

**Univerzita Karlova v Praze**

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



**Rigorózní práce**

Mgr. Zuzana Čepelíková

**PSYCHOLOGICKÝ POHLED NA PESSO BOYDEN PSYCHOMOTORICKOU  
TERAPII PŘI PRÁCI S TRAUMATIZOVANÝMI JEDINCI**

**PSYCHOLOGICAL VIEW OF PESSO BOYDEN PSYCHOMOTOR  
THERAPY IN WORKING WITH INDIVIDUALS SUFFERING FROM  
TRAUMA**

**Praha 2011**

**školitel práce: PhDr. Vendula Junková**

Mé poděkování náleží všem, kteří mě obohacují či obohacovali, provázejí a povzbuzujícím způsobem ovlivňují či ovlivňovali svojí přítomností v průběhu mé životní cesty. Díky patří V. Junkové za odbornou a lidskou spolupráci při zpracování mé rigorózní práce, Y. Lucké, L. Kobrlemu za přátelské sdílení bohatých zkušeností a dlouholetou podporu mého profesního i osobního růstu, M. Howaldovi, I. Baardmanovi a L. Schrenkerovi za moudrý přístup a inspirující lidskou otevřenost ke světu, J. Hlinkovi za pomoc a konzultaci při statistickém zpracování údajů a M. Jedličkovi za grafické čarování a trpělivost. V neposlední řadě si zaslouží poděkování A. Pesso a lidé, jejichž životní příběhy jsou skrytou součástí této práce.

Prohlašuji, že jsem tuto rigorózní práci vypracovala samostatně s použitím uvedených informačních pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze dne 13.1. 2011

Mgr. Zuzana Čepelíková

## **ABSTRAKT**

Pesso Boyden psychomotorická terapie (PBSP) náleží k tělově zaměřeným psychoterapiím, které ve svém myšlenkovém základě poukazují na významnost propojení tělesné, emoční a kognitivní složky každého z nás. Tato práce se zaměřuje na psychologickou charakteristiku příslušného psychoterapeutického směru, která je v dostupném literatuře zpracovávána pouze v omezeném rozsahu. PBSP je představována v souvislosti s prací s traumatizovanými jedinci. V teoretické části věnujeme pozornost dvěma základním oblastem - teoretickému i aplikačnímu rámci PBSP a problematice traumatu.

Teorie Pesso Boyden psychomotorické terapie je postihnuta především prostřednictvím obecně psychologických témat a vývojového pohledu na osobnost jedince. Praxi PBSP zachycujeme v podrobném popisu psychoterapeutického procesu a přibližujeme fiktivní kazuistikou PBSP. V teorii traumatu je vyzdvížena především jeho geneze, různorodé definování daného termínu, pozitivní i negativní symptomatologie a možnost léčby klientů s traumatickou historií.

Cílem empirického zkoumání bylo přispět k poznání PBSP procesu prostřednictvím mapování obsahových a časových proporcích vybraných PBSP fenoménů. Experimentální skupinu tvořili jedinci s traumatickou minulostí z americko-české pilotní studie: „Efekt dvou sezení PBSP psychoterapie na aktivaci mozku v odpovědi na stimuly evokující trauma“, zatímco do kontrolní skupiny byli začleněni budoucí PBSP terapeuti, kteří se ve svém vývoji neseťkali se zraňující zkušenosti a aktuálně netrpí posttraumatickými symptomy.

Empirická část vedle základního výzkumného designu představuje použité metody: metodu obsahové analýzy, deskriptivní statistiky a testů hypotéz; a seznamuje čtenáře s výslednými daty. Ty podrobně popisují závěry a poukazují na významné rozdíly v konkrétních oblastech ve všech čtyřech základních analyzovaných kategoriích: v práci s emocemi, edukací, orientací na každodennost a navracení se k historické scéně. Pro práci s traumatizovanými jedinci souhrnně vyplývá důležitost používání postavy svědka pro prvotní práci s emočním prožíváním, edukace klienta pro porozumění průběhu PBSP práce a pochopení dynamiky traumatu stejně jako tvoření bezpečného terapeutického prostoru snižováním rizika retraumatizace a dalšími terapeutickými intervencemi.

**Klíčová slova:** Pesso Boyden psychomotorická terapie, trauma, posttraumatický růst, základní vývojové potřeby, struktura, symbolická scéna, obsahová analýza, kazuistika.

## **ABSTRACT**

Pesso Boyden psychomotor therapy (PBSP) belongs to a body-oriented psychotherapies that in their thought basis point to the importance of linking physical, emotional and cognitive components of each of us. The dissertation is focused on the psychological characteristics of the psychotherapeutic movement, which is processed by the available literature only to a limited extent. PBSP is presented in the context of working with traumatized individuals. The theoretical part consists of two basic topics-theoretical and application framework of PBSP and trauma issues.

The theory of Pesso Boyden Psychomotor Therapy is expressed primarily through general psychological topics and developmental perspective on individual personality. PBSP practice is reflected in the detailed description of the psychotherapeutic process and approached by fictitious case report of PBSP. In the theory of trauma is particularly pointed out its genesis, heterogeneous definition of the term, and both positive and negative symptomatology and treatment option for clients with traumatic history.

Empirical research was to contribute to the knowledge of PBSP process by mapping the content and time proportions of selected PBSP phenomena. The experimental group consisted of individuals with a traumatic history from american - czech pilot study: „The effect of two sessions of PBSP psychotherapy on brain activation in response to trauma-related stimuli the pilot fMRI study in traumatized persons“, while into the control group were integrated future PBSP therapists who did not meet the hurting experience during their development and do not suffer from post-traumatic symptoms.

Next to the basic research design the empirical part introduces used methods: content analysis, descriptive statistics, and hypothesis tests; and acquaints readers with the data results. They describe in detail the conclusions and point to significant differences in the specific areas in all four basic analyzed categories: working with emotions, education, focusing on the everydayness and returning to the historical scene. To work with traumatized individuals collectively arises the importance of using the witness character for the initial work with the emotional experiences, education of client for understanding of PBSP process and comprehension the dynamics of trauma as well as creating a safe therapeutic space by retraumatization risk reduction and other therapeutic interventions.

Key words: Pesso Boyden psychomotor therapy (PBSP), trauma, posttraumatic growth, basic development needs, structure, symbolic scene, content analysis, casuistry.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b><u>I. TEORETICKÁ ČÁST.....</u></b>	<b><u>11</u></b>
<b><u>1. SEZNÁMENÍ S PESSO BOYDEN PSYCHOMOTORICKOU TERAPIÍ.....</u></b>	<b><u>11</u></b>
<b>1. 1 PŮVOD A VÝVOJ PESSO BOYDEN PSYCHOMOTORICKÉ TERAPIE VE SVĚTĚ SOUČASNÉ PSYCHOTERAPIE.....</b>	<b>14</b>
<b>1. 2 TEORETICKÝ RÁMEC PBSP : POHLED NA VYBRANÉ PSYCHOLOGICKÉ OTÁZKY PBSP.....</b>	<b>18</b>
1. 2. 1 SEZNÁMENÍ S VYBRANÝMI OBECNĚ PSYCHOLOGICKÝMI TÉMATY PBSP TEORIE .....	18
1. 2. 2 POHLED NA VÝVOJ OSOBNOSTI Z HLEDISKA PBSP TEORIE.....	40
<b>1. 3 PROCES PBSP A JEHO PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA .....</b>	<b>56</b>
1. 3. 1 PŘEDSTAVENÍ PROCESU PBSP A JEHO LÉČEBNÝCH PRVKŮ .....	58
1. 3. 2 MOŽNOSTI A MEZE PBSP (INDIKACE A KONTRAINDIKACE PBSP).....	72
<b><u>2. TRAUMA.....</u></b>	<b><u>77</u></b>
<b>2. 1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ TRAUMATU .....</b>	<b>77</b>
2. 1. 1 DEFINICE TRAUMATU .....	78
2. 1. 2 GENEZE TRAUMATU .....	79
2. 1. 3 TRAUMA, JEHO DYNAMIKA A SYMPTOMY.....	81
2. 1. 4 POHLED NA TRAUMA V RÁMCI PBSP.....	86
<b>2. 2 LÉČBA KLIENTŮ S TRAUMATICKOU ZKUŠENOSTÍ.....</b>	<b>100</b>
2. 2. 1 VYBRANÉ LÉČEBNÉ POSTUPY S TRAUMATIZOVANÝMI KLIENTY.....	103
<b><u>II. EMPIRICKÁ ČÁST.....</u></b>	<b><u>114</u></b>
<b><u>3. UVEDENÍ DO EMPIRICKÉ ČÁSTI.....</u></b>	<b><u>114</u></b>
<b>3. 1 VÝZKUMNÁ VÝCHODISKA .....</b>	<b>114</b>
<b>3. 2 VÝZKUMNÝ PROJEKT, JEHO CÍLE A HYPOTÉZY.....</b>	<b>116</b>
<b>3. 3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....</b>	<b>120</b>
<b>3. 4 POUŽITÉ METODY .....</b>	<b>123</b>
3. 4. 1 METODY SBĚRU A REGISTRACE DAT .....	123
3. 4. 2 POUŽITÉ METODY ANALÝZY DAT .....	128

<b>3. 5 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....</b>	<b>130</b>
3. 5. 1 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉ ČÁSTI I.....	130
3. 5. 2 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉ ČÁSTI II.....	144
3. 5. 3 SYNTÉZA VÝSLEDKŮ A JEJICH INTERPRETACE .....	152
<b>3. 6 ETICKÉ PROBLÉMY VÝZKUMU.....</b>	<b>154</b>
<b>3. 7 DISKUSE .....</b>	<b>155</b>
<b><u>ZÁVĚR.....</u></b>	<b><u>160</u></b>
<b><u>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ODBORNÝCH PRAMENŮ.....</u></b>	<b><u>162</u></b>
<b><u>PŘÍLOHY .....</u></b>	<b><u>179</u></b>
<b>PŘÍLOHA 1. PŘEHLED ZÁKLADNÍCH POJMŮ PBSP.....</b>	<b>179</b>
<b>PŘÍLOHA 2. INFORMOVANÝ SOUHLAS I.....</b>	<b>184</b>
<b>PŘÍLOHA 3. INFORMOVANÝ SOUHLAS II .....</b>	<b>185</b>
<b>PŘÍLOHA 4. INFORMOVANÝ SOUHLAS III.....</b>	<b>186</b>

## ÚVOD

„Ted' a tady“ je okamžik našeho bytí, který je ve skutečnosti ovlivňován naší minulou zkušeností. Tato myšlenka se stala jedním ze základních pilířů PBSP a později se začlenila do komplexního teoretického systému dané metody. Bylo zřejmé, že na mnohé klienty i v dospělém věku působily zážitky zanedbávání či traumatizující zkušeností z dětství. Pessoa Boyden psychomotorická terapie pomáhá klientům léčit jejich dávná emocionální zranění na základě svědectví tělově emocionálních pocitů a impulzů, které přivádí do vědomí, pomocí nich ztvárňuje problematickou historii a vytváří nové, doplňkové vzpomínky, které jsou pozitivní, obohacující a léčivé. Pro klienty to znamená možnost prožívat šťastnější, zdravější, produktivnější a nadějeplnější život.

V této podobě je Pessoa Boyden psychomotorická terapie nejčastěji představována laickému i odbornému světu. Nezaжатého, neinformovaného člověka mohou napadat otázky, které by konkrétněji odpovídaly na následující oblasti: „Jak PBSP probíhá v praxi? Jaké všechny postupy a prvky lze pod výše uvedený popis zahrnout? Na jakých teoretických základech PBSP stojí? Z jakých psychologických kořenů vyrůstá? Pro koho je daný terapeutický směr vhodný a jak je efektivní?“

Zakladatelé PBSP systému, A. Pessoa a D. Boyden, přinášejí osobitá řešení některých psychoterapeutických otázek a témat, stejně jako psychologických vývojových fenoménů. Diplomová práce Možnosti a meze Pessoa Boyden psychomotorické terapie při práci s traumatizovanými klienty představovala a prozkoumávala PBSP metodu v poli jejích reálných možností z různých úhlů pohledů, přičemž zahrnovala odpovědi na některé z výše uvedených otázek. Ty byly nápomocné k objektivizaci metody a nabízely porozumění jejímu bezpečnému způsobu práce. Viditelným, propojujícím prvkem teoretické i praktické části diplomové práce se stala zvýšená pozornost k traumatickému zranění, které autoři PBSP metody pojmají jako jednu z běžných životních zkušeností ve vývoji jedince spojené s neadekvátním sycením potřeb.

V rigorózní práci vycházím z výše uvedeného díla a rozpracovávám jej do více celistvé a komplexní podoby s důrazem na psychologické souvislosti teorie i praxe. Sám název rigorózní práce „Psychologický pohled na Pessoa Boyden psychomotorické terapie při práci s traumatizovanými jedinci“ této skutečnosti napovídá. Při hlubším porozumění psychomotorické terapii v ní nacházíme jednak všeprostupující prostor věnovaný léčebnému zpracování těchto starých emočních zážitků a především důsledně, leč v odborných pramenech na první pohled téměř neviditelně, vystavěné pilíře psychologického poznání, které koresponduje s moderními poznatky z neurologie, vývojové psychologie či oblasti attachmentu.

