamenalo rovnoměrnou účast mužů a žen při vyplňování dotazníku.)

Vlastnosti vzorku hlavní výzkumné studie budou podrobně uvedeny v kapitole č. 4 této části práce.

## **2. Překlad dotazníku BAQ a pilotní studie č. 1**

Při převádění psychometrických nástrojů z odlišného jazykového prostředí, je zpravidla uváděn postup buď dvou paralelních překladů, anebo překlad se zpětným překladem do původního jazyka s následným porovnáním rozdílů. Pro účely své výzkumné studie jsem se rozhodla zvolit metodu dvou paralelních překladů. Zároveň jsem kontaktovala hlavní autorku testu Stephanií A. Shields, ohledně svolení k použití testu při veřejném výzkumném šetření.

V první pilotní studii jsem se rozhodla korelovat výsledky v BAQ s výsledky na Rosenbergově škále sebehodnocení, Beckově škále deprese (Beck, Steer, Brown, 1996; upr. Preiss, Vacíř, 1999), a dále na dvou subškálách dotazníku životní spokojenosti – DŽS (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2000; upr. Rodný, Rodná, 2001), a to konkrétně na subškálách spokojenosti se zdravím a spokojenosti se sexuálním životem.

Dále jsem připojila vlastní položky, jež měly odrážet další aspekty tělesného uvědomování, odlišné od aspektů měřených BAQ. Šlo o položky:

### a) zaměřené na afektivní aspekty vnímání tělesné pohody a nepohody:

1. Často rád/a a záměrně naslouchám svému tělu, pomáhá mi to orientovat se v různých situacích.
2. \* Vnímání tělesných pocitů ve mně obvykle budí obavy z nemoci.
3. Důvěřuji svému tělu a jeho signálům.
4. \* Svým pocitům příliš nevěřím, považuji je za zbytečné či nepravdivé.
5. Chci svou vnímavost a pozornost k pocitům a tělesným procesům dále rozvíjet a prohlubovat - věřím, že této dovednosti se lze naučit.
6. Když obrátím svou pozornost do těla, jako první si všimnu spíše příjemných pocitů.

### b) zaměřené na vnímanou úroveň body-mind integrace:

7. \* Často si připadám od svého těla odpojen/a, je mi cizí.
8. Všimám si, že se mi dýchá obtížněji, když znervózním.
9. \* Každodenní pohyby a úkony dělám většinou zcela automaticky, nevnímám je a nevěnuji jim speciální pozornost.
10. Často prožívám stavy „splynutí“ mysli a těla, které jsou mi velmi příjemné.
11. Cítím se ve svém těle doma.
12. Občas zažívám stavy, kdy mám hluboké pochopení pro sebe, celý svůj život s jeho minulostí, přítomností i tím, co přichází.

\* = reverzně skórované položky

Tyto položky vznikly částečně modifikací položek uváděných různými dotazníky zaměřujícími se na tělesné uvědomování, „tělesnou inteligenci“, spojení s tělem či tělesnou disociací, částečně intuitivně – na základě vlastních poznatků získaných prací s tělesným

uvědomováním a tělesně zakotveným prožíváním, a dále také na základě principů formulovaných BMP jako principy body-mind integrace

### Struktura dotazníku a sběr dat

První pilotní dotazník byl tedy tvořen těmito sadami otázek:

- 18 otázek **BAQ**
- 6 otázek na **afektivní aspekt a postoj k vnímání těla (A)**
- 6 otázek na **vnímanou body-mind integraci (BMI)**
- 10 otázek **Rosenbergovy škály sebehodnocení**
- 7 otázek subškály **Spokojenosti se zdravím z DŽS**
- 7 otázek subškály **Spokojenosti s vlastní sexualitou z DŽS**
- 21 otázek **Beckovy škály deprese**
- 6 sociodemografických otázek (věk, pohlaví, vzdělání, profese aj.)
- a pole pro zpětnou vazbu

Cílem první pilotní studie bylo zjistit co nejvíce možných souvislostí tělesného uvědomování s různými tématy klinické psychologie, proto bylo zvoleno poměrně značné množství různých škál a subtestů.

Pilotní studie se zúčastnilo 46 respondentů, administrace byla neveřejná. Data byla sbírána v období 23.-24. 6. 2011.

Při zpracování dat byly HS položek jednotlivých škál sečteny, byla zjištěna korelace položek se škálou a korelace jednotlivých škál mezi sebou, dále vyhodnocení reliability vlastních škál metodami Cronbachovo alfa a split-half reliability<sup>9</sup>.

Výzkumná zjištění byla následující:

	BA	A	BMI	RO	SZ	SS	BD
Souhrn 1-18 (Body Awareness)	-	<b>0,49</b>	<b>0,52</b>	0,02	-0,02	0,07	0
Souhrn 19-24 (A)		-	<b>0,56</b>	0,24	<b>0,44</b>	0,26	-0,24
Souhrn 25-30 (BMI)			-	<b>0,48</b>	0,36	<b>0,43</b>	<b>-0,46</b>
Souhrn 31-40 (Rosenberg)				-	0,34	0,22	<b>-0,65</b>
Souhrn 41-47 (Spokojenost, zdraví)					-	0,34	-0,34
Souhrn 48-54 (Spokojenost, sex)						-	<b>-0,39</b>
Souhrn 55-75 (Beck)							-

*Byla zvolena hladina významnosti 0,01, tj. nutná korelace minimálně 0,38*

9 Komplettní výsledky položkové analýzy aj. jsou k dispozici na vyžádání u autorky práce.

### Tedy statisticky významně korelují:

- s body-awareness souvisí afektivní aspekt a postoj k vnímání těla (0,49) i BMI (0,52)
- afektivní aspekt a postoj k vnímání těla koreluje s BMI (0,56) a se spokojeností se zdravím (0,44)
- BMI koreluje se škálou sebehodnocení (0,48), spokojeností se sexem (0,43) a negativně se škálou deprese (-0,46)
- škála sebeúcty negativně koreluje se škálou deprese (-0,65), stejně tak i spokojenost se sexem koreluje negativně se škálou deprese (-0,39)

Víceméně se zde tedy potvrzují zjištění a předpoklady ohledně tělesného vnímání, depresivního prožívání a sebehodnocení, jež byly vyjádřeny autory citovanými v předchozí kapitole.

### Rozhodnutí pro druhou pilotní studii:

Na základě výsledků této pilotní studie jsem se rozhodla:

- a) Pro přidání dalších položek pro vnímanou úroveň body-mind integrace a rozlišit „afektivní“ subškálu na subškály „afektivní aspekt vnímání tělesné pohody“ a na „afektivní aspekt vnímání tělesné nepohody“ - a zde taktéž přidat položky. Domnívám se, že přidáním položek a případnou reformulací mohu docílit lepší homogenity dotazníku a zmapování dané části konstruktů tělesného uvědomování.
- b) Ukázaly se i jisté rozdíly v tělesném uvědomování v souvislosti se sociálně demografickými charakteristikami respondentů, nicméně na takto malém vzorku jsou neinterpretovatelné. Otázky byly ponechány nezměněné i pro druhou pilotní studii.
- c) Při položkové analýze se ukázaly být poněkud problematické reverzně skórované položky. Některé z nich byly reformulovány.

Dále jsem se – s ohledem na délku dotazníku – rozhodla do druhé pilotní studie nezařadit Rosenbergovu škálu sebehodnocení a dvě subškály zjišťující spokojenost se zdravím a sexem jsem nahradila Pětipoložkovou škálou spokojenosti se životem (FSWLC) (Diener, Emmons, Larsen, Griffen, 1985, in Křivohlavý 2010). Také jsem Beckovu škálu deprese nahradila škálou deprese převzatou od PhDr. Peterkové, a to zejména z důvodu etické spornosti používání diagnostických pomůcek při veřejném testování (druhá pilotáž již byla zamýšlena jako veřejně vyvěšený dotazník). Škála deprese PhDr. Peterkové je veřejně dostupná na její webové stránce a autorka dotazníku s použitím pro účely této diplomové práce souhlasila.

### 3. Pilotní studie č. 2

Sběr dat proběhl nyní veřejně, a to v době mezi 26. 6 a 28. 6 2011. Celkem odpovědělo 46 respondentů.

Dotazník byl tvořen těmito sadami otázek:

- 18 otázek **BAQ**
- 6 otázek na afektivní aspekt vnímání **tělesné pohody (A-TN)**
- 6 otázek na afektivní aspekt vnímání **tělesné nepohody (A-TP)**
- 8 otázek - osoba vnímá tělesné počitky a stavy jako emocionální „markery“, jako senzory aspekty svého prožívání - (Senz)
- 14 otázek – vnímaná body-mind integrace (BMI)
- 16 otázek **škály deprese** PhDr. M. Peterkové (se svolením autorky)
- 5 otázek na **životní spokojenost** (FSWLC, kol. aut. 1985; in Křivohlavý, 2004)

#### 3.2. Zpracování dat

Provedla jsem:

- sečtení hrubých skóre jednotlivých položek do škál
- korelace položek se škálou, do které patří
- korelace položek s příbuznými škálami - např. položky ze škál vnímané tělesné (ne)pohody se škálou body-awareness
- vzájemnou korelaci škál
- položkovou analýzu
- vyhodnocení reliability vlastních škál metodami Cronbachovo alfa a metodu split-half
- oproti pilotní studii č.1 **navíc i faktorovou analýzu**

*(Kompletní a podrobná data s výsledky této pilotní studie jsou na vyžádání u autorky diplomové práce.)*

### 3.3. Výzkumná zjištění

#### I. Korelace škál

	BA	A-TP	A-TN	Senz	BMI	Dep	FSWLC
Body Awareness	-	<b>,50</b>	,44	<b>,72</b>	,39	,10	-,01
A-TP		-	,34	<b>,58</b>	<b>,50</b>	-,13	,13
A-TN			-	<b>,46</b>	,16	,29	,14
Senz				-	<b>,54</b>	-,11	,06
BMI					-	-,29	,24
Deprese						-	-,38
FSWLC							-

Statisticky významná zjištění:

- body-awareness koreluje s vnímáním tělesné pohody (0,50) a s D3 (0,72)
- vnímání tělesné pohody koreluje s Senz (0,58) a BMI (0,50)
- vnímání tělesné nepohody koreluje s Senz (0,46)
- Senz koreluje s BMI (0,58)



## II. Faktorová analýza

S použitím online nástroje Patricka Wessy, PhD. jsem provedla faktorovou analýzu mnou formulovaných otázek metodou Principal Components pro dva až čtyři faktory.