Význačným impulsem ke zpracování vybraného tématu se stala touha rozvíjet a prohlubovat porozumění psychologické základně PBSP teorie, kriticky jí analyzovat i citlivě propojovat s obecně uznávanými odbornými koncepty. Příkladem může být rozšíření textu o oblast vazbového chování



či teorie emocí a potřeb, které v diplomové práci scházelo. Rozhodnutí zacílit text na jedince s traumatickou zkušeností bylo ovlivněno vlastním zaujetím pro nepatologický pohled na oblast traumatu, který PBSP metoda nabízí. Vnímám jako užitečné jej více postihnout skrz obecné vidění vývoje člověka a terapeutických možností PBSP přístupu.

Traumatizovaní jedinci jsou často stigmatizovaní situací, která se jim přihodila, a domnívám se, že vnímání zraňujícího zážitku jako součást běžného lidského bytí jim může napomoci k návratu z izolace do mezilidských vztahů. K tomu podívat se na fenomén traumatu jako na normální lidskou zkušenost mne přivedly jak zážitky z mé osobní historie, tak mnoholetý kontakt s traumatizovanými lidmi v odborné praxi. Oba tyto impulzy mne směřovaly k hlubšímu zájmu o získávání poznatků z oblasti krizové intervence, stejně jako k rozmanitým způsobům léčby vývojových i šokových traumatických zkušeností.

Česká republika není v současnosti informačně nasycená daným tématem, neboť existuje pouze několik málo zdrojů zabývajících se příslušnou oblastí. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla oslovit české, německé, švýcarské, holandské, belgické a americké PBSP odborníky za účelem získání veřejných i interních vzdělávacích materiálů. S využitím zahraniční mezivýpůjční služby, informačních databází (EBSCO host, PubMed či ProQuest) a na podkladě účasti na odborných přednáškách se snažím kontinuálně získávat nejnovější poznatky i údaje z vědeckých výzkumů. Při psaní rigorózní práce jsem použila více jak 40 nových článků a publikací a ve shodě s dříve citovanými informačními zdroji jsem zvolila normu ČSN ISO 690.

Protože je PBSP neustále živou, vyvíjející se metodou a nové myšlenky a teoretické úvahy nejsou zcela zachyceny v písemné podobě, při psaní využívám též ústní sdělení A. Pessa. Dalšími ústně citovanými autory jsou ze stejného důvodu Y. Lucká, P. Pöthe, L. Perquin či D. Boadella. Až na posledního zmíněného autora prošly veškeré texty autorizací a dostaly povolení ke zveřejnění. S D. Boadellou se mi nepodařilo za tímto účelem zkontaktovat.

A. Pessa a D. Boyden, původní profesí tanečnice a choreografky, za 50 let vývoje metody Pessa Boyden psychomotorické terapie procházejí cestou od umění k vědě. Jejich umělecké nastavení můžeme stále pociťovat v laskavém a lidském jazyce, kterým psychomotorickou terapii předkládají laické i odborné veřejnosti. Z respektu k oběma autorům jsem se rozhodla tento jejich subjektivní jazykový styl začlenit do mé rigorózní práce a doplnit jej v rámci psychologické interpretace jejich teorie i praxe odborným, v psychologii užívaným jazykem.

Právě psychologická charakteristika teorie i praxe Pessa Boyden psychomotorického terapeutického systému, kde se ve velké míře potkává jazyk odborný s osobitým PBSP slovníkem, tvoří první kapitolu rigorózní práce. Pro snazší orientaci v nových pojmech jsem využila možnost sestavit slovník PBSP pojmů, který lze nalézt v přílohové části této práce (příloha č. 1) a který blíže specifikuje PBSP metodou používané termíny jako je antidotum, postava svědka, hlasy, microtracking, bookmark či placeholder.

V druhé kapitole, která se zabývá traumatem a jeho historií, genezí, členěním, symptomatologickým obrazem a především rozmanitými formami léčby traumatického zranění, nalezneme též informace týkající se fenoménu posttraumatického růstu stejně jako posttraumatické stresové poruchy. V této souvislosti používám v textu zkratku PTSD (posttraumatic stress disorder) s vědomím, že se jedná o anglickou zkráceninu termínu posttraumatická stresová porucha, které autoři jako je např. C. Höschl, J. Praško, M. Preiss či D. Vizinová dávají přednost před českým výrazem PTSP.

Kapitoly o traumatu a Pesso Boyden psychomotorické terapii se myšlenkově propojují ve fiktivní kazuistice, která je doplněna četnými interpretacemi a odborným komentářem. Ve zkrácené podobě je předložena i kazuistika pro práci s fenoménem mezer v rolích a deficitní historií. I přesto, že se nejedná o reálný přepis terapeutického procesu s klienty, mohou dané kazuistiky běžnému člověku podkrývat utajený svět psychoterapeutické reality. Mohou nám však též posloužit jako ukázka transkribovaného materiálu videonahrávek, které budou analyzovány v rámci výzkumu a které díky etickým závazkům nebude možné prezentovat v rigorózní práci.

Cílem empirického zkoumání je přispět k poznání PBSP metody prostřednictvím analýzy časových a obsahových charakteristik vybraných fenoménů na podkladě videozáznamů terapeutické práce u dvou výzkumných souborů. Po deskriptivní statistice následuje provedení testů hypotéz s očekáváním, jakým způsobem výsledky výzkumu přiblíží souvislost mezi teorií PBSP a jejím odrazem v rovině aplikační.

Vzhledem k nízké dostupnosti informací o teorii i praxi PBSP metody v České republice je mojí snahou jako autorky rigorózní práce postihnout PBSP v co největší celistvosti a tématické šíři bez odvolávání se na zahraniční literaturu. V této souvislosti dochází jednak k rozšíření teoretické části diplomové práce o psychologický pohled na vybraná témata a především k vypracování ojedinělého výzkumného designu, což se odráží v nestandardní délce práce.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Seznámení s Pesso Boyden psychomotorickou terapií

Touha porozumět sobě a světu, ve kterém žijeme, se vyskytuje od nejstarších dob existence člověka. Hledání odpovědí na mnohé otázky je podstatou a hnací silou všech oblastí lidského poznání. Objevování nových souvislostí a poznatků se děje cestou racionální, citovou či mystickou a tyto cesty se mnohdy doplňují a kombinují.

Minulé století přineslo množství nových impulzů pro rozvoj dosavadního poznání i v oblasti psychoterapie. Psychoterapie se vyprofilovala jako samostatná vědní disciplína, která čerpá poznatky z psychologie, medicíny, sociologie stejně jako nalézá mnoho poučení a inspirace ve filozofii, etice či náboženství (Vymětal, 2003). Pohled na jednotlivce jako bio-psycho-sociálně duchovní bytosti se rozšiřuje i na psychoterapeutickou práci se skupinami či rodinami jako samostatným, jedinečným systémem.

V posledních třiceti letech byl zaznamenán rozvoj a vznik nových psychoterapeutických škol, které se blíží v současnosti počtu 400, jak uvádí J. O. Prochaska a J. C. Norcross (Prochaska, Norcross, 2001). Pluralitu směrů shledáváme v technikách, jež rozdílně užívají vztahových a komunikačních prostředků a zapojení těla do psychoterapeutického procesu. Odlišnosti se vyskytují i v jejich indikačních a kontraindikačních rámcích a především v hodnotových a světonázorových myšlenkách, o které se různé psychoterapeutické směry opírají. Společným prvkem různých forem psychoterapií je zaměření na léčbu klienta v podobě terapeutické změny. O terapeutické změně hovoří J. Zeig, který psychoterapii vymezuje jako proces, jehož cílem je pomoci posílit klienta, aby klient mohl dosáhnout předsevzaté změny, pro niž neměl doposud potřebné prostředky (Zeig, 2005).

Při užším konkretizování společných faktorů jednotlivých psychoterapií dochází k diferenciaci názorů, ale i tématickému přeryvu, jak je zřejmé např. u S. Rosenzweiga (Rosenzweig, 1936), C. R. Rogerse (Rogers, 2000), L. M. Grencavage a J. C. Prochasky (Grencavage, Norcross, 1990). Autoři se shodují nejčastěji na klientově pozitivním očekávání, podpoře, interpretaci, získávání vhledu, změně chování v průběhu terapie či na určitých charakteristikách terapeuta (Prochaska, Norcross, 2001).

V literatuře a o psychoterapii se věnuje mnoho prostoru k hledání co nejpřesnějších odpovědí na otázky, čím psychoterapie je a čím naopak není? Je empirickou, aplikovanou vědou? Jaké prostředky a formy používá a které z nich působí nejefektivněji v rámci psychoterapeutického procesu? Jinými slovy hovoříme o potřebě definovat pole psychoterapie. Pravdou v současnosti zůstává, že i přes rozmanitost a nejednotnost definic se psychoterapeutické školy shodují na společném cíli, jímž je zdraví pacienta. Cílem psychoterapie může být celková osobnostní změna, jejímž vedlejším důsledkem je vymizení nežádoucích symptomů, nebo „pouhé“ odstranění chorobných příznaků psychických či somatických. První cíl si klade z nejnámějších zástupců

psychoterapeutického světa např. hlubinná a dynamicky orientovaná psychoterapie, druhý cíl přístup behaviorální (Kratochvíl, 1997, Prochaska, Norcross, 2001, Vymětal, 2007).

Bohatá různorodost psychoterapeutických přístupů a systémů se stává spojujícím prvkem, který v nejobecnějším základu představuje psychoterapii jako jednu z výše jmenovaných cest, jak člověk může porozumět sobě a vztahům s okolním světem, jak je schopen se přizpůsobit a být „tady a teď“ ve stále se měnícím prostředí.

Pro rozsáhlost počtu starých i nově vzniklých terapeutických systémů se zaměříme na jeden z nejnovějších přístupů orientovaných na tělo: Pesso Boyden Systém Psychomotor, zjednodušeně nazýván PBSP, Psychomotorická terapie či Pesso terapie (dané názvy užíváme v této práci jako synonyma). Tento směr je uznávaným bodyterapeutickým směrem, jenž prošel uznáním Evropské asociace pro body-psychoterapii (EABP). Tato organizace v současnosti představuje 40 rozličných vzdělávacích, na tělo orientovaných programů, z nichž 20 prošlo oficiálním akreditačním procesem a získalo tak potvrzení vlastních terapeutických kompetencí odbornou veřejností (Young, 2010).

Pesso Boyden psychomotorická terapie se zrodila na počátku 60. let z úvah a vlastní zkušenosti zakladatelů PBSP, tanečního, choreografického a životního páru A. Pessa a D. Boyden. Základními kořeny této terapeutické metody se stalo důkladné pozorování tanečního projevu a hluboké porozumění výrazu lidského prožívání v subtilních projevech těla (Pesso, 1997a, Pesso, 1997b).

Jestliže budeme přistupovat k psychoterapii jako k vědě a umění, patří se zde říci, že se ve svých počátcích psychomotorická terapie blížila více světu uměleckému. Avšak zájem o zkoumání vzájemného intenzivního propojení pohybové aktivity s prožíváním dovedla tyto profesionální tanečnický ke studiu terapeutických účinků těchto pohybů. Z tohoto zkušenostního základu vyvěrá teoretické zázemí a praktické psychoterapeutické postupy, které vrcholí ve stále se rozvíjející terapeutické metodě založené na znalosti psychologického a tělesného vývoje člověka.

Historie daného směru se píše téměř z 50leté perspektivy, neboť právě rok 1961 se stal významným pro její vznik. A. Pesso a D. Boyden začali využívat taneční techniky pro terapeutické účely při léčbě psychiatrických pacientů v Mc Leanově nemocnici v Belmontu, ve Vládní nemocnici pro veterány v Bostonu a na oddělení pro pacienty s bolestmi v rehabilitačním centru v Nové Anglii (Fischer-Bartelmann, 2010a, Vybíral, Roubal, 2010). Zakladatele vedly jejich první zkušenosti s prací s pacienty neočekávanými cestami do oblasti psychoterapie a osobního růstu.

Autoři tvořivou syntézou sdružují psychoanalytické, na rodinu orientované principy a přístup zaměřený na klienta (PCA-C. Rogers). Ve své teorii představují myšlenku, co znamená být člověkem v rovině biologické, psychologické, sociologické, filozofické a spirituální. Avšak základním a zároveň zastřešujícím principem psychomotorické terapie se stala práce s tělem a tělovým prožíváním (Lowen, 2009, Moos, 2009, Pesso, 1997a, Pesso, 1997b).

Přestože PBSP nevychází přímo z tradice např. W. Reicha nebo A. Löwena, implicitně obsahuje jejich základní předpoklady, že život člověka je životem jeho těla a živé tělo

je svébytným a jedinečným energetickým systémem. A. Pessa sdílí s W. Reichem také přesvědčení, že jedinec je schopen se psychicky a citově uzdravit, když věří v sebeúzdavný proces a když žije s vědomou účastí naší přirozené podstaty (Lowen, 2009, Pessa, 1997a, Pessa, 1997b, Reich, 1993).