	Variabl	Facto	Facto	Facto	Factor	Variabl	Factor	Factor	Factor	Variabl	Factor	Factor
	es	r1	r2	r3	4	es	1	2	3	es	1	2
19 - Všímám si pocitů uvolnění, když relaxuji.	19	<b>0.658</b>	0.263	0.188	-0.021	19	<b>0.662</b>	0.298	0.074	19	<b>0.522</b>	0.402
20 - Když jím něco, co mi chutná, rozlévá se mi po těle příjemný p	20	<b>0.289</b>	0.043	0.276	-0.093	20	<b>0.292</b>	0.121	0.091	20	<b>0.269</b>	0.164
21 - Všímám si, jak reaguje moje tělo na příjemný dotek a fyzickou	21	<b>0.589</b>	0.178	0.273	-0.149	21	<b>0.591</b>	0.259	0.032	21	<b>0.445</b>	0.355
22 - Když dělám něco, co mne baví, vnímám to celým svým tělem	22	<b>0.856</b>	-0.067	0.064	0.042	22	<b>0.858</b>	-0.058	0.044	22	<b>0.683</b>	0.088
23 - Mé tělo reaguje na příjemné prožitky tak, že to na mně pozna	23	<b>0.6</b>	0.141	0.241	0.241	23	<b>0.612</b>	0.149	0.315	23	<b>0.653</b>	0.233
24 - Když cítím příjemnou vůni, dokáže mi to zvednout náladu.	24	<b>0.616</b>	0.24	0.09	0.102	24	<b>0.621</b>	0.231	0.11	24	<b>0.52</b>	0.328
25 - Když mne něco bolí, docela mne to obtěžuje.	25	0.044	<b>0.707</b>	0.131	0.052	25	0.05	<b>0.698</b>	0.109	25	0.045	<b>0.688</b>
26 - Když mám nepříjemný tělesný pocit nebo bolest, obvykle to d	26	0.07	<b>0.829</b>	0.169	-0.044	26	0.075	<b>0.84</b>	0.056	26	0.015	<b>0.835</b>
27 - Nepříjemné tělesné pocity a stavy vnímám jako něco, co nar	27	0.182	<b>0.682</b>	0.151	0.116	27	0.19	<b>0.667</b>	0.167	27	0.191	<b>0.678</b>
28 - Když jsem unaven/a, často mívám změněnou náladu.	28	0.246	<b>0.486</b>	0.478	-0.247	28	0.251	<b>0.619</b>	0.092	28	0.192	<b>0.647</b>
29 - Když jsem nemocný/á, bývám obvykle velmi nespokojený/á.	29	-0.148	<b>0.697</b>	0.375	0.237	29	-0.131	<b>0.715</b>	0.413	29	0.102	<b>0.654</b>
30 - Ostatní na mé náladě zpravidla poznají, když mi není fyzicky	30	-0.146	<b>0.551</b>	0.564	0.161	30	-0.127	<b>0.634</b>	0.476	30	0.153	<b>0.571</b>
31 - Všímám si, že se mi obtížně dýchá, když jsem nervózní.	31	0.24	<b>0.666</b>	0.02	0.004	31	0.242	<b>0.64</b>	-0.004	31	0.122	<b>0.671</b>
32 - Vím, při jakých prožitcích dochází k nahromadění energie v n	32	0.381	-0.107	<b>0.691</b>	0.215	32	0.402	0.024	<b>0.59</b>	32	<b>0.684</b>	0.056
33 - Vím, při jakých prožitcích u mne dochází ke snížení svalovéh	33	<b>0.277</b>	0.087	0.74	0.101	33	0.296	0.241	<b>0.532</b>	33	<b>0.546</b>	0.255
34 - Mé tělo mne vždy upozorní na to, jak bezpečné je okolí, či m	34	<b>0.609</b>	0.104	0.078	0.225	34	<b>0.617</b>	0.078	0.201	34	<b>0.59</b>	0.17
35 - Zaznamenám, jak mé tělo ztuhne, když jsem vylekany/á.	35	0.043	0.054	<b>0.746</b>	0.179	35	0.065	0.198	<b>0.606</b>	35	<b>0.423</b>	0.169
36 - Záměrně věnuji pozornost tělesným stavům, abych porozum	36	<b>0.633</b>	0.292	-0.275	0.361	36	<b>0.637</b>	0.15	0.08	36	<b>0.52</b>	0.252
37 - Mám dobrou intuici.	37	0.232	-0.11	0.022	<b>0.608</b>	37	0.249	-0.205	<b>0.48</b>	37	<b>0.518</b>	-0.188
38 - Vnímám, jakým způsobem se odráží stres v mém těle.	38	0.465	0.312	<b>0.475</b>	0.181	38	<b>0.481</b>	0.379	0.418	38	<b>0.6</b>	0.429
39 - Mívám stavy, kdy si připadám od svého těla a pocitů odpoje	39	0.369	<b>0.62</b>	-0.26	-0.114	39	0.362	<b>0.55</b>	-0.275	39	0.045	<b>0.62</b>
40 - Můj pohyb prostorem odráží to, jak se v danou chvíli cítím a n	40	<b>0.547</b>	0.431	0.125	-0.148	40	<b>0.546</b>	0.465	-0.063	40	0.33	<b>0.556</b>
41 - Mívám tělo často jakoby ztuhlé, necitlivé.	41	0.067	<b>0.364</b>	-0.219	0.139	41	0.067	<b>0.272</b>	-0.038	41	0.001	<b>0.281</b>
42 - Často prožívám stavy „splynutí“ mysli a těla.	42	<b>0.586</b>	0.037	0.294	0.551	42	<b>0.607</b>	0.009	0.592	42	<b>0.842</b>	0.077
43 - Při sexuálních aktivitách se cítím oddělený/á od svého těla.	43	0.035	<b>0.383</b>	-0.078	-0.23	43	0.029	<b>0.387</b>	-0.235	43	-0.166	<b>0.4</b>
44 - Vnímám svou mysl jako zakotvenou v těle.	44	<b>0.474</b>	0.162	0.427	0.13	44	<b>0.487</b>	0.233	0.35	44	<b>0.574</b>	0.291
45 - Většinu každodenních pohybů a úkonů dělám automaticky,	45	-0.634	0.42	-0.012	0.017	45	-0.632	0.398	0.021	45	-0.502	0.281
46 - Často prožívám stavy, kdy mám hluboké, jakoby „fyzické“ po	46	<b>0.511</b>	0.122	0.198	0.452	46	<b>0.528</b>	0.085	0.456	46	<b>0.687</b>	0.146
47 - Občas se dívám na své tělo jakoby „zvenčf.“	47	0.19	<b>0.236</b>	0.031	-0.195	47	0.186	<b>0.266</b>	-0.143	47	0.024	<b>0.303</b>
48 - Přirozeně věnuji pozornost svým emocím, vždy jsem schop	48	0.212	0.009	<b>0.299</b>	0.228	48	0.225	0.04	<b>0.358</b>	48	<b>0.398</b>	0.056
49 - Vnímám sebe sama/u jako tělesnou bytost.	49	-0.259	0.054	0.14	<b>0.678</b>	49	-0.238	-0.031	<b>0.623</b>	49	<b>0.226</b>	-0.11
50 - Fyzicky vnímám, že jsem součástí širšího celku (příroda, ves	50	0.13	0.189	-0.05	<b>0.661</b>	50	0.147	0.054	<b>0.474</b>	50	<b>0.414</b>	0.05
51 - Cítím se propojený/á a celistvý/á.	51	-0.055	-0.099	0.366	<b>0.651</b>	51	-0.03	-0.12	<b>0.74</b>	51	<b>0.467</b>	-0.168
52 - Většinu každodenních situací vnímám doslova „všemi smysly	52	0.433	-0.06	0.154	<b>0.706</b>	52	0.455	-0.143	<b>0.632</b>	52	<b>0.766</b>	-0.101

Barevné zvýraznění odpovídá jednotlivým faktorům (při 4 faktorech). Je vidět, že všechny otázky prvních dvou navržených škál tvoří samostatné faktory. U třetí a čtvrté škály je naopak znát, že se na pilotním vzorku nepotvrdily předpoklady o tom, které otázky sytí kterou škálu – některé otázky sytí první dvě škály, ostatní se uspořádaly do dvou faktorů, ale jinak, než byl původní předpoklad. Tyto informace byly (spolu s položkovou analýzou uvedenou níže) použity ke zformování škál pro hlavní výzkumnou studii.

### III. Položková analýza

U všech položek jsem provedla korelaci položky s jejich škálou. Pro mnou vytvořené škály byly výsledky takovéto (reverzně skórované otázky jsou kurzívou):

19 - Všímám si pocitů uvolnění, když relaxuji.	0,78
20 - Když jím něco, co mi chutná, rozlévá se mi po těle příjemný pocit.	0,47
21 - Všímám si, jak reaguje moje tělo na příjemný dotek a fyzickou blízkost.	0,70
22 - Když dělám něco, co mne baví, vnímám to celým svým tělem.	0,83
23 - Mé tělo reaguje na příjemné prožitky tak, že to na mně poznají i ostatní.	0,76
24 - Když cítím příjemnou vůni, dokáže mi to zvednout náladu.	0,73
25 - Když mne něco bolí, docela mne to obtěžuje.	0,75
26 - Když mám nepříjemný tělesný pocit nebo bolest, obvykle to doprovázejí i nepříjemné emoce (zlos)	0,86
27 - Nepříjemné tělesné pocity a stavy vnímám jako něco, co narušuje moji pohodu.	0,76
28 - Když jsem unaven/a, často mívám změněnou náladu.	0,64
29 - Když jsem nemocný/á, bývám obvykle velmi nespokojený/á.	0,79
30 - Ostatní na mé náladě zpravidla poznají, když mi není fyzicky dobře.	0,72
31 - Všímám si, že se mi obtížně dýchá, když jsem nervózní.	0,47
32 - Víím, při jakých prožitcích dochází k nahromadění energie v mém těle.	0,74
33 - Víím, při jakých prožitcích u mne dochází ke snížení svalového napětí či nedostatku síly.	0,77
34 - Mé tělo mě vždy upozorní na to, jak bezpečné je okolí, či momentální situace.	0,69
35 - Zaznamenám, jak mé tělo ztuhne, když jsem vylekaný/á.	0,61
36 - Záměrně věnuji pozornost tělesným stavům, abych porozuměl/a tomu, jak se cítím.	0,60
37 - Mám dobrou intuici.	0,48
38 - Vnímám, jakým způsobem se odráží stres v mém těle.	0,68
39 - Mívám stavy, kdy si připadám od svého těla a pocitů odpojen/a, jakoby mi bylo cizí.	-0,15
40 - Můj pohyb prostorem odráží to, jak se v danou chvíli cítím a na co myslím.	0,25
41 - Mívám tělo často jakoby ztuhlé, necitlivé.	-0,07
42 - Často prožívám stavy „splynutí“ mysli a těla.	0,78
43 - Při sexuálních aktivitách se cítím oddělený/á od svého těla.	-0,33
44 - Vnímám svou mysl jako zakotvenou v těle.	0,53
45 - Většinu každodenních pohybů a úkonů dělám automaticky, nevěnuji jim speciální pozornost.	-0,48
46 - Často prožívám stavy, kdy mám hluboké, jakoby „fyzické“ pochopení pro sebe sama.	0,67
47 - Občas se dívám na své tělo jakoby „zvenčí“.	0,12
48 - Přirozeně věnuji pozornost svým emocím, vždy jsem schopen/schopna jednoznačně pojmenovat,	0,46
49 - Vnímám sebe sama/u jako tělesnou bytost.	0,41
50 - Fyzicky vnímám, že jsem součástí širšího celku (příroda, vesmír).	0,44
51 - Cítím se propojený/á a celistvý/á.	0,69
52 - Většinu každodenních situací vnímám doslova „všemi smysly“.	0,80

### 3.4. Rozhodnutí pro vlastní výzkumnou studii

Na základě položkové analýzy a faktorové analýzy jsem do finální studie zařadila 3 škály:

1. A-TP - afektivní aspekt vnímání tělesné pohody
2. A-TN - afektivní aspekt vnímání tělesné nepohody
3. BMI – vnímaná úroveň body-mind integrace

A zařadila do nich ty položky, které tam podle faktorové analýzy spadají, s přihlédnutím k výsledkům položkové analýzy, kdy jsem zejména vyřazovala reverzně skórované položky, které až na výjimky nekorelovaly se škálou, a položky, které korelovaly jen slabě.

## 4. Vlastní výzkumná studie

### 4.1. Struktura dotazníku a sběr dat

Dotazník byl tvořen těmito sadami otázek:

- 18 otázek Body-awareness questionnaire (BAQ)
- 10 otázek zaměřených na afektivně pozitivní postoj k tělesnému uvědomování (A-TP)
- 8 otázek zaměřených na afektivně negativní postoj k tělesnému uvědomování (A-TN)
- 6 otázek na vnímanou úroveň body-mind integrace (BMI)
- 16 otázek škály deprese PhDr. M. Peterkové
- 5 otázek na životní spokojenost (FSWLC, kol. aut. 1985; in Křivohlavý, 2004)
- 5 otázek na zjištění tendence respondentů volit sociálně desirabilní odpovědi - L-skór (modifikovaný dle EPI)
- otázky zjišťující sociálně demografické charakteristiky souboru

Přičemž otázky byly v částečně promíchaném pořadí – otázky A-TP, A-TN a BMI se nepravidelně střídaly v jednom bloku a otázky FSWLC a L-skórové v druhém bloku. Dotazník Body-awareness a škála deprese byly samostatně.

Sběr dat probíhal od 3. července do 24. července 2011. Celkem odpovědělo **263 respondentů**.

### 4.2. Zpracování dat

#### 4.2.1 Předzpracování

V dotazníku bylo 5 otázek zjišťujících L-skór.

Průměrně respondenti skórovali na této škále 1,7 otázkami, se standardní odchylkou 1,3. Vyřadila jsem z dalšího zpracování respondenty se skórem 4 a vyšším (to odpovídá +1,7 standardní odchylky nad průměrem). Celkem šlo o 30 respondentů.

## 4.2.1. Položková analýza

Analyzovala jsem:

- korelaci položek se všemi škálami
- průměrný skór dané položky
- standardní odchylku a rozptyl
- obtížnost položky a variabilitu odpovědí

	Škála	Průměr	StOdch	Rozptyl	obtížnost položky	Variabilita položky $p^2(1-p)$
Všímám si pocitů uvolnění, když relaxuji.	TP	5,43	1,55	2,38	0,76	0,18
Když mne něco bolí, docela mne to obtěžuje.	TN	5,47	1,55	2,40	0,77	0,18
Když mám nepříjemný tělesný pocit nebo bolest, obvykle to doprovázejí i nepříjemné emoce (zlost, lítost, strach aj.)	TN	5,33	1,66	2,75	0,74	0,19
Mám dobrou intuici.	BMI	5,15	1,44	2,07	0,74	0,19
<b>Všímám si, jak reaguje moje tělo na příjemný dotek a fyzickou blízko.</b>	TP	<b>6,07</b>	<b>1,17</b>	1,37	0,91	<b>0,09</b>
<b>Nepříjemné tělesné pocity a stavy vnímám jako něco, co narušuje můj pohodu.</b>	TN	<b>5,67</b>	1,44	2,07	0,82	<b>0,15</b>
Když dělám něco, co mne baví, vnímám to celým svým tělem.	TP	5,53	1,41	1,97	0,80	0,16
<b>Když jsem unaven/a, často mívám změněnou náladu.</b>	TN	<b>5,68</b>	1,40	1,96	0,83	<b>0,14</b>
Vnímám sebe sama/u jako tělesnou bytost.	BMI	5,23	1,69	2,85	0,69	0,22
Mé tělo reaguje na příjemné prožitky tak, že to na mně poznají i ostatní.	TP	5,14	1,54	2,36	0,70	0,21
Když jsem nemocný/á, bývám obvykle velmi nespokojený/á.	TN	4,62	1,72	2,95	0,56	0,25
<b>Když cítím příjemnou vůni, dokáže mi to zvednout náladu.</b>	TP	<b>5,64</b>	1,33	1,77	0,86	<b>0,12</b>
Ostatní na mé náladě zpravidla poznají, když mi není fyzicky dobře.	TN	4,91	1,52	2,30	0,63	0,23
Fyzicky vnímám, že jsem součástí širšího celku (příroda, vesmír).	BMI	4,91	1,93	3,69	0,64	0,23
Mé tělo mě vždy upozorní na to, jak bezpečné je okolí, či momentální situace.	TP	4,18	1,68	2,81	0,46	0,25
Všímám si, že se mi obtížně dýchá, když jsem nervózní.	TN	4,36	1,93	3,69	0,55	0,25
Záměrně věnuji pozornost tělesným stavům, abych porozuměl/a tomu, jak se cítím.	TP	4,12	1,87	3,50	0,45	0,25
Většinu každodenních situací vnímám doslova „všemi smysly“.	BMI	3,88	1,65	2,71	0,35	0,23
Často prožívám stavy „splnutí“ mysli a těla.	TP	3,55	1,80	3,22	0,29	0,21
Cítím se propojený/á a celistvý/á.	BMI	4,50	1,66	2,76	0,51	0,25
<i>Většinu každodenních pohybů a úkonů dělám automaticky, nevěnuji jim speciální pozornost.</i>	TP	4,65	1,59	2,52	0,58	0,24
Občas se dívám na své tělo jakoby „zvenčí“.	TN	3,37	1,82	3,32	0,31	0,21
Cítím se ve svém těle "doma".	BMI	5,13	1,71	2,91	0,69	0,22
Často prožívám stavy, kdy mám hluboké, jakoby „fyzické“ pochopení pro sebe sama.	TP	3,69	1,92	3,67	0,35	0,23

Čtyři otázky (dvě ze škály A-TP a dvě z A-TN) mají variabilitu odpovědí nižší než 0,15 (v tabulce jsou zvýrazněné tučně) – většina respondentů s nimi souhlasí. Tyto položky mohou tedy uvažovat jako nedostatečně diskriminující. V dalších verzích testu by bylo vhodné je přeformulovat, aby byly odpovědi více rozprostřené po celé škále od zásadního nesouhlasu až po rozhodný souhlas.