V neposlední řadě bychom nechtěli opomenout vývoj termínu Pessa Boyden psychomotorická terapie, který okrajově dokresluje důležité body z vývoje této metody. V evropském chápání pojmu „psychomotorický“ se obecně odkazuje na různé tělově orientované metody (od masáží, přes bodyterapeutické přístupy až po různorodé druhy bojových umění), na rozdíl od komplexnějšího významu v PBSP terapii. Anglický výraz „psychomotor“ se skládá ze dvou částí „psycho“ a „motor“. „Psycho“ zahrnuje veškeré dění týkající se psychiky a „motor“ se týká tělesných vjemů a pohybů, tedy pohybových akcí včetně začínající či blokové akce (Howe, 1991). A. Pessa a D. Boyden kladou důraz na toto pojmenování, neboť odráží dobře propojený systém psychoterapie, nikoli pouze soubor technik.

Ačkoli byl pojem „psychomotorický“ explicitně daný od počátku vzniku terapie, původní název terapeutického směru nesl pouze jméno A. Pessa. V roce 1992 na 1. kongresu Pessa terapie v Amsterdamu byl přejmenován na Pessa Boyden psychomotorickou terapii z důvodu respektu k oběma jejím zakladatelům. A. Pessa na své přednášce „Síť vztahů v rodině, její historie a základní vývojové potřeby“ v Praze k tomuto tématu řekl: „Mnoho práce vzešlo od mé ženy a já jsem se toho ujal. Diane si neužívá vyučování tak jako já. Cestuji po světě a lidé mne považují za zakladatele, je to problém. Nosím po světě dítě mé ženy. Bez ní by se nikdy nezrodilo“ (Pessa, 2008). V tomto kontextu je vhodné zmínit skutečnost, že pokud se v naší práci vyskytuje samostatně stojící jméno A. Pessa, jeho jméno reprezentuje poznatky daného směru tvořené oběma zakladateli, nikoli jeho autorské myšlenky bez přispění úvah D. Boyden.

Mnohé tématické okruhy Pessa Boyden psychomotorické terapie i jednotlivé kroky průběhu psychoterapeutického procesu jsou dlouhodobě propracovávány, prohlubovány a propojovány s poznatky z ostatních psychologických, psychoterapeutických, neurobiologických a vývojových teorií či perinatálních studií. A. Pessa i přes svůj vysoký věk stále zůstává velice činným a svůj přístup neustále extenzivně vyvíjí, kriticky reviduje a aktivně předává žákům po celém světě (Z. Vybíral, J. Roubal). Mezi jedno z nejdetailněji rozvinutých témat Pessa Boyden psychomotorické terapie nepatří pouze oblast ontogeneze člověka a její pohled na vývojové potřeby, mezery v rolích a traumatické zážitky, ale také způsob, jak s nimi zacházet bezpečně a profesionálně v psychoterapeutické práci. Právě úzký zájem PBSP o traumatickou zkušenost jedinců a jejich péči se nám stal jednou z klíčových inspirací, proč bychom rádi věnovali pozornost danému tématu a blíže jej prozkoumali.

Pluralita psychoterapeutických přístupů nabízí na jedné straně klientům možnost volby optimálního způsobu práce, ale zároveň v ní mohou být ukryty obtíže s výběrem nejvhodnějšího psychoterapeutického přístupu pro zlepšení jejich dosavadního stavu (Feiss, 1979, Kratochvíl, 1997).

Základní cíle rigorózní práce vychází z touhy odpovědět na otázku: „Jakým způsobem se teorie PBSP odráží v praxi? Hledání propojenosti se neobejde bez hluboké znalosti PBSP procesu a důkladného porozumění psychologické základně její teorie. Záměrem naší práce je především snaha přispět k poznání procesu PBSP prostřednictvím analýzy obsahových a časových charakteristik a poskytnout celistvý (v literatuře prozatím absentující), psychologický pohled na teorii i praxi PBSP metody. Přesahujícím momentem je následné šíření nových informací přednáškovou, příp. publikační činnostmi. Rozšiřováním poznatků a úvah z oblasti PBSP můžeme přispět ke zvyšování informovanosti o další z tělově orientovaných terapeutických příležitostí české odborné i laické veřejnosti a tím pomoci usnadnit vhodný výběr psychoterapie pro traumatizované klienty, stejně jako poskytnout nové obzory psychoterapeutům při práci s lidmi s traumatickou zkušeností. „Rozšířením obzorů psychoterapeutů“ lze rozumět vlastní nasměrování a inspiraci pro studium a práci s psychomotorickou terapií, stejně jako samotné povědomí o daném psychoterapeutickém přístupu a jeho využití pro své klienty prostřednictvím práce PBSP kolegů.

Na daný psychoterapeutický směr chceme nahlížet jak okem kritickým, tak neopomíjet specifické přínosy PBSP. Nepřicházíme s nabídkou PBSP jako jediného vhodného směru pro traumatizované klienty, ale snažíme se jej blíže představit jako jednu z možných cest pro naplňování cílů klientů v rámci psychoterapie.

## **1. 1 Původ a vývoj Pesso Boyden psychomotorické terapie ve světě současné psychoterapie**

Ve světě psychoterapie je obecně známé, S. Freudem formulované, vývojové dogma, kterým se inspiruje J. Siřínek ve svém Pojednání o nepokrevních příbuzenských vztazích mezi psychoterapiemi: „To, jací jsme nyní, jak prožíváme a jak se světu přizpůsobujeme dnes, je zásadně a bezprostředně ovlivněno tím, jaký svět nás obklopoval původně a jak jsme byli nuceni přizpůsobit se mu tehdy, kdysi, velmi dávno“ (Siřínek, 2008, s.21).

Psychomotorická terapie vychází ze stejného předpokladu jako psychodynamická teorie, která vyzdvihuje vliv raných zkušeností na porozumění a prožívání současných událostí. Popisují naši přítomnost jako akt paměti, tedy neustále zpřítomňovanou osobní historii. „Zkušenosti v současnosti jsou vždy vidět skrze "objektiv" vzpomínek na minulost; vzpomínky na minulost přímo ovlivňují a mění dnešní akci a interakci; očekávání týkající se budoucnosti jsou z velké části založeny na předpokladech, založené na zkušenostech v minulosti“ (Pesso, 1997a, str. 118).

Přestože byl tento fakt již známý před sto lety, v 60. letech minulého století k němu přivedla A. Pessa a D. Boyden jejich osobní zkušenost a vlastní touha být dobrými tanečními pedagogy a choreografy. V tu dobu možná ani jeden z nich netušil, že jejich důkladné a citlivé pozorování těla v pohybu, touha objevovat vztah mezi pohybovým výrazem a emocemi a snaha naučit své žáky

vyjadřovat skrz tělo své vize, nápady a myšlenky divákům, je povede cestou od tance k vytvoření vlastní svébytné, na tělo orientované psychoterapie.

Veškeré tyto skutečnosti směřovaly A. Pessa a D. Boyden k rozvoji cvičení, která jejich studentům napomáhala zdokonalovat techniku, tvořivost, individualitu, vlastní taneční projev, stejně jako podporovat autentičnost výrazu a schopnost být více uvolněný při otevřeném vyjadřování sebe samých (Pesso, 1997b). Cvičení vyvolávala dobrou citlivost k určování emočních stavů od výrazu obličeje, gest, držení těla až k pohybům a podněcovala schopnost rozlišovat nerovnosti verbálních výpovědí a neverbálního vyjadřování (Crandell, Pesso, 1991, Fischer-Bartelmann, 2010a). Rozvíjející se systém formulací a postupů umožňoval experimentovat s různými způsoby, jak usnadnit vyjadřování pocitů skrz tělesné činnosti a interakce s druhými. Pomáhal je rozpracovat v psychomotorické, terapeutické postupy, jak na bázi elementární pocitové reaktivity klienta a hluboké znalosti vývojových principů terapeuta modelovat terapeutickou scénu optimálním způsobem (Pesso, 2009b).

V rámci tohoto učení autoři objevili tři základní motorické systémy: reflexní systém umožňující se udržet v rovnovážné poloze, systém pohybů ovládaných vůlí, tzv. volní systém, a systém emoční, v němž emoční naladění každého z nás přechází v akci. Právě prvotní zkoumání emočního pohybu je dovedlo k myšlenkám zkušenostního pozadí našich současných prožitků, které jsou neurologické podstaty. Podle A. Pessa se člověk nemůže nechovat historicky, je jen třeba tohoto momentu využít a nabídnout historické zážitkové úrovni novou symbolickou zkušenost (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, Pesso, 1997a).

Nová symbolická zkušenost se rozvíjí na základě nového léčebného, interaktivního pole. Autoři vyzdvihli tento fenomén, který je určující pro směr vývoje osobnosti jedince. Interakce byly prvně prozkoumávány v tanečním prostředí, kdy autoři PBSP poskytovali studentům možnost vyjádřit své pocity prostřednictvím tance a očekávali, že jejich žáci dosáhnou oslabení napětí a lepšího výkonu při tanci. Zatím se skrýval předpoklad, že emoce mohou taneční projev ovlivňovat, brzdit či narušovat (Fischer-Bartelmann, Roth-Bild, 2010). Zajímavým zjištěním byla skutečnost, že vyjádřením pocitů hněvu ztráceli studenti energii a samotná exprese emocí nebyla dostačující. Dle D. Boyden tento hněv nenašel odpovídající reakci u osoby, vůči níž byl směřován (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, Crandell, Pesso, 1991). Autoři začali rozvíjet první léčebné interakce, kde hledali na aktuálně vzniklé emoce adekvátní odpovědi.

Základní myšlenkou bylo vyjádřit emoce z konkrétní situace (vylekané dítě pláče schované), které by měly mít explicitně protějšek (ochranné objetí pečovatele). Výsledným efektem byla příjemná zkušenost člověka, který na svůj hněv mohl dostat odpovídající interakci, jež úzce souvisela s jeho osobní historií (pečovatel přichází a objímá a ochraňuje vystrašené dítě). Zdálo se, že tělo má vrozenou znalost správné odpovědi na vlastní pohyb. Za každým pohybem (schoulení se), s každou přicházející emoci (strach) se objevuje tvar, který čeká na adekvátní odpověď, tzv. protitvar (ochranné objetí) (Crandell, Pesso, 1991, Fischer-Bartelmann, Pesso, 2009b). Pokud nepřichází,

je to frustrující. Za původní snahou autorů PBSP nabídnout svým žákům lepší kontakt s jejich vlastním tělem se objevila skutečnost, jak se žáci dostali do kontaktu se svou osobní historií, svými uzamčenými emocemi a potřebami (Pesso, Boyden, Vrtbovská, 2009). To, co se dělo uvnitř, se začalo pomalu projevovat navenek v adekvátní interakci. Zavedení interakce přineslo průlom do dalšího vývoje rodící se PBSP terapie.

Zaujetí, s jakým začali autoři PBSP zkoumat propojenost „těla“ a „duše“, nebylo ojedinělé ani nové. Lidské tělo bylo již v minulosti předmětem zájmu vědy a bylo nejčastěji zkoumáno z hlediska zdraví člověka v rámci lékařských věd. Otázka propojenosti těla a mysli se stala základní pro vznik jednotlivých bodytherapeutických směrů i psychosomatiky. Prameny a myšlenky, z nichž čerpaly a postupně se rozvinuly jednotlivé směry bodyterapie, nalezneme v embryologii, klinické neuropsychologii, gestalt psychologii, hlubinných analytických směrech, ale i čínské medicíně, fyzice a mnoha dalších koncepcích.

V úvahách o těle a jeho místu v oblasti psychoterapie vnímáme jako zastřešující a svou jednoduchostí úsměvnou poznámku M. Leijssenové, že terapie bez těla není možná (Leijssen, 2006). Tento názor vyjadřuje fakt, že „tělo je v každé terapii vždy přítomno bez ohledu na to, zda je tato skutečnost reflektována či nikoli (Vybíral, Roubal, 2010). Gestalt terapeutka J. Mackewn podává rozšiřující vysvětlení: „Tělo a vše, co s ním souvisí, by mělo být důležitou součástí jakékoli terapeutické práce, protože lidské emoce jsou prožívány v těle a pomocí těla vyjadřovány (Mackewn, 2004, str. 169).

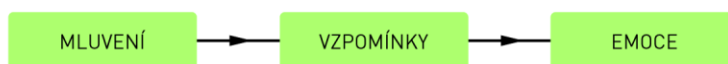
Je více jak zřejmá existence mezi tělesným prožíváním a psychickým vývojem. V poslední čtvrtině 19. století, o deset let dříve než S. Freud rozvinul psychoanalýzu, P. Janet v Paříži zjistil mnoho ze základů psycho-fyzického přístupu ve vztahu k emocím, svalovému napětí, dechu a vegetativnímu nervovému systému. Inspiraci pro zkoumání emoční oblasti jedince získal u svých učitelů, S. Freuda a Janetova žáka P. Schildera (Janet cit. podle van der Kolk, van der Hart, 1989). W. Reich navazoval na ranou práci S. Freuda, který se zaměřoval na ekonomii energie neurózy a tělově emoční oblast (Reich, 1903). Již v roce 1923 S. Freud napsal, že ego je „především tělesným egem“ (Freud, 1960, str. 17). Předložil názor, že prožitek ega se vyvíjí jako prožitek těla a nedostatek určitých tělesných vjemů omezuje vývoj ega. Z tohoto základu vychází také PBSP a zaměřuje se na formování a vývoj osobnosti člověka v prostředí, ve kterém jedinec nezažil určité tělesné zkušenosti v daném čase a potřebném množství a kvalitě.

I ostatní body-therapeutické přístupy přemýšlí o tělu jako o složitém systému, který je schopen se do určité míry seberegulovat; spíme, když jsme unavení, chráníme se v situaci ohrožení. Organismus má vrozenou tendenci udržovat sám sebe v rovnováze. Pokud se učíme špatným návykům, zneužíváme či nadužíváme naše síly, vystavujeme se stresujícím podnětům, pak nám tělově orientované terapie nabízí nalezení cesty zpět k lepšímu způsobu bytí. Společným cílem bodyterapií je snaha opětovně nalézt či se přiblížit k self regulovanému způsobu fungování (European association for body-psychotherapy, 2011, Young, 2010).



L. Perquin poukazuje na studie M. S. Mahlerové a D. Sterna, ve kterých autoři představují separačně-individuační vývojovou fázi jako jeden ze zdrojů formování identity jedince odehrávající se v průběhu tělesných pohybů (Mahlerová, Pine, Bergmanová, 2006, Perquin, 1997, Vágnerová, 2005). „Pokud má člověk deficit v důsledku neadekvátních tělesných zkušeností formujících ego, analýza a náhled nebudou pro navození změny postačovat“ (Smith, 2007, s.16). PBSP obohacuje terapeutickou práci o klientovu příležitost prožít dostatečné množství adekvátních tělových zážitků. Růst a vývoj ega není podněcován pouhým analyzováním, ale přichází skrze učení prožitkem v interakci s druhými lidmi či zástupnými předměty.

Tento pohled nabízí otázku, jakým způsobem se věnují tělu různé psychoterapeutické přístupy. Je zřejmé, že cíle psychoterapeutických směrů jsou stejné, ale způsob intervencí odlišný. V tradičních psychoterapiích se snažíme vyjádřit zkušenosti verbálně, a to dokonce i ty, jež jsou čistě smyslové a tělesné.



*Obr. 1 Pořadí psychoterapeutických intervencí ve verbálních terapiích.*

Terapeutický proces směřuje od mluveného slova přes vzpomínku k emocím, kdežto somatické psychoterapie se dívají na člověka jako na řetězec energie-pohyb-emoce-myšlení.



*Obr. 2 Pořadí psychoterapeutických intervencí v tělově orientovaných terapiích.*

V bodyterapiích vede cesta primárně přes tělo, emoce ke vzpomínkám. Na tělo zaměřené psychoterapeutické přístupy (body-oriented psychotherapy) nabízejí možnost vyhnout se složité oklice zpracování signálů v kůře mozkové a zapojit přímo starší mozková centra (Andrllová, 2005). Potlačené emoce se objeví díky intervenci na tělesné úrovni dříve než odpovídající vzpomínka. Tento princip je využíván v terapii, kdy zaměřením na změnu pohybového vzorce je způsobena změna klientova prožívání (Lowen, 2009, Smith, 2007).

Existují četné příklady z psychoterapie či vývojové psychologie o významu tělové zkušenosti pro vývoj osobnosti jedince a způsobu, jak je s touto zkušeností následně zacházeno v rámci psychoterapie verbální či tělově orientované. Hlavní výtkou verbálně orientovaných psychoterapií je úvaha o nedostatečné znalosti účinků doteků, které se při neadekvátním užití mohou stát až nebezpečné pro klienta. Druhá strana psychoterapeutického pólu, stoupenci bodyterapie, reaguje pochybami o komplexnosti péče poskytované tradičním způsobem. Podle M. Scarff si tělo pamatuje a kupodivu tento fakt, že naše vzpomínky jsou fyzicky i duševně v nás, všeobecně uznává i biologická oblast. Jen tím, kdo toto poznání často přehlíží, jsou praktici verbálně zaměřené psychoterapie (Scarff, 2005). A. Pesso se k tomuto sporu staví následovně: „Oheň může ničit

i pomáhat. Oheň akce a dotyku může uškodit, stejně jako pomoci.“ Je nezbytné využívat akci a doteky stejně uváženě, jako se volí slova ve verbální terapii (Pesso, 1997a).

S postupujícím časem je v psychoterapeutické péči pozorovatelný trend slučovat různé přístupy v integrativní rámci (Prochaska, Norcross, 2001). Tato skutečností čím dál více umožňuje zahrnout práci s tělem do různých psychoterapeutických škol. Naše práce si neklade za cíl podrobné zmapování historie těla v kontextu psychoterapie. Snaží se pouze přiblížit, jak PBSP systém vznikl jako odraz živé a neobvyklé zkušenosti tanečníků, kteří dokázali svoje poznatky a zkušenosti analyzovat, srovnávat průběžně s dalšími směry a psychologickými školami, postupně z objevených zákonitostí syntetizovat metodu a nakonec ucelený terapeutický systém. Vytvořili citlivý nástroj pro dosažení „emocionálního růstu“, jak nazývá D. Boyden terapeutickou změnu. V průběhu velmi strukturované terapeutické práce na symbolické, emocionální úrovni jsou vytvářeny podmínky pro řešení individuálních konfliktů z minulosti (Howe, 1991). Systém nabízí specifický způsob zacházení s ranými zážitky, které zásadně ovlivňují pozdější chování jedince, v podobě symbolické, emočně korektivní zkušenosti (Fischer-Bartelmann, 2010a, Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009).

## **1. 2 Teoretický rámec PBSP : pohled na vybrané psychologické otázky PBSP**

V psychologii se jeví otázky spojené s poznáním jednoty a variability v prožívání a chování jedince jako nezbytné a jsou neopomenutelným stavebním kamenem všech úvah pro psychoterapeutickou práci. Pokud se chceme zabývat psychologickým zdůvodněním aplikace PBSP při práci s traumatizovanými jedinci, musíme jako první proniknout do poznatků, jak tento systém vymezuje teoretický rámec osobnosti a kontext, v němž se osobnost vyvíjí a realizuje.

### **1. 2. 1 Seznámení s vybranými obecně psychologickými tématy PBSP teorie**

Pro porozumění vývoji osobnosti jedince a způsobu, jakým se uskutečňuje genetická výbava vedoucí člověka k vlastnímu autonomnímu životu, je nutné neopomenout psychologické fenomény a principy, bez kterých se vývojový proces neobejde. Obecné zákonitosti fungování lidské psychiky a její jednotlivé části zkoumá obecná psychologie a snaží se je popsat a vysvětlit v kontextu celého systému.

PBSP terapie jako aplikovaná disciplína primárně neusiluje o výklad psychiky člověka, přesto však přispívá vlastním pohledem na danou problematiku. Snaží se porozumět, jakým způsobem zachází teorie PBSP s některými psychologickými otázkami: jaký význam kladou autoři paměťové funkci, vědomí, jak definují pojmy jako duše, ego, Já, jaké složky obsahuje psychomotorický systém, či co je ústřední hnací silou v životě člověka.

Před vymezením výše zmíněných oblastí chceme zdůraznit limity PBSP terapie, která není filozofickou školou s dokonale teoreticky propracovaným rámcem a detailní terminologií. A. Pesso naplňuje psychologické pojmy vlastním obsahem odrážející jeho „praktickou terapeutickou

moudrost.“ Některé z nich užívá ve spojitosti s jejich metaforickým významem, jenž není vědecky podložený, a na druhé straně začleňuje do své teorie pojmy, které jsou v moderní psychologické literatuře již mnohokrát popsány. Terminologicky se PBSP terapie blíží psychoanalýze a humanistické psychologii, avšak zahrnuje navíc vlastní pojmový aparát.

V následující části přinášíme syntézu užívaných pojmů z těchto oblastí. Specifické pojmosloví v teorii PBSP (pozn. „specifické“ je užito ve smyslu speciálního názvu či obsahu pojmu) charakterizujeme pomocí obecně užívaného psychologického jazyka, abychom tím teorii psychomotorické terapie co nejvíce přiblížili odbornému světu psychologie.

## BIOLOGICKÁ A SOCIÁLNÍ DETERMINACE

Již při pohledu na zjednodušený model obecných mechanismů **realizace duševního vývoje** je patrné, o jak komplikovaný proces se jedná. Odpovědi na otázku determinace psychického vývoje se pohybují na ose mezi teoriemi předpokládajícími nekonečnou schopnost člověka utvářet se vlastním učením (empirismus) a teoriemi vyzdvihujícími vrozenost základních tendencí jedince (nativismus).

Zakladatelé PBSP čerpají myšlenky např. od A. H. Maslowa (Maslow, 1987) či C. R. Rogerse (Rogers, 1998), představitelů racionalistického determinismu, a shodují se s jejich pohledem na jedince, který se neustále rozvíjí za příhodných podmínek a ve své podstatě se rodí dobrý. Inspiraci nachází též mezi iracionalistickými teoriemi, kde má významnou pozici S. Freud či CH. Darwin (Darwin, 2001) se svojí evoluční teorií. Důrazem na význam zkušeností a interakcí však překonávají krajní pól nativismu a řadí se mezi interakční teorie (dialektické, syntetické), podle nichž vývoj probíhá konvergencí vrozeného s činiteli prostředí. V tomto smyslu interakce matky s dítětem je prvním, výrazným setkáním dědičnosti s prostředím, nebudeme-li brát v úvahu prenatální vývoj jedince (Langmeier, Krejčířová, 2006, Pessa, Boyden, Vrtbovská, 2009).

Interakční modely ukazují na význam získávání prvních zkušeností dítěte v rámci rodinné výchovy, jež mohou určité vklady rozvíjet či potlačovat. Za hlavní interaktivní nositele raných sociálně emočních zkušeností, které formují rozvoj genetického vkladu, jsou považováni prvotní pečovatelé, nejčastěji matka (Kulisek, 2000). Ke stejnému závěru v oblasti dětské psychologie v teorii attachmentu dospěl již J. Bowlby (Bowlby, 1997) a M. D. S. Ainsworthová (Bowlby, Ainsworth, 1965), ale i S. Freud (Freud, 1991) či E. H. Erikson (Erikson, 2002). Společným momentem teorie attachmentu a PBSP teorie je otázka důsledků v psychice a zdravém sociálním a emočním vývoji v případě absence jistého trvalého vztahu s pečující osobou.

V následující části bude pozornost přenesena na zkoumání konkrétních mechanismů, jak probíhá rozvoj jedince dle PBSP. Základní myšlenka PBSP zní: „Zdravé jádro, se kterým se rodíme, v nás zůstává, i když vnější podmínky nebyly pro náš vývoj příznivé (Lucká, Koblíček, 2003a, str. 30). Existenci těchto hojivých přístupů lze získat svojí vnitřní rovnováhu. Tato myšlenka pramení z optimistického obrazu lidského bytí a je společná růstovým nativistickým teoriím. Z pohledu A. Pessa a D. Boyden „být naživu“ má aspekt biologický, psychologický, sociální

a duchovní a je odrazem vrozeného implicitního programu našich očekávání, tedy toho, co by se mělo během našeho biologického a psychického vývoje odehrávat v kontaktu s druhými osobami (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009). Tato očekávání v podobě ideálních vnitřních obrazů obsahují představu, jak má náš optimální vývoj vypadat a co je nutné ve světě najít. Nerodíme se do tohoto světa jako tabula rasa, jak předpokládal J. Locke, ale s informacemi uloženými v genech (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Pessa, 1997a).

V klasické psychologické terminologii je pojmu „vrozená očekávání“ z PBSP slovníku nejbližší pojem z humánní psychologie „předprogramované chování“ či „instinktivní chování, jak jej pojímá V. Vondráček. Podle něj tento pojem „zahrnuje povědomí o nějaké věci, emoční vztah k ní a snažení směrem k ní nebo od ní“ (Vondráček, 1983, str. 19). Dalším, PBSP teorií blízkým pojetím instinktivní determinace lidského chování, je pohled M. Nakonečného. „Instinktivní chování je puzení k cíli, který není dán v představách, ale je inherentní tomuto chování, jeho účel je zafixován v paměti druhu“ (Nakonečný, 1998, str. 129).