## 4.2.1. Reliabilita

Vnitřní konzistenci (homogenitu) jednotlivých škál jsem zjišťovala pomocí metody Cronbachova alfa. Vypočítala jsem tedy rozptyl odpovědí každé otázky, pak rozptyl každé

škály a dosadila do vzorce: 
$$\alpha = \frac{k}{k-1} \cdot \frac{\text{Var} - \sum_{i=1}^k \text{Var}_i}{\text{Var}}$$

Výsledky pro jednotlivé škály jsou:

	Průměr	StdOdch	Rozptyl	Cronbach
<b>BA</b> (Body Awareness)	76,6	16,1	258,0	<b>0,84</b>
<b>A-TP</b> (afektivní aspekt vnímání tělesné pohody)	38,7	10,0	100,3	<b>0,83</b>
<b>A-TN</b> (afektivní aspekt vnímání tělesné nepohody)	39,4	7,0	48,6	0,64
<b>BMI</b> (vnímaná úroveň body-mind integrace)	28,8	6,5	42,6	<b>0,72</b>
<b>Dep</b> (deprese)	6,8	6,3	39,2	<b>0,76</b>
<b>FSWLC</b> (spokojenost)	23,9	5,4	29,1	<b>0,83</b>

Za dobré jsou obecně považované výsledky nad 0,7 s tím, že samozřejmě čím méně položek má škála, tím je  $\alpha \geq 0,7$  lepším výsledkem (Kreidl, 2004). Lze tedy uvažovat o dobré homogenitě uvedených škál, vyjma škály A-TN.

Také jsem vypočetla reliabilitu metodou split-half, tedy rozdělením otázek na liché a sudé, sečtení skóre pro obě podskupiny, korelaci těchto dvou skóre a Spearman-Brownovu korekci vzorcem  $r=2k/(1+k)$ . Výsledky jsou:

Body-awareness – reliabilita **0,87**

Škála A-TP – reliabilita **0,81**

Škála A-TN – reliabilita 0,65

Škála BMI – reliabilita **0,703**

Deprese – reliabilita **0,76**

FSLWC – reliabilita **0,80**

Výsledky jsou obdobné jako u Cronbachova alfa – pouze škála A-TN je pod hranicí 0,7, ostatní jsou nad touto hodnotou.

**Zároveň byly formulovány následující hypotézy:**

Ad tělesné uvědomování a depresivní prožívání:

H<sub>1</sub>: Depresivní prožívání koreluje s neutrálním tělesným uvědomováním.

H<sub>10</sub>: Depresivní prožívání s neutrálním tělesným uvědomováním nekoreluje.

H<sub>2</sub>: Depresivní prožívání koreluje s afektivně pozitivním vnímáním tělesné pohody.

H<sub>20</sub>: Depresivní prožívání s afektivně pozitivním vnímáním tělesné pohody nekoreluje.

H<sub>3</sub>: Depresivní prožívání koreluje s afektivně negativním vnímáním tělesné pohody.

H<sub>30</sub>: Depresivní prožívání s afektivně negativním vnímáním tělesné pohody nekoreluje.

H<sub>4</sub>: Depresivní prožívání koreluje s vnímanou úrovní body-mind integrace.

H<sub>40</sub>: Depresivní prožívání s vnímanou úrovní body-mind integrace nekoreluje.

#### Ad tělesné uvědomování a životní spokojenost:

H<sub>5</sub>: Životní spokojenost koreluje s neutrálním tělesným uvědomováním.

H<sub>50</sub>: Životní spokojenost s neutrálním tělesným uvědomováním nekoreluje.

H<sub>6</sub>: Životní spokojenost koreluje s afektivním aspektem vnímání tělesné pohody.

H<sub>60</sub>: Životní spokojenost s afektivním aspektem vnímání tělesné pohody nekoreluje.

H<sub>7</sub>: Životní spokojenost koreluje s afektivním aspektem vnímání tělesné nepohody.

H<sub>70</sub>: Životní spokojenost s afektivním aspektem vnímání tělesné nepohody nekoreluje.

H<sub>8</sub>: Životní spokojenost koreluje s vnímanou úrovní body-mind integrace.

H<sub>80</sub>: Životní spokojenost s vnímanou úrovní body-mind integrace nekoreluje.

H<sub>9</sub>: Životní spokojenost koreluje s depresivním prožíváním.

H<sub>90</sub>: Životní spokojenost s depresivním chováním prožíváním.

#### **4.2.2. Korelace škál**

V následující tabulce je uvedena korelace škál, jež ukazuje na míru lineárního vztahu mezi jednotlivými doménami tělesného sebeuvědomění a vztah mezi tělesným sebeuvědoměním, spokojeností se životem a depresivním prožíváním:

	BA	A-TP	A-TN	BMI	Dep	FSWLC
<b>BA</b> (Body Awareness)	-	<b>0,60</b>	<b>0,28</b>	<b>0,52</b>	<b>-0,15</b>	0,13
<b>A-TP</b> (afektivní aspekt vnímání tělesné pohody)		-	<b>0,30</b>	<b>0,77</b>	<b>-0,30</b>	<b>0,25</b>
<b>A-TN</b> (afektivní aspekt vnímání tělesné nepohody)			-	0,20	0,21	<b>-0,06</b>
<b>BMI</b> (vnímaná úroveň body-mind integrace)				-	<b>-0,37</b>	<b>0,39</b>
<b>Dep</b> (deprese)					-	<b>-0,50</b>
<b>FSWLC</b> (spokojenost)						-

Statisticky významná zjištění na hladině 0,001 jsou všechna s  $r \geq 0,22$  (v tabulce tučně).

Nejvyšší korelaci vykazují:

- A-TP a BMI (0,77)
- body-awareness a škála afektivního vnímání tělesné pohody (0,60) a s BMI (0,52)
- deprese negativně koreluje s životní spokojeností ( $r = -0,50$ )

Na daném vzorku respondentů se potvrdily následující hypotézy:

„H<sub>2</sub>: Depresivní prožívání koreluje s afektivně pozitivním vnímáním tělesné pohody.“ (a to negativně:  $r = -0,30$ )

„H<sub>4</sub>: Depresivní prožívání koreluje s vnímanou úrovní body-mind integrace.“ (a to negativně:  $r = -0,37$ )

„H<sub>6</sub>: Životní spokojenost koreluje s afektivním aspektem vnímání tělesné pohody.“ ( $r = 0,25$ )

H<sub>8</sub>: Životní spokojenost koreluje s vnímanou úrovní body-mind integrace. ( $r = 0,39$ )

H<sub>9</sub>: Životní spokojenost koreluje s depresivním prožíváním. (a to negativně:  $r = -0,50$ )

Tyto hypotézy tedy přijímám, zároveň zamítám hypotézy H<sub>1</sub>, H<sub>3</sub>, H<sub>5</sub> a H<sub>7</sub>, jež se nepotvrdily. Nutno však zmínit, že na nižší hladině významnosti by se ještě potvrdila H<sub>3</sub> o korelaci depresivního prožívání s afektivním vnímáním tělesné nepohody.

#### 4.2.3. Sloučení A-TP a BMI

Z předchozí tabulky můžeme vidět, že tyto škály A-TP a BMI výrazně korelují. Zkusila jsem je tedy spojit do jedné společné škály o 16 položkách.

Po této úpravě by vlastnosti této **nadškály A-TP+BMI** byly:

**Cronbachovo alfa 0,88** (A-TP mělo 0,84, BMI 0,72)

**Split-half reliabilita 0,90** (A-TP mělo 0,87, BMI 0,70)

Tedy vnitřní konzistence i reliabilita se ještě více zvýšily.

Hypotetická korelace této „škály vyššího řádu“ s ostatními škálami by byla:

Korelace škál po spojení A-TP+BMI	BA	ATPBMI	A-TN	Dep	FSWLC
<b>BA</b> (Body Awareness)	-	<b>0,60</b>	<b>0,28</b>	<b>-0,15</b>	0,13
<b>A-TP+BMI</b>		-	<b>0,28</b>	<b>-0,35</b>	<b>0,33</b>
<b>A-TN</b> (afektivní aspekt vnímání tělesné nepohody)			-	0,21	<b>-0,06</b>
<b>Dep</b> (deprese)				-	<b>-0,50</b>
<b>FSWLC</b> (spokojenost)					-

Tedy A-TP+BMI koreluje s body-awareness (0,60).

Zbytek vztahů se významně nezměnil, za zmínku stojí slabá negativní korelace se škálou deprese (-0,35).

Všechny v tabulce tučně uvedené korelace jsou na hladině významnosti 0,001.

Tuto spojenou škálu budu tedy dále nazývat „vnímaná úroveň body-mind integrace a tělesné pohody“.