Instinktivní lidské chování nemá podobu převážně stereotypní a automatické odezvy na určité vnější či vnitřní podněty, ale je značně flexibilní. Z důvodu stále se měnícího životního prostředí jsou vrozené automatismy zakódovány jako „hrubý plán činnosti,“ který zajišťuje přizpůsobení se základním podmínkám života, resp. uspokojování základních životních potřeb. Během této interakce vrozeného s vnějšími podmínkami je jedinec v rámci sociálního dění v roli tvořivého činitele, nikoli v roli mechanicky reagující loutky (Nakonečný, 1998, Piaget, 2001).

Pojetí dítěte jako aktivního činitele procesu vývoje je hlavním přínosem interakční teorie L. S. Vygotského (Vygotskij, 2004). Ve 20. letech si za základ své teorie kognitivního vývoje bere J. Piaget taktéž aktivitu dítěte, která se odráží v interakci motorické aktivity a vnímaných jevů prostředí (Piaget, 2001). Pomocí vlastní aktivní činnosti si dítě utváří mentální reprezentace dějů, tzv. schémata. Schémata slouží jako prostředek organizace zkušenosti a jsou nejprve jednoduchá a nediferencovaná. Pomocí postupného zrání senzomotoriky se diferencují a umožňují uchopení stále složitějších jevů v jejich komplikované spojitosti a rozdílnosti pomocí akomodace a asimilace (Nakonečný, 1997a, Piaget, 2001).

Mezi vrozené instinktivní chování patří např. chování potravní, orientační, obranné apod., na jehož základě je zajišťováno fyzické přežití jedince, ale i druhu. Za vrozený instinktivní mechanismus pokládá J. Bowlby attachment, který ovlivňuje pamětní procesy dítěte a usměrňuje ho k vyhledávání blízkosti a komunikaci s matkou (Bowlby, 1997). Rozvíjí se vzájemné emoční reagování mezi dítětem a vychovatelem, přičemž dítě využívá rodičovské funkce k organizaci svých vlastních životních aktivit. P. Pöthe v jeho kurzu „Emoční a sociální zrod dítěte“ uvedl, že díky

vzájemné interakci mezi matkou a dítětem vznikají specifické emoční a kognitivní zkušenosti dítěte formující jeho schopnost emoční adaptace a způsob sociálního chování v budoucnosti (Pöthe, 2008)<sup>1</sup>.

G.W. Allport nazývá instinktivními vrozenými mechanismy veškeré tendence společné druhu, celou řadu reflexů, pudů a procesů homeostázy (Allport, 1966). Opírá se o práce N. Tinbergena (Tinbergen, 1951) či R. A. Spitze (Spitz, 1949), z nichž se dozvídáme o komplexním sociálním chování, které je aktivováno jednoduchými stimuly. Z poznatků také vyplývá, že sociální vztahy dítěte se musí utvářet příznivě, aby se instinkt objevil.

Do skupiny vrozených dispozic se řadí dědičnost, která znamená základ nekonečné jedinečnosti osobnosti a je v ní mimo jiné zahrnuta proměnlivá výbava temperamentu, nervová plastičnost či různé prahy reakcí. O entitách biologické determinace, o instinktech a genové výbavě je v soudobé psychologii pojednáváno zcela automaticky (Langmeier, Krejčířová, 2006, Nakonečný, 1998, Vágnerová, 2005). Ve zcela specifickém a odlišném smyslu vrozených dispozic mluvíme, pokud se zabýváme určitými latentními nebo potenciálními schopnostmi, které mají v genuzi osobnosti rozhodující význam, např. schopnost učit se. Jak uvádí G. W. Allport: „V neuropsychické organizaci je něco inherentně plastického, něco, co způsobuje možné reakci určité změny. Lidský jedinec se stane jistým druhem strukturálního systému, který se sám reguluje a sám sebe udržuje. Tyto schopnosti nejsou instinkty ve smyslu, který jim připisoval W. McDougall nebo S. Freud, nýbrž představují spíše potenciality pro dosažení dospělosti“ (Allport, 1966, str. 19-20).

Ačkoli v užším pohledu nazýváme instinkty to, co jsou prostředky jedince k přežití, širší vymezení nám dovoluje začlenit i dispozice k rozvoji, jež zajišťují růst a uplatňují se v určitých stádiích lidského vývoje. V tomto smyslu souhlasí A. Pesso (Pesso, 1997a) s názorem G. W. Allporta, „že proces geneze osobnosti je právě tak dobře řízen dispozicí realizovat její možnosti, tj. stát se ve všech vývojových stádiích charakteristicky lidským“ (Allport, str. 20, 1966).

Obecně užívaný pojem popisující „dispozice realizovat možnosti osobnosti“ či „genotyp“ se v PBSP teorii významově ukrývá v pojmu „geneticky zakódovaný program očekávání“ jako veškerá genetická informace uložená v genech. Samotný pojem „program“ ukazuje na procesuální, dispoziční stránku vývoje oproti statickému úhrnu dědičných vlastností. Toto pojetí vychází z vývojového pohledu humanisticky orientovaných psychoterapeutických směrů na jedince a přesvědčení, že člověk spěje k seberealizaci po celý život a naplňování genetického programu je stále probíhající proces v interakci s prostředím.

Z psychologického hlediska vychází Pesso Boyden psychomotorická terapie v oblasti péče a výchovy ze dvou procesů; procesů učení a motivace, resp. uspokojování základních potřeb ve vztahu

---

<sup>1</sup> PÖTHE, P. (2008). Emoční a sociální zrod dítěte (akreditovaný odborný kurz AKP ČR). Praha: MUDr. P. Pöthe, 2008. ústní sdělení přednášejícího MUDr. P. Pötheho, text autorizován dne 7.3. 2010.

k sebeaktualizaci a jejich vývoji. Velký důraz je kladen na prožívání jako jedné ze základních dimenzí psychiky. Tématu emocí věnujeme zvýšenou pozornost jednak v části zahrnující poznatky z teorie attachmentu, jednak v samostatném oddíle této kapitoly. Svůj význam nalézá téma emocí v Pessu Boyden psychomotorické terapie především v její aplikační části, v rámci struktury.

Proces učení je v PBSP založen jak na zpevňování přicházejících reakcí pozitivních i negativních, tak i na zástupném posilování vycházející z Bandurovy kognitivně sociální teorie (učení pozorováním) (Bandura, 1965). Jestliže dítě udělá něco, co matku potěší, reakce se upevní pomocí odměny (např. v podobě matčina úsměvu, zájmu či blízkosti) a u dítěte vzniká pozitivní pocit, že má smysl danou činnost opakovat. Nejsou-li potřeby uspokojovány, je-li člověk méně šťasten, co se týče prostředí, do něhož se narodil, je frustrován a mohou se u něho rozvíjet pocity bezmoci, samoty, nenaplněnosti života (Pesso, 1997a).

Smysl žití nachází člověk v podobě přísunu informací o tom, jaký svět interakcí nás obklopuje. Příkladem nám mohou být děti v kojeneckých ústavech, ke kterým nepřichází očekávané odpovědi a musí si v saturaci potřeb vystačit samy. Kdykoli potřebuje dítě přebalit, přivolává dospělého člověka křikem. Po několika opakovaných zážitcích, při nichž zůstává dítě nevyslyšeno, se přestává hlásit tímto způsobem. Získává pro sebe zprávu o neúčinnosti a nesmyslnosti této snahy, křičet nemá smysl. Je zřejmé, že i v tomto případě dochází ke zpevňování, avšak negativnímu. Častým následkem neadekvátní reakce jsou podle Y. Lucké deprivace a návrat k nižším způsobům uspokojování vlastních potřeb (Lucká, Koblíková, 2003a).

Podobně se na následky neadekvátních interakcí v průběhu vývoje dívá A. Lowen, který je pojímá z hlediska blokové energie, nikoli saturace potřeb (Lowen, 2009). V důsledku potlačování těch stránek naší bytosti, které nejsou akceptovány okolím, nedochází k jejich rozvoji a vznikají v těle energetické bloky, tzv. pancíře. Tyto obranné mechanismy si budujeme ve stavech nerovnováhy, nedostatečného kontaktu s okolím či ve stavech hlubokého neštěstí.

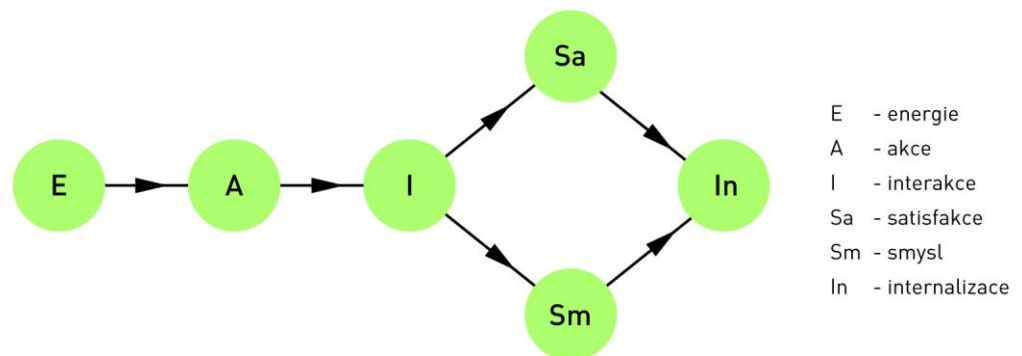
Odpovědí na otázku příčiny narušeného či optimálního neuropsychického vývoje jedince je kvalita interakce a význam vrozených daností a dispozic ve spojitosti s významem péče a výchovy. Centrální hybnou silou v psychoterapii i v životě jedince se stalo pro A. Pessa a D. Boyden usilování o dosažení radosti, uspokojení, smyslu a spojitosti s jejich současným životem.

## TEORIE ATTACHMENTU

Z výše uvedeného textu jednoznačně vyplývá jedinečnost interakce mezi zráním a učením, jejímž výsledkem je psychický vývoj jedince. Pro narozené dítě jsou pečovatelé prvním místem a vztahem, které zažívá na tomto světě, a prostřednictvím jakéhokoli vzájemného kontaktu se projevuje jejich celkový postoj a vztah k němu (Bowlby, 1997, Vrtbovská, 2010). Dítě potřebuje a intuitivně očekává dobrého rodiče nezbytného pro vlastní vývoj, neboť se rodí s nedovyvinutým, nediferencovaným centrálním nervovým systémem, závislé na svých pečovateli.

V jeho genetické výbavě jsou zakódovány informace, co je nutné ke splnění podmínek pro správný rozvoj všech potřebných funkcí. Při blízkém pohledu na vývojovou teorii PBSP objevujeme totožnost instinktivního základu vývoje jedince s vybranými myšlenkami vazebného chování (teorie attachmentu). Oceňování prvního mezilidského vztahu dítěte jako základního stavebního kamene jeho osobnosti je známé psychoanalytické téma, avšak doposud nepanuje shoda o povaze a původu tohoto vztahu, jak píše ve své knize zakladatel teorie attachmentu J. Bowlby (Bowlby, 1997). Přestože viditelným rozdílem mezi názory týkající se citové vazby a PBSP teorií je přetrvávající formativní vliv pečovatelů a dalších osob i po prvních rocích života, fenomén attachmentu nám napomáhá pochopit a dokreslit vývoj jedince skrze důležitost emočního prožívání. Attachment je komplexní pojem, který z vývojového hlediska představuje zvnitřněnou zkušenost s prvotním pečovatelem, na jejímž základě se vytváří jakási psychologická „základna bezpečí“ pro další interakce s lidmi. Ta zahrnuje u každého z nás rozmanité kvality vzájemných pocitů, porozumění, sdílení emocí, přijetí či lásky (Bowlby, 1997, Vrtbovská, 2010).

Nabízí se otázka, jakým způsobem se realizuje a rozvíjí genetický základ každého jedince a jak se naplňují instinktivní očekávání? V porozumění nám může být nápomocný obr. č. 3, který symbolicky znázorňuje interakční vývojový proces.



Obr. 3 Základní fáze naplnění potřeby (modifikováno dle A. Pessa, 2007)<sup>2</sup>.

Lze říci, že po narození přichází člověk s určitou dávkou kapacity, která se týká schopností a vitality. Je možné tuto kapacitu souhrnně označit jako energii, prostřednictvím níž se jedinec snaží projevovat různými akcemi; hladové dítě má vitální kapacitu začít křičet a dožadovat se jídla. Energie má vždy podobu akce, ale ne vždy primárně viditelnou pro vnější svět, neboť takovou akcí jsou i myšlenky. Akce je směřována instinktivním očekáváním odpovědi neboli adekvátní interakce, která má následovat po naší akci. Hladové dítě očekává pečující osobu, která přijde a nakrmí jej. Díky

<sup>2</sup> PESSO, A. (2007) *Teoretický úvod do PBSP; kontext vývoje osobnosti člověka (Přednáška v rámci 4-letého výcvikového programu PBSP)*. Praha: Diabasis, 2007. ústní sdělení přednášejícího A. Pessa, text autorizován dne 4.12. 2009.

naší evoluční paměti jsme od narození vybaveni pro přežití a se způsobilostí využít energii, která tu je (Lucká, Koblíček, 2003a, Pessa, 2007<sup>3</sup>).