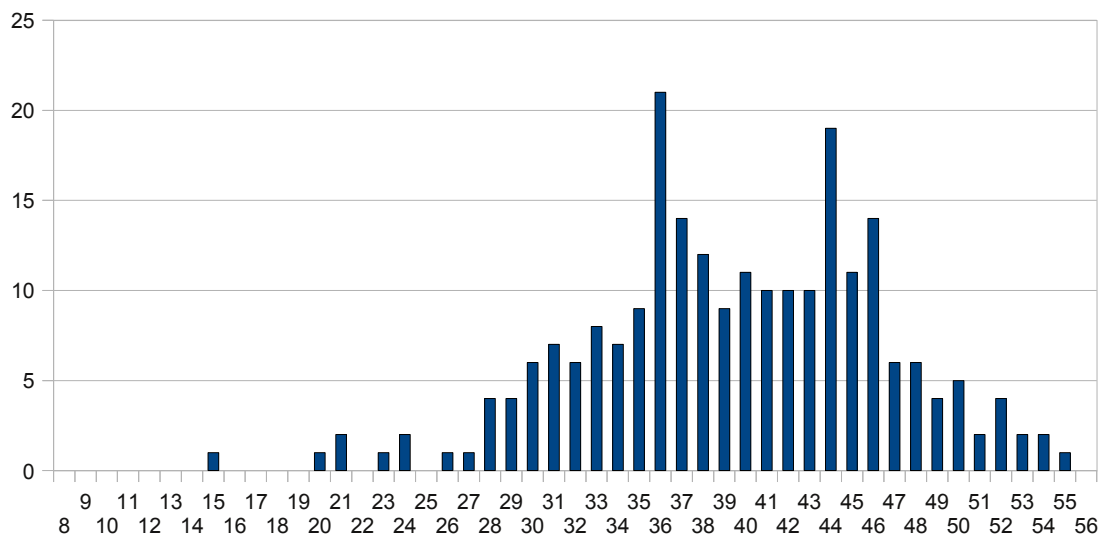
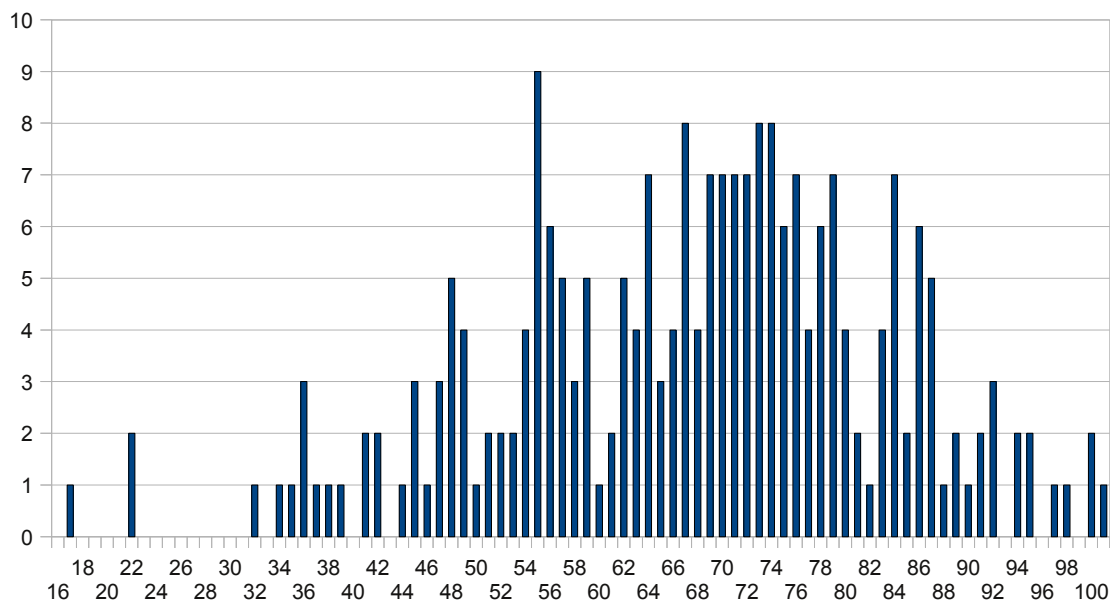


### 4.2.3. Normy

Provedla jsem také McCallovu plošnou normalizaci u mnou vytvořených škál.

Rozložení hrubých skóreů je graficky znázorněno v následujících grafech:

**A-TP+BMI – horizontálně hrubé skóre, svisle četnosti**



**A-TN – horizontálně hrubé skóre, svisle četnosti**

## Samotná plošná normalizace škály A-TN

15	1	0,5	0,002	-2,856
16	0	1	0,004	-2,628
17	0	1	0,004	-2,628
18	0	1	0,004	-2,628
19	0	1	0,004	-2,628
20	1	1,5	0,006	-2,487
21	2	3	0,013	-2,230
22	0	4	0,017	-2,116
23	1	4,5	0,019	-2,068
24	2	6	0,026	-1,947
25	0	7	0,030	-1,880
26	1	7,5	0,032	-1,850
27	1	8,5	0,036	-1,793
28	4	11	0,047	-1,673
29	4	15	0,064	-1,519
30	6	20	0,086	-1,367
31	7	26,5	0,114	-1,207
32	6	33	0,142	-1,073
33	8	40	0,172	-0,948
34	7	47,5	0,204	-0,828
35	9	55,5	0,238	-0,712
36	21	70,5	0,303	-0,517
37	14	88	0,378	-0,312
38	12	101	0,433	-0,168
39	9	111,5	0,479	-0,054
40	11	121,5	0,521	0,054
41	10	132	0,567	0,168
42	10	142	0,609	0,278
43	10	152	0,652	0,392
44	19	166,5	0,715	0,567
45	11	181,5	0,779	0,769
46	14	194	0,833	0,965
47	6	204	0,876	1,153
48	6	210	0,901	1,289
49	4	215	0,923	1,424
50	5	219,5	0,942	1,572
51	2	223	0,957	1,718
52	4	226	0,970	1,880
53	2	229	0,983	2,116
54	2	231	0,991	2,383
55	1	232,5	0,998	2,856

## a škály A-TP+BMI

17	1	0,5	0,002	-2,856	60	1	72,5	0,311	-0,493
18	0	1	0,004	-2,628	61	2	74	0,318	-0,474
19	0	1	0,004	-2,628	62	5	77,5	0,333	-0,433
20	0	1	0,004	-2,628	63	4	82	0,352	-0,380
21	0	1	0,004	-2,628	64	7	87,5	0,376	-0,317
22	2	2	0,009	-2,383	65	3	92,5	0,397	-0,261
23	0	3	0,013	-2,230	66	4	96	0,412	-0,222
24	0	3	0,013	-2,230	67	8	102	0,438	-0,157
25	0	3	0,013	-2,230	68	4	108	0,464	-0,092
26	0	3	0,013	-2,230	69	7	113,5	0,487	-0,032
27	0	3	0,013	-2,230	70	7	120,5	0,517	0,043
28	0	3	0,013	-2,230	71	7	127,5	0,547	0,119
29	0	3	0,013	-2,230	72	7	134,5	0,577	0,195
30	0	3	0,013	-2,230	73	8	142	0,609	0,278
31	0	3	0,013	-2,230	74	8	150	0,644	0,369
32	1	3,5	0,015	-2,170	75	6	157	0,674	0,450
33	0	4	0,017	-2,116	76	7	163,5	0,702	0,529
34	1	4,5	0,019	-2,068	77	4	169	0,725	0,599
35	1	5,5	0,024	-1,984	78	6	174	0,747	0,664
36	3	7,5	0,032	-1,850	79	7	180,5	0,775	0,754
37	1	9,5	0,041	-1,742	80	4	186	0,798	0,836
38	1	10,5	0,045	-1,695	81	2	189	0,811	0,882
39	1	11,5	0,049	-1,651	82	1	190,5	0,818	0,906
40	0	12	0,052	-1,630	83	4	193	0,828	0,948
41	2	13	0,056	-1,591	84	7	198,5	0,852	1,045
42	2	15	0,064	-1,519	85	2	203	0,871	1,132
43	0	16	0,069	-1,486	86	6	207	0,888	1,218
44	1	16,5	0,071	-1,470	87	5	212,5	0,912	1,353
45	3	18,5	0,079	-1,409	88	1	215,5	0,925	1,439
46	1	20,5	0,088	-1,353	89	2	217	0,931	1,486
47	3	22,5	0,097	-1,301	90	1	218,5	0,938	1,536
48	5	26,5	0,114	-1,207	91	2	220	0,944	1,591
49	4	31	0,133	-1,112	92	3	222,5	0,955	1,695
50	1	33,5	0,144	-1,064	93	0	224	0,961	1,767
51	2	35	0,150	-1,036	94	2	225	0,966	1,821
52	2	37	0,159	-0,999	95	2	227	0,974	1,947
53	2	39	0,167	-0,965	96	0	228	0,979	2,025
54	4	42	0,180	-0,914	97	1	228,5	0,981	2,068
55	9	48,5	0,208	-0,813	98	1	229,5	0,985	2,170
56	6	56	0,240	-0,705	99	0	230	0,987	2,230
57	5	61,5	0,264	-0,631	100	2	231	0,991	2,383
58	3	65,5	0,281	-0,580	101	1	232,5	0,998	2,856

Kde sloupce jsou postupně:

hrubý skór, četnost, kumulativní četnost s korekcí na spojitost, relativní četnost a Z-skór.

#### 4.2.4 Sociodemografické charakteristiky souboru

Analyzovala jsem zde vztah škál s pohlavím, věkem respondenta, a zda osoby vyhledaly v uplynulých 6 měsících pomoc psychologa, či zda kontaktování psychologa zvažují. Konkrétně jsem zjišťovala vztah se škálami body-awareness, A-TP+BMI a depresí.

Hypotézy vytvořené ohledně sociodemografických charakteristik a jejich souvislostí s tělesným uvědomováním jsou následující:

H<sub>10</sub>: Míra tělesného uvědomování se liší podle pohlaví respondenta.

H<sub>10</sub>0: Míra tělesného uvědomování se podle pohlaví respondenta neliší.

H<sub>11</sub>: Míra depresivního prožívání se liší podle pohlaví respondenta.

H<sub>11</sub>0: Míra depresivního prožívání se podle pohlaví respondenta neliší.

H<sub>12</sub>: Míra tělesného uvědomování se liší podle toho, zda respondent využil v posledních 6 měsících péče psychotrapeuta, psychiatra či poradenského psychologa.

H<sub>12</sub>0: Míra tělesného uvědomování se neliší podle toho, zda respondent využil v posledních 6 měsících péče psychotrapeuta, psychiatra či poradenského psychologa.

H<sub>13</sub>: Míra depresivního prožívání se liší podle toho, zda respondent využil v posledních 6 měsících péče psychotrapeuta, psychiatra či poradenského psychologa.