A. Lowen ve své teorii bioenergetiky vyzdvihuje nutnost rovnovážného stavu energie přijaté a vydané (Lowen, 2009). Přestože tento autor explicitně nerozpracovává téma potřeb, tato oblast je v jeho teorii přítomná: je nutné, aby hladina energie odpovídala možnostem a potřebám jedince. A. Pessa a D. Boyden doplňují, že nejde o nic smyšleného, ale o vrozený vývojový mechanismus, který obsahuje kromě jiného ideální obrazy interakcí a vztahů, jež potřebujeme zažít v pravý čas s těmi pravými lidmi (Pessa, 2007, Perquin, 1997).

Pokud je v souladu akce jedince s reakcí z okolí, osoba prožívá pozitivní satisfakci a internalizuje jak danou zkušenost, tak zprávu o smyslu proběhlé interakce. J. Bowlby mluví v souvislosti s pochopením významu situací a dějů o zásadní úloze emocí, které člověk v danou chvíli prožívá (Bowlby, 1997). Je-li jakákoliv situace doprovázena kladnými emocemi, zapamatujeme si ji jako dobrou a budeme mít tendenci ji v budoucnu vědomě opakovat, dokonce i nevědomě vyhledávat. Internalizujeme nejen pozitivní emoce, ale celý kognitivně-emoční a tělový kontext (Vrtbovská, 2010, Vybíral, Roubal, 2010). Díky těmto adekvátním odpovědím se může jedinec zdárně vyvíjet, rozvíjet své schopnosti a přitom mít pocit, že život má smysl (Pessa, 1997a, Perquin, 1997).

Podobně hraje proces učení svoji roli i v případě situací s negativním emočním zabarvením, které naše paměť uloží jako nepříjemný, strach vyvolávající, či dokonce traumatický zážitek. „Vyvíjející se mozek zažívá rané zkušenosti poprvé a vytváří podle těchto zkušeností základní vnitřní mapu zážitků“ (Vrtbovská, 2010, str. 18). Dalo by se říci, že i J. Bowlby překračoval v daném kontextu teorii citového pouta, neboť si uvědomoval, že citová vazba hraje klíčovou úlohu pro následný psychosociální rozvoj dítěte (Thompson, 2008, Whipple, Bernier, Mageau, 2009). Citové pouto se postupně rozvíjí do funkční struktury mysli, jež se odráží v sebepojetí jedince, v emocionálních a sociálních vztazích k druhým či v osobních hodnotách (Bowlby, 1997, Vrtbovská, 2010).

Jinou ilustrací nám může být psychosociální model E. H. Eriksona, model vzniku důvěry a studu v prvním roce života (Erikson, 2002). Přestože autor popisuje úkoly typické pro určité věkové období, do jisté míry můžeme říci, že daný interaktivní model bude zřejmě platný déle, než jsou vymezené kategorie.

Pro výše popsany běh ontogenze, založený na procesech zrání a učení, je bazálním pojmem interakce probíhající mezi lidmi. Jejich vzájemný vztah určuje vývojové charakteristiky a kvalitou vztahu vytvářená potřeba jistoty a bezpečí má pro dětský vývoj klíčový význam. Bezpečný vztah dítěte s rodičem v prvním roce života zvyšuje schopnost dítěte rozvíjet blízké vztahy s vrstevníky i dospělými, rozvíjí dovednost řešit problémy, poskytuje možnost učení se, objevování vlastní autonomie či spontánní hry, napomáhá vývoji svědomí a osobnostních vlastností (Thompson, 2008,

---

<sup>3</sup> Tamtéž.



Whipple, Bernier, Mageau, 2009). Dětské potřeby se naplňují a jedinec nekonečnou řadou zkušeností zapsaných v dlouhodobé tělově-emocionální paměti vytváří bezpečnou základnu pro celý život. Různorodá odborná literatura o citové vazbě v dětství vyzdvihuje především emocionální význam této interakce mezi pečovatelem a dítětem (Allport, 1966, Bowlby, 1997, Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Vágnerová, 2005). Je nutné si také uvědomit, jak se téma attachmentu úzce prolíná s percepčním vývojem potřebným pro rozvoj nápodoby, se socializačním procesem a jeho důležitou částí- rozvojem prosociálního chování či komunikačních kompetencí.

Je více jak zřejmé, že rozvoj veškerých schopností dítěte vyžaduje, aby... „byly splněny podmínky ze strany dospělého, který se musí dítěti věnovat s nerozdělenou pozorností a umět citlivě reagovat na malé změny jeho chování“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 37). Teorie attachmentu obsahuje vysvětlení mezigeneračního přenosu rodičovské citlivosti k dětským signálům, jehož projevem je řádná a rychlá schopnost matky reagovat na dětské potřeby (Thompson, 2008). Objektivní mikroanalýza interakce novorozence a matky ukazuje tvořící se soulad navzájem zaměřené pozornosti a společně sdílených emocí, jehož skrytou součástí jsou jakési naprogramované způsoby chování u dětí (prosociální chování) a formy péče o potomstvo, které jsou určeny dlouhým fylogenetickým vývojem druhu (Langmeier, Krejčířová, 2006, Pessa, 2010b).

Vzájemná synchronie mezi rodičem a dítětem při běžných činnostech umožňuje rychlé učení se ve všech směrech; v konkrétní podobě mluvíme např. o rozlišování hlásek mateřského jazyka, rozvoj vizuální percepce při pozorování matky a její nápodobě, vzbuzování zájmu o signální podněty apod. Při interakční aktivitě dochází k zapojení všech smyslových modalit: zraku, hmatu, sluchu, čichu a kinestetických vjemů. Vazbové chování se tedy ukazuje nezbytné jak psychofyziologický vývoj, tak pro úspěšnou socializaci, neboť „choreografie mateřského chování je i surovinou, z níž dítě buduje svou znalost lidského světa“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 40).

Pokud se vrátíme k obecnému procesu naplňování geneticky daných očekávání z pohledu Pessa Boyden psychomotorické terapie, jehož součástí může být ve výše představeném významu též instinktivní vazbové chování, můžeme jej vztáhnout k teorii A. Maslowa. V popisu struktury lidských potřeb umísťuje autor hierarchicky nejvýše metapotřeby, jež jsou spjaty s dosahováním vrcholu lidského potenciálu. Jedinec se, stejně jako dle PBSP systému, touží stát „vším, čím se stát může“ a přiblížit se tak co nevíce vlastní přirozenosti (Maslow, 1987, Pessa, 2010b).

Pokud v interakčních řetězcích dochází k asynchronii tím, že lidé z okolí nereagují přiměřeně, nenasycené potřeby mají tendenci se připomínat i v jiném věku, než byl jejich správný čas a kvalita naplnění. Zkušenost s kvalitou sycení potřeb ovlivňuje rozvoj dětské i dospělé osobnosti. Podle C. R. Rogerse poukazuje vzniklá psychopatologie na nerozvinutý potenciál sebeaktualizační tendence a na deficity v sycení potřeb. Můžeme ji stejně jako C. R. Rogers, A. Pessa, J. Bowlby nacházet v podobě následků deprivace, jakými je např. riziko rozvoje psychických problémů spojené s chováním či somatickými obtížemi (Bowlby, 1997, Pessa, 2010b, Vrtbovská, 2010, Rogers, 2000, Thompson, 2008).

Když J. Bowlby formuloval teorii attachmentu a A. Pesso spolu s D. Boyden vytvářeli Pesso Boyden psychomotorickou terapii, základy jejich teorie shodně stavěli na řadě pozorování, letité praxi ve svém oboru a na brilantním pohledu jich samých jako vědců. Posléze oni sami i další odborníci propojovali poznatky s novými informacemi. Vědci dlouho usilují o získávání stále detailnějšího poznání způsobů vývoje mozku. Pro obě teorie hrál a hraje významnou roli objev související s exaktními možnostmi zkoumání mozku, jako jsou např. zobrazovací techniky moderní neurologie, které dovolují sledovat činnost mozku v interakci, a to i na úrovni emocí.

Pro ilustraci si připomeňme slova D. Siegla, podle něhož význam zkušeností se vztahy je zásadní pro vývoj mozku. Důležitost interakcí vysvětluje na základě charakteristik systémů neuronových spojů. „...neuronové sítě a okruhy zodpovědné za vnímání vztahů jsou buď ty samé, nebo velmi blízké těm, které integrují důležité funkce mysli: vytváření významu, regulace fyzických stavů, modulaci emocí, organizaci paměti, kapacitu pro mezilidskou komunikaci. Mezilidské zkušenosti nejranějšího dětství hrají klíčovou roli pro organizaci mozkových struktur“ (Siegel, 1999, str. 21).

S ohledem na četné empirické výzkumy je více jak zřejmé, jak rodičovské chování a citová vazba podporuje či brání dětskému vývoji, viditelnému jak v oblasti chování, tak na neurologické úrovni v rovině scanu mozku (Siegel, 1999, Thompson, 2008).

## PAMĚŤ A VĚDOMÍ

K tomu, abychom se stali dospělými tvůrci života pomocí zrání a růstu - musíme mít schopnost zapamatovat si události života. Organismus, resp. jeho nerovnová soustava je vybavena touto způsobilostí těžit ze svých zkušeností a úloha paměti se tak stává v každé chvíli našeho života neocenitelnou. Funkci této zmíněné kapacity uchovávat informace minulé zkušenosti nalezneme v obecně psychologické literatuře popsanou jako biologická prospěšnost a škodlivost podnětů a reakcí. Po narození, pomocí našich smyslů a selektivní pozornosti, dochází k procesu rozpoznávání situací, které obohatí náš život nebo jej naopak ohrozí, což pomáhá posilovat kontinuitu našeho života.

Okamžik přítomnosti je ovlivněn paměťovou databankou, která je vyplněna informacemi z naší osobní, autobiografické paměti, ale obsahuje též informace evoluční paměti v genech uložených a život obohacujících způsobů vnímání a jednání (Pesso, 1994). Čím více věcí zažívám, tím mám rozsáhlejší banku paměti. Informace z našich genů a informace z naší historie jsou součástí vědomé a nevědomé paměti (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009).

V rámci teorie o evoluční a autobiografické paměti si PBSP klade otázku, kdo skutečně jsme a kdo jsme? Přestože jsou tyto otázky obecně rozpracovávány v rámci teorií identity v kontextu vývoje jedince v jeho sociálním prostředí, autoři psychomotorické terapie odpovídají z hlediska paměti. To, „kdo jsem“, je produkt naší minulosti, která nás nyní ovlivňuje, neboť samotný akt prožívání je většinou aktem vzpomínání, protože prožíváme přítomnost prostřednictvím naší paměti, jak si ukážeme dále (Pesso, Boyden, Vrtbovská, 2009). Vedle toho B. Rancourt nachází odpověď v působení pohledu našich rodičů: „Kým jsme, objevujeme poté, co jsme byli objeveni jistým

rodičovským pohledem, který nás definuje, jenž dává určitý smysl našim činnostem a který v nás zůstane na celý život (Rancourt, 2008). Odpověď na otázku „kdo skutečně jsem“ neposkytuje dle PBSP teorie paměť autobiografická, nýbrž paměť evoluční (Pesso, Boyden, Vrtbovská, 2009).

Evoluční paměť je v PBSP teorii nazývána „zdeděná virtuální pokladnice významů“. Extra zhuštěné evoluční informace v genech obsahují záznam úspěšně žijícího organismu od počátku věků. V okamžiku spojení spermie otce a vajíčka matky se stává její fyzickou realizací. Nese v sobě zakódovanou touhu pro přežití sebe i druhu. „Z vnějšku se dá tento význam sledovat jako pro život určené účelnosti našeho biologického uspořádání. Můžeme ho také vnitřně prožívat v neignorovatelné, pocítené přítomnosti našich nejhlubších emocionálních potřeb, tužeb a sklonů“ (Pesso, 1997a, str. 119).

Tato univerzální genetická paměť obsahuje myšlenky na to, jaký by měl být život na zemi, aby byl naplňující a užitečný. Připomíná postupy, které se osvědčily v průběhů statisíců let jako např. kojení z matčina prsu. Když se dítě narodí, ví, že je třeba matky, která má prsa, vyživuje jej a chrání. Bohužel ne všichni se rodí do co nejlepších podmínek (nechtěné děti, ambiciózní matky, nepřítomní otcové apod. (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, Pesso, 1999, Roth-Bilz, 2010a). Dítě je nuceno učinit jiný zážitek, než to, co potřebuje a co by bylo pro něj ideální. Tyto jiné druhy zkušenosti v podobě frustrací, bolestí a traumatizace patří do naší osobní paměti. Autobiografická paměť se zaplňuje našimi zkušenostmi z tohoto světa. Důležitou úlohu zde hrají smysly, které napomáhají vybírat informace nejúčelnějších postupů pro život, které by primárně vedly k zachování jedince a umožnily pokračování rodu.

Každý moment našeho bytí má zkušenostní pozadí, který nás ovlivňuje v přítomnosti. Naše zkušenosti se tak stávají optikou, skrz níž vidíme svět a reagujeme na něj. V kontextu osobní paměti přicházíme na svět jako tabula rasa, kdy se na základě zkušeností utváří naše Já. Podobně široce pojímají autobiografickou paměť např. J. J. F. Schroots, C. van Dijkum či M. H. J. Assink či E. Reese (Pesso, Boyden, Vrtbovská, 2009, Reese, 2002, Schroots, van Dijkum, Assink, 2004).

V autobiografické paměti nalezneme informace vztahující se k vlastnímu Já, které jsou časově řazeny a emocionálně podmíněny. Informace se vyskytují ve formě vzpomínek (retrospektivní autobiografická paměť) a očekávání (prospektivní autobiografická paměť) (Schroots van Dijkum, Assink, 2004). Dochází ke znovuvybavení vzpomínek, prožitků či minulých událostí v současnosti, stejně jako k očekávání, předvídání budoucích událostí, které jsou taktéž založené na současném fungování paměti. E. Reese doplňuje pohled na autobiografickou paměť o specifikaci jejích složek (Reese, 2002). Považuje ji jako komplexní a multideterminovanou dovednost skládající se z neurologických, sociálních, kognitivních a lingvistických komponent. Na nejzákladnější úrovni tedy naše osobní paměť popisuje naše minulé prožité události.

Do této doby jsme představili pouze dva základní zdroje informací, informace z individuální a druhové paměti. A. Pesso a D. Boyden přidávají ještě třetí informační databázi,

kteřou jsou „informace z „druhé ruky“, tj. informace získané prostřednictvím vyprávění o životě, vyprávění příběhů o tom, co zažili ostatní. V mozku je pak uložena obrazová a jazyková reprezentace všech těchto zkušeností“ (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, str. 91).

A. Pessa v článku „Paměť a vědomí“ zmiňuje výzkumy mozku, které přináší pohled na naše vědomí: „naše představa o tom, kdo jsme a co se děje kolem nás, je z velké části založeno na paměti. Všechna naše minulost je registrována a uložena v našem mozku, v našem těle a právě paměť je odpovědná za veškeré aktuálně vnímané obsahy ve vědomí. Vědomí je prostřednictvím neuronů závislé na paměti“ (Pessa, 2004). Právě spojení těchto dvou entit, paměti a vědomí, je stěžejní myšlenkou teorie PBSP, která se realizuje v terapeutické praxi.

Pessa Boyden psychomotorická terapie klade důraz především na práci s tím, co je možné stát se vědomým. Rozvoj vědomí způsobuje, že si jsme vědomi něčeho jako takového a to směřuje k vytváření významu této věci. Jako první rozvíjí vědomí rodiče tím, že pojmenovávají věci, situace, emoce a tím dostává toto vše význam (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009). Např. v situaci, kdy pečovatel říká dítěti: „Ach, ty vypadáš tak unaveně, nebo je hezké vidět, jak jsi šťastný“, mu pomáhá rozumět a posléze regulovat své emoční stavy a fyzické tělo (Downey, 2007). Důležitým jevem v tomto procesu je bezpochyby interakce a komunikace, neboť realita dítěte je závislá na pozornosti jeho rodičů, co vidí a jak viděné definují, označí či interpretují.

Jak lze vidět, na rozdíl od psychoanalýzy teorie PBSP neusiluje o práci s nevědomými obsahy psychiky a není založena na důkladné specifikaci daného pojmu. Z tohoto důvodu zde není tento pojem podrobně rozvíjen. I v terapeutické praxi umožňuje psychomotorická terapie klientům studovat organizovanost jejich vědomí, nikoli nevědomých dějů. Klient se zaměřuje na prozkoumávání myšlenek, jež jsou základem jeho aktuálního vnímání, chování, myšlení a emočního prožívání. A. Pessa věří, že naše aktuálně probíhající, deficitem sužované vzpomínky, ovlivňují naše vnímání v přítomnosti. Proto se snaží pomocí určitých technik ve strukturovaném terapeutickém prostředí vytvářet nové, symbolické, deficit uspokojující vzpomínky. Nepochází tedy ke změně skutečných vzpomínek, ale k vytvoření nových, které mají emočně uspokojující povahu (Pessa, 2004).

Probuzené vzpomínky z minulosti se manifestují v těle a jsou prekurzory emocionálního projevu (Pessa, 2004). Emocionální chování je často nevědomě potlačené, zůstává vázané v těle a stává se zdrojem našich implicitních a explicitních vzpomínek. Tyto vzpomínky jsou jednak záznamem o tom, jak jsme žili ve světě, zároveň také základem pro úvahy, jak žít ve světě (van der Kolk, Fislser, 1995).

Současný výzkum ukázal existenci velké složitosti paměťového systému, z nichž většina je mimo oblast vědomí. Zdá se, že každá z těchto paměťových funkcí je do jisté míry nezávislá na druhé. Souhrnně řečeno, implicitní, nedeklarativní paměti autoři rozumí automatické pohyby a vzorce chování jako vzpomínky dovedností a návyků (např. otvírání dveří, jízda na kole, lyžování apod.) a za nevědomě vyvolatelnou emoční paměť pojímají tu, která se projevuje skřz tělesné prožívání v podobě nejrůznější emoční reakce, reflexní činnosti a podmíněné reakce (Squire, Zola

Morgan, 1991). A. Roth-Bilz, německá psycho terapeutka, zahrnuje pod pojem implicitní paměť veškeré behaviorálně emoční mechanismy (Roth-Bilz, 2010b). A. Pessoa k tomu připojuje ještě vnímání a somatosenzorickou paměť (Pessoa et al., 2002). Každý z těchto systémů implicitní paměti je spojen s konkrétní oblastí centrálního nervového systému. Oproti explicitní paměti zde hrají velkou roli nevědomé procesy (van der Kolk, Fisler, 1995).

Deklarativní, epizodická, sémantická, autobiografická, explicitní paměť se vztahuje na vědomé vnímání skutečnosti a vyžaduje vědomou pozornost pro vybavování si událostí. Je vývojově mladší a vyvíjí se po osmnáctém měsíci života. Progresivní vývoj autobiografické paměti je zaznamenán až po druhém roce života. Během zpracování v kůře mozkové jsou vybírány selektivní části, které se ukládají do dlouhodobé paměti. Jsou zde umístěny emočně nabitě, významné životní události, které se přihodily jedinci a jsou vědomí přístupné (Siegel, 1999, Squire, Zola Morgan, 1991, van der Kolk, Fisler, 1995). A. Roth-Bilz sem řadí znalost faktů, vědomě vyvolatelné vzpomínky s emočním obsahem, vzpomínky na nebezpečné situace, důležité životní milníky, myšlenky o tom, jaký je svět apod. (Roth-Bilz, 2010b).

Chceme-li porozumět účinnosti jednotlivých terapeutických intervencí, je nutné pochopit, jak funguje lidská mysl a jakou úlohu značí informace z našeho bytí. Pro objasnění vývojových poruch a rozvoj duševních poruch jsou otázky funkce paměti zásadní.

### **Mentální reprezentace**

Základní potřebou každého organismu je orientace v jeho životním prostředí, aby mohl účelně reagovat na svou situaci. Na vnímání, původní vývojové formě poznávání okolí, se účastní celá řada procesů a různé aspekty poznávání, jako je příjem a zpracování informací, jejich vnitřní kódování apod. V součinnosti s vnímáním se aktivuje implicitní paměť. Pomocí smyslových orgánů vytváří v mozku obraz vnějšího i vnitřního prostředí organismu v podobě mentálních reprezentací (Siegel, 1999). Pessoa terapeutka Roth-Bilz říká, že když člověk vnímá cokoli, vnímání se uskutečňuje nejen vnějším okem, ale i jakýmsi okem „vnitřním“ (Roth-Bilz, 2010b). V této definici je lidským, nep psychologickým jazykem popsána mozková aktivita příjmu informací a vytváření mentálních reprezentací.

Tématem mentálních reprezentací se zabývá posledních několik desítek let kognitivní psychologie a během tohoto období bylo vytvořeno několik základních podob koncepcí mentálních reprezentací. Klasické pojetí je rozpracováváno v oblasti vývojové a obecné psychologie (např. J. Piaget) (Piaget, 2001); sociálně psychologické pojetí se uplatňuje především při studiu reprezentací postojů a názorů (např. S. Moscovici) (Moscovici, 2001); pojetí vzniklé v 70. letech v americké psychologii, které vychází z redukce poznávacích procesů na procesy zpracovávající informace (např. S. M. Kosslyn) (Kosslyn, 1980).

Odhlédneme-li pro tuto chvíli od individuálních dispozic jedince, je současné vědě zřejmý poznatek, že vše, co člověk zažil od narození (pravděpodobně to platí i pro období prenatální), se automaticky ukládá v mnoha paměťových centrech pomocí různorodých modů zpracování

informací. Pojdme se blíže podívat na proces, který již před stoletím tušil a formuloval S. Freud a na který moderní neurologické výzkumy přináší nové vědecké poznatky ve stále se prohlubujícím poznání.

Centrální nervový systém vytváří vnitřní reprezentace rozličných typů informací o smyslových počtcích, o pocitech v těle, o myšlenkách i slovech. Jakýkoli aktuální zážitek je neustále vyhodnocován za pomoci všech adekvátních informací a zkušeností z naší dřívější historie, neboť veškeré informace zůstávají uloženy v mozku jako vzorce pro neuronové spojení, které bude fungovat jako mentální symbol. Lidský mozek má schopnost tyto zkušenosti vyvolat a použít, kdykoli je potřeba (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Perquin, 2004, Siegel, 1999).

Ilustrací tohoto neurologického faktu nám může být jednoduchý pokus. Když vyslovíme jakékoli slovo nebo slovní spojení, např. moje matka, při důkladné introspekci zjistíme, že vyřčení slova evokuje na jakési „vnitřní obrazovce“ obraz. Tuto vnitřní obrazovku v našem mozku nazývá A. Pessa, podobně jako S. M. Kosslyn „mind`s eye“ (okem myslí, vnitřním zrakem) (Kosslyn, 1980, Pessa, 2004, Siřínek, 2008). Mind`s eye charakterizuje M. Kosslyn jako mentální mapu, mentální obrazy, kvazi-percepční zkušenost, rekonstrukce dříve vnímané zkušenosti (Kosslyn, 1980). Je nutné si uvědomit, že obraz v oku myslí neodpovídá aktuální situaci (naše matka zde není fyzicky přítomná), po obsahové stránce jde pouze o paměťový kompilát historických, dříve vnímaných obrazů.

Při ještě pozornější introspekci, kdy si promítáme obraz matky v mozku, je možné evidovat různě postřehnutelné tělové reakce, tedy pohyb či hnutí, které je s tímto historickým obrazem propojeno (např. sklonění hlavy, pokrčení obočí). Je zřejmé, že naše nervové struktury reagují automaticky na kognitivně-emocionální význam podnětu. Jakmile tedy člověk začne myslet na určitou situaci, vnitřní obraz spontánně vyvolá tělesné reakce. Tento jev A. Pessa pojmenovává „mind`s body“ (mentální tělo, tělo myslí) (Pessa, 2004).

Jestliže se shodneme na výše uvedeném, že existuje neurologicky podložené zkušenostní historické pozadí našich aktuálních vztahů ke světu, myšlenek a emocí, které se objevuje v přítomnosti a člověk se tím pádem nemůže nechovat historicky, jakým způsobem nám může být tato skutečnost prospěšná?

Na rozdíl od ostatních terapeutických směrů, které nabízejí jako léčivý faktor např. abreakci, uzavření tvaru, smíření či porozumění, A. Pessa a D. Boyden přichází s emocionálním učením. Podle J. Siřínka se jedná spíše o doučení toho, pro co nebyly vhodné podmínky (Siřínek, 2008). PBSP metoda nám ukazuje, jakým způsobem doplňovat to, čeho se nám ve vývoji nedostávalo. Jemné tělové pocity, které jsou vyvolány díváním se na naše vnitřní obrazy, jsou častým pozůstatkem nenaplněných potřeb v našem osobním příběhu. Když klient rozpozná tyto tělesné pocity, může tuto skutečnost projevit v léčivé interakci (např. klient chce obejmout). Internalizací těchto aktuálních zážitků se vytváří soubor mentálních reprezentací v podobě nového intrapsychického vnitřního modelu, který má vliv na zpracování informací, regulaci emocí a chování (Kulísek, 2000). Jedinec tak může dojít po malých krocích k hlubokému, uspokojivému zážitku,

který může do budoucna přispět k smysluplnějšímu a spokojenějšímu vnímání vztahů s okolím a k sobě samotnému (Roth-Bilz, 2010b).

## EMOCE

V západním myšlení můžeme vystopovat dva základní pohledy na emoce. První tradice pojímá emoce jako narušitele duševní aktivity, zatímco druhá tradice na ně nahlíží jako na uspořádané odezvy, které flexibilně zaměřují rozumové aktivity a následně jednání. V tomto pojetí jsou emoce primární motivační síly, které působí, vyvolávají, podporují a zaměřují jednání. Etymologicky má tedy slovo emoce blízko k pojmu motivace, neboť oba pojmy mluví o akci, která má vztah k nějakým cílům.