H<sub>13</sub>0: Míra depresivního prožívání se neliší podle toho, zda respondent využil v posledních 6 měsících péče psychotrapeuta, psychiatra či poradenského psychologa.

	Počet	BA	A-T P+BMI	Dep
Žena	194	<b>78,47</b>	<b>68,89</b>	6,76
Muž	39	<b>67,15</b>	<b>60,62</b>	6,77
ANO – Využil/a jste v posledních 6 měsících služeb či péče psychoterapeuta, psychiatra nebo poradenského psychologa?	32	75,56	65,03	<b>9,75</b>
NE – Využil/a jste v posledních 6 měsících služeb či péče psychoterapeuta, psychiatra nebo poradenského psychologa?	201	76,74	67,90	<b>6,74</b>

*Tučně zvýrazněné odchylky jsou statisticky významné na hladině 0,01.*

S ohledem na hodnoty uvedené v tabulce můžeme přijmout hypotézu H<sub>10</sub> a H<sub>13</sub>.

Dále ještě analýza ukázala souvislost míry tělesného uvědomování s profesí respondenta. Taktéž míry depresivního prožívání a profese. Zajímavý je výsledek u technických profesí,

kteře skórovaly významně nejniže u tělesného uvědomování a depresivního prožívání.

### Profese

administrativa, správa	30	75,73	64,13	8,33
obchod	14	72,36	67,29	6,57
ostatní	36	79,69	71,69	6,33
pomáhající profese	19	82,42	<b>75,68</b>	5,42
služby	14	76,71	66,86	6,86
školství a vzdělávání	30	78,27	67,13	8,53
technické profese	29	<b>65,79</b>	<b>57,69</b>	<b>3,90</b>
umělecké profese	24	78,04	71,21	9,13
věda a výzkum	15	77,67	61,73	6,73
zdravotnictví	20	80,55	72,60	5,05

Tučně zvýrazněné odchylky jsou statisticky významné na hladině 0,01.

## 4.2.5 Faktorová analýza

Stejně jako v pilotní studii č.2, i nyní jsem provedla faktorovou analýzu:

Všímám si pocitů uvolnění, když relaxuji.	TP	1	<b>0.533</b>	0.033	1	<b>0.586</b>	-0.008	-0.025
Když mne něco bolí, docela mne to obtěžuje.	TN	2	-0.104	<b>0.637</b>	2	-0.045	<b>0.642</b>	-0.05
Když mám nepříjemný tělesný pocit nebo bolest, obvykle to doprovázejí i nepříjemné emoce (zlost, lítost, strach aj.)	TN	3	0.099	<b>0.686</b>	3	0.105	<b>0.679</b>	0.132
Mám dobrou intuici.	BMI	4	<b>0.529</b>	0.133	4	<b>0.44</b>	0.099	0.343
Všímám si, jak reaguje moje tělo na příjemný dotek a fyzickou blízkost.	TP	5	<b>0.62</b>	0.241	5	<b>0.621</b>	0.196	0.159
Nepříjemné tělesné pocity a stavy vnímám jako něco, co narušuje moji pohodu.	TN	6	0.035	<b>0.618</b>	6	0.111	<b>0.613</b>	-0.067
Když dělám něco, co mne baví, vnímám to celým svým tělem.	TP	7	<b>0.64</b>	0.191	7	<b>0.682</b>	0.143	0.05
Když jsem unaven/a, často mívám změněnou náladu.	TN	8	0.062	<b>0.513</b>	8	-0.025	<b>0.513</b>	0.323
Vnímám sebe sama/u jako tělesnou bytost.	BMI	9	<b>0.392</b>	0.362	9	<b>0.509</b>	0.328	-0.149
Mé tělo reaguje na příjemné prožitky tak, že to na mně poznají i ostatní.	TP	10	<b>0.573</b>	0.42	10	<b>0.611</b>	0.377	0.091
Když jsem nemocný/á, bývám obvykle velmi nespokojený/á.	TN	11	-0.065	<b>0.666</b>	11	-0.018	<b>0.669</b>	-0.005
Když cítím příjemnou vůni, dokáže mi to zvednout náladu.	TP	12	<b>0.368</b>	0.345	12	<b>0.42</b>	0.316	0.005
Ostatní na mé náladě zpravidla poznají, když mi není fyzicky dobře.	TN	13	0.101	<b>0.597</b>	13	0.129	<b>0.589</b>	0.06
Fyzicky vnímám, že jsem součástí širšího celku (příroda, vesmír).	BMI	14	<b>0.733</b>	-0.014	14	<b>0.645</b>	-0.063	0.355
Mé tělo mě vždy upozorní na to, jak bezpečně je okolí, či momentální situace.	TP	15	<b>0.694</b>	0.103	15	<b>0.557</b>	0.059	0.489
Všímám si, že se mi obtížně dýchá, když jsem nervózní.	TN	16	<b>0.329</b>	0.214	16	0.119	0.2	<b>0.618</b>
Záměrně věnuji pozornost tělesným stavům, abych porozuměl/a tomu, jak se cítím.	TP	17	<b>0.698</b>	0.073	17	<b>0.572</b>	0.029	0.456
Většinu každodenních situací vnímám doslova „všemi smysly“.	BMI	18	<b>0.652</b>	0.069	18	<b>0.579</b>	0.025	0.315
Často prožívám stavy „splynutí“ mysli a těla.	TP	19	<b>0.784</b>	-0.101	19	<b>0.66</b>	-0.153	0.436
Cítím se propojený/á a celistvý/á.	BMI	20	<b>0.674</b>	-0.109	20	<b>0.709</b>	-0.16	0.019
Většinu každodenních pohybů a úkonů dělám automaticky, nevěnuji jim speciální pozornost.	TP	21	-0.362	0.329	21	-0.304	<b>0.352</b>	-0.153
Občas se dívám na své tělo jakoby „zvenčí“.	TN	22	<b>0.363</b>	-0.098	22	0.113	-0.113	<b>0.668</b>
Cítím se ve svém těle "doma".	BMI	23	<b>0.424</b>	0.018	23	<b>0.652</b>	-0.023	-0.481

Faktorová analýza s **dvěma faktory** identifikovala první faktor, který je shodný s výše uvažovanou škálou A-TP+BMI, pouze doplněnou dvěma otázkami ze škály A-TN. Ve druhém faktoru jsou zbylé otázky ze škály A-TN.

Faktorová analýza s **třemi faktory** oddělila do samostatného faktoru ty dvě A-TN položky zmíněné v předchozím odstavci. Zároveň ale přesunula jednu A-TP položku do druhého faktoru (nicméně rozdíl v sycení je malý).

## 5. Diskuse

Hlavní slabinou mého výzkumu je vzorek respondentů. Nebyla zajištěna dostatečná reprezentativita souboru, zejména proto, že dotazník byl administrován po internetu, a tedy jakékoli výsledky takto zjištěné jsou zatíženy směrem k počítačově gramotné populaci, a dále je ve vzorku výrazná převaha žen. Ačkoli oslovení muži převažovali (odhadem 800 oslovených prostřednictvím osobních kontaktů, sociálních sítí a diskusních fór), ženy odpovídaly významně častěji (194 z cca 600 oslovených). Domnívám se, že je to proto, že téma tělesného uvědomování je ženám bližší.

Dalším bodem je otázka profesních skupin a jednotlivých profesí – uvědomuji si, že v rámci každé profesní skupiny může existovat značná rozmanitost jednotlivých profesí, a že seskupením se mohou stírat rozdíly mezi jednotlivými profesemi v rámci dané skupiny. Jakákoli interpretace je zde tedy obtížná a rovná se spekulaci. Nicméně výsledek technických profesí, jež skórovaly nízko u tělesného uvědomování i depresivního prožívání může poukazovat např. na vysokou schopnost technicky zaměřených osob analyticky a racionálně uchopovat realitu a jsou zaměřeny spíše na vnější fakta než na vnitřní podněty.

### K otázce vztahu jednotlivých domén tělesného uvědomování:

Vysoká korelace škál A-TP a BMI může naznačovat, že se nejedná o dva různé aspekty, resp. dvě domény konstruktů tělesného uvědomování, jak uvádí studie W. E. Mehlinga, V. Gopisetty, J. Daubenmierové, C. J. Priceové, F. M. Hechta a kol. (2009). Dle výsledků zjištěných v mém výzkumu tyto dvě škály korelují natolik, že je smysluplnější uvažovat o nich jako o škále jedné.

Vztah výsledků v Dotazníku tělesného uvědomění (BAQ) k výsledkům na škále vnímané úrovně body-mind integrace a tělesné pohody může poukazovat na to, že je-li osoba schopna neutrální pozornosti ke svému tělu zároveň se schopností předjímat určité stavy či následky některých činností, procesů aj., je zároveň schopna všímavějšího kontaktu s vnější realitou, což umožňuje lépe zvládat životní výzvy a vnímat projevy osobní tělesné pohody a body-mind integrity.

Škála vnímané úrovně body-mind integrace a tělesné pohody statisticky významně koreluje s životní spokojeností a negativně s depresivním prožíváním. Tím se liší od škály BAQ, u níž statisticky významná souvislost nebyla prokázána. Škála vnímané úrovně body-mind integrace a tělesné pohody tedy může být použita jako doplňkový nástroj či další kritérium

pro zjišťování sklonů k depresivnímu prožívání či negativnímu tělesnému sebepojetí.

Mimo jiné byla prokázána negativní korelace mezi depresivním prožíváním a životní spokojeností. Toto zjištění není překvapivé.

Ženy dosahovaly na škálách tělesného uvědomění (BAQ i škála vnímané úrovně body-mind integrace a tělesné pohody) statisticky významně vyšších skóre než muži. Mám dojem, že příčinou mohou být biologicky dané funkce ženského těla, jež souvisejí zejména s mateřstvím a přirozenými cykly, a které přirozeně obracejí pozornost k tělesným procesům, pocitům a stavům.

Muži jsou častěji orientovaní výkonově a na fyzickou sílu a zdatnost, což předpokládá také jistou schopnost všimnout si tělesných stavů a procesů. Je možné, že zvolené formulace otázek méně rezonovaly s jejich sebeobrazem. Také je možno uvažovat nad nižší tendencí k introspekci u mužů.

Zároveň nižších skóre u obou zmíněných škál tělesného uvědomování dosahovaly osoby pracující v technických profesích. Technické profese skórovaly ale také statisticky významně níže než ostatní skupiny profesí na škále depresivního prožívání.

Na škále vnímané úrovně body-mind integrace a tělesné pohody skórovaly statisticky významně výše než ostatní skupiny pomáhající profese, což může souviset jednak s požadavky profese na pozornost, vnímavost, všímavost a užitečnost či nutnost kultivace tělesně zakotveného prožívání a uvědomění. Kausalita zde může být i obrácená – tedy že si jedinci s vyšší úrovní body-mind integrace a vnímání tělesné pohody volí pomáhající profese.

#### K samotným položkám dotazníku:

Mnou vytvořená část dotazníku (škály A-TP, A-TN, BMI) obsahovala 4 položky, u kterých většina respondentů odpovídala jednostranně (výrazně pozitivně), málo tedy diskriminují, a tedy by bylo vhodné je pro případnou další administraci přeformulovat.

Co se týká validity škály vnímané úrovně body-mind integrace a tělesné pohody, položky byly formulovány na základě konstruktů tělesného uvědomování, jak byl vymezen ve studii W. E. Mehlinga, V. Gopisetty, J. Daubenmierové, C. J. Priceové, F. M. Hechta a kol. (2009), tedy lze usuzovat na obsahovou validitu. Zmíněná škála koreluje s BAQ, jehož konvergentní a diskriminační validita byla ověřena jeho autorkami.

### K samotnému konstruktů tělesného uvědomění:

Co se týká samotného konstruktů tělesného uvědomování, mám za to, že jeho podrobnější a systematické rozpracování by mohlo přinést do psychologie jako vědy i do psychoterapeutické praxe možnost diskutovat a expertně posuzovat vědeckou validitu psychoterapeutických směrů zaměřených na tělo. Domnívám se, že bodyterapeutické směry jsou součástí odlišného paradigmatu než směry v současné praxi převažující, a tedy je užitečné věnovat se mapování pojmů, teorií, konstruktů a technik terapeutické práce, jež jsou na pomezí těchto přístupů.

Taktěž mám dojem, že možnost systematického zkoumání tělesného uvědomování může přinést zajímavá zjištění týkající se např. konceptu body-image, sebepojetí, self-efficacy, apod.

Zároveň je nutno zohlednit, že v mé studii byla data získávána prostřednictvím sebesuzovacího dotazníku. Otázkou k zamyšlení tedy rovněž je spolehlivost sebesuzovacích nástrojů zaměřených na tělesné uvědomování vzhledem např. k nástrojům a metodám založeným na objektivním posouzení s využitím škál jako je např. BARS (Body awareness rating scale), jejíž použití dokumentuje např. zmíněná studie G. Roxendalové (1985).

## IV. Závěr

V této diplomové práci jsem se věnovala přiblížení směru Body-Mind Centering a jeho aplikaci v psychoterapii. Zároveň byl popsán historický i soudobý kontext na tělo orientovaných psychoterapeutických přístupů.

Dále jsem se zaměřila na Hájkovu teorii tělesně zakotveného prožívání v souvislosti s definováním rámce a identifikováním jevů souvisejících s v těle uloženými osobními významy, jejichž uchopení je klíčové při nastolení terapeutické změny.

Kapitola o využití principů Body-Mind Centeringu zároveň pojednává i o důležitosti ztělesnění (*embodiment*) terapeuta jako účinné komponenty terapeutického vztahu. Tato kapitola taktéž stručně upozorňuje na etické a právní aspekty doteku v psychoterapii.

V empirické části (kvantitativním výzkumu) byly provedeny dvě pilotní studie zaměřené na exploraci různých domén konstruktů tělesného uvědomování v souvislosti s depresivním prožíváním, životní spokojeností a sebehodnocením. Ve vlastní výzkumné studii bylo pak realizováno korelační šetření zaměřené na zjištění vztahu neutrálního aspektu tělesného uvědomování, vnímané úrovně body-mind integrace a afektivního aspektu vnímání tělesné pohody a nepohody k depresivnímu prožívání a životní spokojenosti.

Celkem dotazník vyplnilo 352 respondentů. (43 a 46 v pilotních studiích a 263 ve vlastní výzkumné studii.) Byla provedena položková analýza, zjištěna vnitřní homogenita škál a split-half reliabilita, provedena McCallova plošná normalizace a faktorová analýza a taktéž byly analyzovány vzájemné korelace škál.

Zjištěné výsledky byly interpretovány v diskusi.

O konstrukt tělesného uvědomování je v této práci uvažováno jako o produktu interaktivního a dynamického procesu, jež reflektuje jednak komplexitu neurálních aktivit, dále zahrnuje kognitivní a hodnotící procesy myslí i vstupy nevědomě probíhajících procesů, a dále je tělesné (sebe)uvědomování vnímáno jako ovlivňované a tvarované osobními postoji a přesvědčeními a je výsledkem zkušeností a předchozího učení v sociálním a kulturním kontextu.

Konstrukt tělesného uvědomování byl také částečně zmapován ve výzkumné studii, kdy byla posouzena vzájemná lineární závislost jeho některých domén. Zjištěné souvislosti poukázaly na velkou míru závislosti vnímané úrovně body-mind integrace s afektivně pozitivním vnímáním tělesné pohody.



## V. Seznam literatury

- Anderson, R. (2006). Body intelligence scale: defining and measuring the intelligence of the body. *The Humanist Psychologist*, 34: 357–367.
- Aposhyan, S. (2004). *Body-Mind Psychotherapy. Principles, techniques and practical applications*. New York/London: W. W. Norton & Company
- Aristoteles. (1996). *O duši*. Praha: Rezek
- Atkinsonová, R., L.; Atkinson, R. C.; Smith, E. E.; Bem, D. J.; Nolen-Hoeksema, S. (1995). *Psychologie*. Praha: Victoria Publishing
- Banmen, J. (2009). Model růstu včera a dnes. In J. Banmen (Ed.) *Transformační systemická terapie*. Ostrava: IVS ČR
- Bar-Levav, R. (1998). A rationale for physical touching in psychotherapy. In E. W. L. Smith, P. R. Clance & S. Imes (Eds.) *Touch in psychotherapy. Theory, research, and practice*. (pp: 52-55) New York/London: The Guilford Press
- Bateson, G. (2006). *Mysl & Příroda. Nezbytná jednota*. Praha: Malvern
- Beck, A., T., Steer, R., A., Brown, G., K. (1996) *Beckova sebesuzovací škála pro dospělé*. (upr. Preiss, M. a Vacíř, K. (1999). Brno: Psychodiagnostika)
- Blatný, M., Plháková, A. (2003) *Temperament, inteligence, sebepojetí. Nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Brno: SCAN
- Boadella, D. (1999). Transference, politics, and narcissism. *International Journal of Psychotherapy*, 4(3), 283-311.
- Boadella, D. (2000). Shape flow and postures of the soul – The biosynthesis concept of the motoric fields. *Energy & Character*, 30(2), 7-17
- Boadella, D. (2009). Tvarové držení těla a držení těla duše: Biosyntetické pojetí motorických polí. In Boadella, Frankel, Corrêa, *Biosyntéza. Výběr z textů*. (pp. 65-78). Praha/Kroměříž: Triton
- Boadella, D., Specht Boadella, S. (2009). Hlubinně psychologické kořeny biosyntézy. In Boadella, Frankel, Corrêa, *Biosyntéza. Výběr z textů*. (pp. 29-38). Praha/Kroměříž: Triton
- Brown, K. & Ryan, R. M. (2003) *The benefits of being present: Mindfulness and its role in*

- psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 84(4), 822-848
- Cohen, B. Bainbridge (1993). *Sensing, feeling and action: The experiential anatomy of Body-Mind Centering*. Northampton: Contact Editions
- Caldwell, Ch. (1997) *Getting in touch. The guide to new body-centered therapies*. Wheaton: Quest Books
- Campbell, P., Mc Mahon, E. (1997). *Bio-spirituality: focusing as a way to grow*. Chicago: Loyola Press
- Corrêa, M., Frankel, E. (2009). *Vtělená intencionalita*. In Boadella, Frankel, Corrêa, Biosyntéza. Výběr z textů. (pp. 85-96). Praha/Kroměříž: Triton
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *O štěstí a smyslu života. Můžeme ovládat své prožitky a ovlivňovat jejich kvalitu?*. Praha: Lidové noviny
- Damasio, A. R. (2000). *Descartesův omyl. Emoce, rozum a lidský mozek*. Praha: Mladá fronta
- Dores, A., P. (2008). *Damasio's error: a homage to a source of inspiration*. *Portuguese Journal of Social Science*. 7(3). 165-180.
- Erikson, E., H. (2002) *Dětství a společnost*. Praha: Argo
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. a Elmar Brähler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum
- Feldenkreis, M. (1996). *Feldenkreisova metoda: Pohybem k sebeuvědomění*. Praha: Pragma
- Ferjenčík, J. (2000) *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál
- Fialová, L.(2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum
- Floss, P., Patočka, J. (2001) *Mikuláš Kusánský: život a dílo renesančního filosofa, matematika a politika*. Praha: Vyšehrad
- Fryba, M. (1995). *Principy satiterapie*. Velká Bíteš: Atelier Satiterapie
- Garland, E., L., Howard, M. O. (2009). *Neuroplasticity, psychosocial genomics, and the biopsychosocial paradigm in the 21st century*. *Health & Social Work*. 34(3), 191-199

- Gendlin, E. (2003). *Focusing*. Praha: Portál
- Grof, S. (1988). *Dobrodružství sebeobjevování*. Praha: Gemma89
- Grofová, Ch. (1998). *Žízeň po celistvosti*. Praha: Chvojkovo nakladatelství
- Hájek, K. (2002). *Tělesně zakotvené prožívání*. Praha: Karolinum
- Hartley, L. (1995). *Wisdom of the body moving. An introduction to Body-Mind Centering*. Berkley: North Atlantic Books.
- Hartley, L. (2004). *Somatic psychology. Body, mind and meaning*. London/Philadelphia: Whurr Publishers
- Hendl, J. (2009). *Přehled statistických metod. Analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál
- Hochberg, L. (1977). Wilhelm Reich in the alternative therapies and clinical social work. *Clinical Social Work Journal*, 5(2), 99-107.
- Holub, D. (2010). *Psychoanalýza a psychoanalytická psychoterapie*. In Z. Vybíral, J. Roubal (Eds.) *Současná psychoterapie*. (pp. 505-511). Praha: Portál
- Höschl, C. (2002). *Poruchy nálady (afektivní poruchy)*. In C. Hoschl, J. Liebigler, J. Švestka *Psychiatrie*. (pp. 409-453). Praha: Tigris
- Hytych, R. (2010). *Východní vlivy v současné euro-americké psychoterapii*. In Z. Vybíral, J. Roubal (Eds.) *Současná psychoterapie*. (pp. 584-579)
- Johnson, S. (2006). *Charakterová proměna člověka: terapeutický přístup k raným poruchám*. Brno: Computer Press
- Johnson, S. (2007). *Charakterové typy člověka: terapeutická léčba raných poruch*. Brno: Computer Press
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia
- Keleman, S. (2005). *Anatomie emocí. Struktury lidské zkušenosti*. Praha: Portál
- Keleman, S. (2010). *Ztělesněná zkušenost. Procesuální práce s tělem*. Praha: Portál
- Koemeda-Lutz, K. et al. (2008). Evaluation of the effectiveness in Body-Psychotherapy in Outpatient Settings (EEBP). *Hakomi Forum*. 19 (20-21), 113-122
- Kreidl, Martin. 2004. „Přehled základních přístupů k empirickému hodnocení kvality měření v sociálních vědách.“ in Krejčí, Jindřich (ed.). *Kvalita výzkumů volebních*

- preferencí. Praha: Sociologický ústav AV ČR
- Křivohlavý, J. (2010). Pozitivní psychologie. Praha: Portál
- Kurtz, R., Minton, K. (1997) Essentials of Hakomi body-centered psychotherapy. In Ch. Caldwell (Ed.), Getting in touch. The guide to new body-centered therapies. (pp. 45-60). Wheaton: Quest Books
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (1998). Vývojová psychologie. Praha: Grada
- Liedloffová, J. (2007) Koncept kontinua. Praha: DharmaGaia
- Lowen, A. (2002). Bioenergetika. Praha: Portál
- Low, D. (1994). The foundations of Merleau-Ponty's ethical theory. Human studies, 17, 173-187.
- Lucká, Y., Koblíř, L. (2004a). O potřebě bezpečí. Děti a my. 33(2), 30-32.
- Lucká, Y., Koblíř, L. (2004b). O potřebě limitu. Děti a my. 33(3), 33-35.
- Lucká, Y., Koblíř, L. (2003a). O potřebě místa. Děti a my. 32(4), 32-34.
- Lucká, Y., Koblíř, L. (2004c). O potřebě péče. Děti a my. 33(1), 31-33.
- Lucká, Y., Koblíř, L. (2003b). O potřebě podpory. Děti a my. 32(5), 34-36.
- Mackewn, J. (2009). Gestalt psychoterapie: moderní holistický přístup k psychoterapii. Praha: Portál
- Mehling, W., E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C., J., Hecht, F., M., et al. (2009). Body Awareness: Construct and Self-Report Measures. [PLoS ONE](#) 4(5), 1-18. [cit. 28. 7. 2011]
- Mikšík, O. (2001). Psychologická charakteristika osobnosti. Praha: Karolinum
- Mitchell, S. A., Blacková, M., J. (1999). Freud a po Freudovi: dějiny moderního psychoanalytického myšlení. Praha: Triton
- Miovský, M., Danelová, E. (2010). Etické aspekty psychoterapeutické práce. In Z. Vybíral, J. Roubal (Eds.) Současná psychoterapie. (pp. 56-65)
- Nakonečný, M. (1998). Encyklopedie obecné psychologie. Praha: Academia
- Ogden, P. (1997). Hakomi integrated somatics: Hands on psychotherapy. In Ch. Caldwell (Ed.), Getting in touch. The guide to new body-centered therapies. (pp. 153-178).

Wheaton: Quest Books

- Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2006). *Trauma and the Body. A sensorimotor approach to psychotherapy.* New York/London: W. W. Norton & Company
- Panksepp, Jaak. (1992). A critical role for „affective neuroscience“ in resolving what is basic about basic emotions. *Psychological Review.* 99(3,) 554 – 557.
- Payne, H. (2009). The BodyMind Approach (BMA) to psychotherapeutic groupwork with patients with medically unexplained symptoms (MUS): A review of the literature, description of approach and methodology for a pilot study. *European Journal of Psychotherapy and Counseling.* 11(3). 287-310.
- Pesso, A. (1972). *Experience in Action: A psychomotor psychology.* [výťah z knihy] New York: NY University Press; <http://www.pbsp.com/> [cit. 28. 7. 2011]
- Pesso, A., Boyden-Pesso, D., Vrtbovská, P. (2009). Úvod do Pesso Boyden System Psychomotor: PBSP jako terapeutický systém v kontextu neurobiologie a teorie attachmentu. Praha: SCAN
- Pietikainen, P. (2002). Utopianism in Psychology: The Case of Wilhelm Reich. *Journal of History of the Behavioral Science.* 38(2). 153-178
- Porges, S., W. (2003). Social engagement and attachment: a phylogenetic perspective. *Annals of New York Academy of Sciences,* 1008, 31-47.
- Porges, S., W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology.* 74(2), 116-43.
- Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. et al. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch.* Praha/Kroměříž: Triton
- Praško, J. (2002). Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení. In C. Höschl, J. Liebiger, J. Švestka *Psychiatrie.* (pp. 409-453). Praha: Tigris
- Price, C., J., Thompson, E., A. (2007). Measuring Dimensions of Body Connection: Body Awareness and Bodily Dissociation. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine.* 13(9), 945-953
- Prochaska, J., O., Norcross, J., C. (1999). *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi.* Praha: Grada
- Punch, K., F. (2006). *Úspěšný návrh výzkumu.* Praha: Portál

- Putnam, F., W. (1989). Pierre Janet and modern views of dissociation. *Journal of Traumatic Stress* 2(4), 413-429.
- Reich, W. (1993). *Funkce orgasmu: sex-ekonomické problémy biologické energie*. Praha: Concordia
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg Self-Esteem Scale. [www.yorku.ca/rokada/psycetest/rosenbrg.pdf](http://www.yorku.ca/rokada/psycetest/rosenbrg.pdf) [cit. 28. 7. 2011]
- Roxendal, G. (1985). Body awareness therapy and the Body awareness scale. *Advances in Physiotherapy*. 2(4), pp. 176-192.
- Satirová, V. Banmen, J.; Greberová, J.; Gomoriová, M. (2005) *Model růstu – Za hranice rodinné terapie*. Brno: Cesta
- Shields, S., A., Mallory, M., E., Simon, A. (1989). The Body Awareness Questionnaire: Reliability and Validity. *Journal of Personality Assessment*. 53(4), 802-815
- Schiffman, H., R. (1990). *Sensation and perception. An integrated approach*. New York: Wiley & Sons
- Smith, E., W., L. (2007). *Tělo v psychoterapii*. Praha: Portál
- Smith, E., W., L., Clance, P., R., Imes, S. (1998). *Touch in psychotherapy. Theory, research, and practice*. New York/London: The Guilford Press
- Stavěl, J. (1972). *Antická psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství
- Stern, D., N. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis & developmental psychology*. [S. l.] : Basic Books
- Sternberg, R., J. (2009). *Kognitivní psychologie*. Praha: Portál
- Stelter, R. (2000). The Transformation of body experience into language. *Journal of Phenomenological Psychology*. 31(1), 63-77.
- Šiffelová, D. (2010), *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada
- Švestka, J. (2002). Poruchy emocí. In C. Hoschl, J. Liebiger, J. Švestka *Psychiatrie*. (pp. 311-317). Praha: Tigis
- Tarlow Morgan, K., (2011). *Articulating Our Experience*. In G. Wright Miller, P. Ethridge & K. Tarlow Morgan (Eds.), *Exploring Body-Mind centering. An Anthology of Experience and Method* (pp. 13-18). Berkley: North Atlantic Books.

Vybíral, Z., Roubal, J. (2010). Současná psychoterapie. Praha: Portál

Vymětal, J. (2007). Obecná psychoterapie. Praha: Grada

Wessa, P. (nedatováno). [http://www.wessa.net/rwasp\\_factor\\_analysis.wasp](http://www.wessa.net/rwasp_factor_analysis.wasp) [cit. 28. 7. 2011]

Williams, J., M., G. (2010). Mindfulness and Psychological Process. *Emotion*. 10(1), 1-7.