Podle M. Nakonečného je z hlediska struktury emocí klíčová zážitková komponenta, protože se konstituuje v jednotě s poznáváním významu situace vedle komponenty behaviorální (představující chování a jednání) a somatické (Nakonečný, 1997a). Emoce jsou fenomenálně specifické a komplexní psychické jevy hodnocení situace či stimulace a jako takové jsou důsledkem odezvy na podnět. Paralelní postoj zastává i L. Greenberg z torontské York univerzity, podle něhož významná úloha emocí je ukryta v jejich signalizačním významu hodnocení situace pro osobní blaho jedince a v tomto smyslu jsou emoce považovány za podstatu lidské motivace (Greenberg, 2008).

Mnoho autorů, jak např. L. Greenberg, K. Oatley, N. H. Frijda, P. Kuipers, E. Schure, J. D. Mayer, vnímá emoce jako základní adaptivní systém, který informuje své nositele o významu akcí pro jejich blaho a napomáhá rychlým adaptivní reakcím (Frijda, Kuipers, Schure, 1989, Greenberg, 2008, Mayer, Salovey, 1997, Oatley, Jenkins, 1992). S příchodem pohledu na emoce jako na signalizační systém a adaptivní zdroj, jenž vlastníme od narození, nastal rozvoj s porozuměním vztahu emocí a poznávání a role emocí v psychoterapii se tím změnila.

Na poli psychoterapie se různé názory o práci s emocemi ve smyslu kognitivní regulace citů či formy jejich abreakce. V současnosti se hromadí množství výzkumů zaměřených na fyziologické účinky nevyjádřených emocích, které poukazují na možnou souvislost mezi potlačováním ve vyjadřování emocí a poškozením imunitního systému (Traue, Pennebaker, 1993). Tento nový pohled předjímá možnosti nových výzkumů, jejichž předmětem se mimo jiné stává specifikace podmínek, za kterých emoce hrají rozhodující úlohu v lidské zkušenosti a jakým způsobem k tomu dochází (Greenberg, 2008, Levine, Edelstein, 2009).

Jiný z cílů výzkumů se snaží poodkrýt vliv emocí na paměťové stopy a prověřit mechanismy, díky kterým máme dobrou paměť pro centrální rysy emoční události a chudší paměť pro periferní prvky. Důvodem pro vyšší pravděpodobnost zachycení a udržení emoční informace v paměti oproti neutrálnímu podnětu je dle výzkumů lepší kódování emoční informace spojené s aktivací amygdaly a částečně omezená kapacita pozornosti a pracovní paměti pro periferní detaily (Compton, 2003, Finkenauer, et al., 1998, Mather, 2007). Na podporu tohoto názoru vysvětlují autoři, R. J. Compton

stejně jako J. L. McGaugh, funkci amygdaly na proces zapamatování. Čím více vzrušující podněty působí, pozornost je lépe zachytí a dochází k jejich konsolidaci, neboť amygdala je více aktivovaná. Tím pravděpodobněji si bude jedinec dané podněty pamatovat. Je více jak zřejmé, že vzrušení jasně přispívá k posílení paměti pro emocionální informace a snižuje zapamatování okrajových informací. (Compton, 2003, Hurlmann, et al., 2005, McGaugh, 2004).

Je však nutné podotknout, že posílení paměti v důsledku emocí není všudypřítomné. Podle výzkumů L. M. Hulseho, C. Laneyho či C. A. Morgana a jejich spolupracovníků jsou zdánlivě periferní funkce emocionální události někdy zachovány a kriticky důležité emoční informace někdy zapomenuty. Zdá se, že tento jev lze nejlépe vysvětlit tím, že emoce zvyšují schopnost zapamatovat si informace týkající se aktivních cílů. Lidé vnímají emoce, když vnímají změny v postavení jejich cílů. Právě zkoumání významu informací současných cílů napomáhá vysvětlit, proč mají lidé někdy vynikající paměť na detaily emoční události, které by mohly být považované za okrajové, a proč jsou některé zapomenuty informace ústřední (Laney, et al., 2004, Hulse, et al., 2007, Morgan, et al., 2004).

Jinou souvislost vlivu emocí na paměť ukazuje dobře zdokumentovaný fakt zkoumaný především u vojáků, že chronický stres zhoršuje paměť (Belanoff, et al., 2001, Levine, Edelstein, 2009). Když lidé hodnotí emoční události jako ochromující a mimo jejich kontrolu, mohou své cíle posunout od pochopení důsledků z těchto událostí ke správě jejich emocionálních reakcí. Jedinec aktivuje rozmanité strategie regulací emocí, které zaměřují pozornost od emocionální události a vedou k celkově špatné paměti na tyto události (Deffenbacher, et al., 2004).

Výsledky studie P. A. Gableho a E. Harmon-Jonesové představují vztah paměti a emocí na základě charakteristik vzrušení, kterými jsou stupeň naléhavosti a směr působení (Gable, Harmon, 2008). To znamená, že se emoce skládají z naléhavých výzev k dosažení požadovaných stavů, vyhýbají se stavům averzivním, nebo se přizpůsobují změnám v postavení cílů (Brehm, 1999). To souvisí s rostoucím množstvím důkazů, že pozitivní a negativní emoce v rovnocenné míře mají různý vliv na pozornost a paměť (Gable, Harmon, 2008). Negativní emoce vedou ke zúžení paměti, pozitivní naopak k rozšíření. Zjištěné závěry jsou konzistentní s výsledky mnoha dalších výzkumů (Corson, Verrier, 2007, Kensinger, Schacter, 2006, Levine, Bluck, 2004).

R. A. Plutchik se zabývá emocemi a pamětí z hlediska fylogeneze. Genezi emocí připisuje autor procesu evoluce, kdy emoce vznikly přírodní selekcí životně úspěšných mechanismů a jejich postupným zdokonalováním (Plutchik, 1980). Emoční reakce na určité charakteristické podněty vnitřního (např. bolest) a vnějšího (např. ohrožení) světa jsou naprogramovány předem určeným způsobem a jako takové jsou formou adaptace. K vyvolání odpovědi těla není dokonce ani třeba rozpoznat působící podnět, ale je nezbytné zařazení klíčového rysu časnými sensorickými korovými oblastmi a okamžité dodání této informace strukturám limbického systému (Damasio, 2000). Jeho teorie emocí tak vyzdvihuje genetický základ emočního prožívání.

R. Buck, I. Stuchlíková a další autoři pohlíží více než na adaptivní funkci emocí na jejich komunikační význam. Velká část lidské komunikace zahrnuje okamžiky signálu afektů, pozornosti,



oddálení se či přiblížení, dominance a submise, což poskytuje informace důležité pro organizaci sociálního chování člověka (Buck, 1994, Stuchlíková, 2002) Emocionální exprese dovoluje jedincům poznávat emoce, záměry, hodnoty a přesvědčení druhého, což napomáhá k rychlé koordinaci sociálních interakcí.

Existují určité společné prvky různých emocí a podle nich mohou být identifikovány. Každá emoce se může vyskytovat v různých stupních intenzity a úrovni vzrušení. Různí autoři považují rozdílný počet emocí za základní. R. A. Plutchik charakterizuje 8 základních emocí, mezi nimiž nalezneme i překvapení, přijetí či očekávání (Plutchik, 1980). Společně s W. Jamesem či J. Watsonem se shoduje v zařazení strachu a hněvu mezi základní emoce. O pojetí bazálních emocí u dalších, vybraných autorů se můžeme dočíst u A. Ortonyho a T. J. Turnera, kteří v 90. letech přinesli seznam základních emocí vytvořený na základě rozsáhlého výzkumu (Ortony, Turner, 1990). O 10 let později W. G. Parrot předkládá detailní seznam emocí rozdělených do struktury stromu, jehož větve tvoří primární, sekundární a terciární emoce (Parrot, 2001). Mezi primární emoce řadí lásku, radost, překvapení, zlost, smutek a strach. Pro ilustraci např. mezi sekundární emoce odvozené od základní emoce smutku patří utrpení, zklamání, stud, zanedbávání, soucit. Od každé z těchto emocí jsou odvozeny další; pocit zanedbávání se může rozvinout do pocitu odcizení, izolace, osamělosti, odmítnutí, stesku po domově, poraženosti, skleslosti, nejistoty, rozpaků, ponižování či uraženosti.

Z výše uvedeného je zřejmé, že emoce lze třídit a strukturovat dle nejrůznějších kategorií. A. Pesso neklade důraz na jejich členění, ale inspirované se výčtem emocí v různých seznamech a jednotlivé pojmenované emoce se snaží aktivní formou uplatňovat a rozšiřovat v terapii s cílem co nejpřesnějšího označení viděného. Používá je tedy jako vodítka při fenomenologickém pozorování a následném pojmenovávání emocí odečtených z přítomných tělových signálů v terapeutické práci. Tento proces není ukotven v podobě jednotné typologie či teoretického výkladového rámce, jak tomu bývá v procesu tělové diagnostiky u dalších bodytherapeutických směrů, ale je souborem poznatků a zkušeností terapeuta s tělovou diagnostikou. Terapeut slova popisující emoce propojuje s vlastními zkušenostmi z pozorování lidského výrazového chování a s poznatky z obecné, vývojové psychologie či neurofyzologie.

Emoce mají v rámci PBSP terapie primární místo a jsou mapovány v každém momentu pomocí PBSP techniky nazývané mikrotrekování (microtracking) (Bachg, 2004). Její součástí je diagnostika emočního výrazu a jeho následné pojmenování, jež se uskutečňuje pomocí hypotetické postavy svědka, jako jednoho z důležitých principů microtrackingu. Terapeut je v roli této pozorující postavy, která popisuje viděné emoce, neinterpretuje je ani neposuzuje. Je důležité, aby svědkem použitý název emoce byl v daný okamžik co nejvíce odpovídající emočnímu rozpoložení jedince. Všimněme si např. jak mohou být významné rozdíly v našem prožívání, když cítíme zlost, vztek, rozhořčení, hněv, nepřátelství, nenávisť, opovržení, zášť, pomstychtivost, odpor atd.

A právě jednou z funkcí „svědkování“ je vidět, rozpoznávat a co nejpřesněji pojmenovávat emoce (Bachg, 2004). Tato zaměřenost na emoční prožívání může mít vliv na klientův pocit bezpečí

či pocit dobrého místa v terapeutickém setkání. V této úvaze navazují autoři na teorii attachmentu a nezbytnou roli zkušenosti týkající se rozpoznání vlastních potřeb a pocitů pečující osobou. (Bowlby, 1997). Pokud je vychovatel dostatečně citlivý k projevům dítěte, dítě dostává zprávu, že svět je dobré místo, kde může zažívat bezpečí, péči a ochranu. Bez těchto zážitků bychom neocenili ani nepochopili své tělové a emoční stavy, a proto bychom nebyly schopni činit správná rozhodnutí o bezpečnosti situací, neuměli bychom zvládat silné emoce a chyběl by nám pocit důvěry ve svět (Downey, 2007).

Díky významnému dopadu těchto zkušeností na rozvoj psychiky o nich můžeme přemýšlet ve spojitosti jak s odolností, tak i se zranitelností osobnosti. Z teorie traumatu víme, že... „chronické trauma v dětství se střetává s kapacitou pro integraci sensorické, emoční a kognitivní informace do soudržného celku...jedním z klíčových poselství vyplývajících na povrch v poslední době je to, že trauma postihuje celého člověka: jeho mysl, mozek, tělo, ducha a vztahy s ostatními“ (Downey, 2007, str. 5).

Podle R. A. Plutchika emoce jako uzavřený komplexní průběh reakcí na podnět, které zahrnují kognitivní hodnocení, změny v subjektivním prožívání a jsou důležitým aktivátorem autonomního a centrálního nervového systému, mohou mít různorodou kvalitu (Plutchik, 1980). Společné jim jsou však impulzy k jednání, které vyvolávají a které jsou zacíleny na působící podnět, jenž uvolnil tuto komplexní sekvenci. Obecně platí, že většina uvedených fází sekvence probíhá pod úrovní vědomí, u primárních emocí často automaticky. Lidé si nemusí být vědomi vlastních stavů fyziologického vzrušení, stejně jako kognitivního zhodnocení situace. A i tento poznatek je dobře zakomponovaný v činnosti hypotetické postavy svědka, neboť pojmenováváním emocí a kontextu, v němž se emoce objevila, zvyšuje svědek vědomí propojenosti emocí s objektem, který způsobil vzrušení. Zároveň dochází k vytváření spojení mezi tímto objektem, emočním a tělesným stavem (Damasio, 2000).

Důkladné pozorování emocionálních signálů probíhá po celou dobu terapeutického procesu. Je jedním z neodmyslitelných a významných momentů PBSP terapie, jejíž cílem je vytvoření emočně korektivní zkušenosti, která by dovedla klienty k hlubokému uspokojujícímu zážitku v rámci symbolické scény. Přestože je v mnoha dostupných zdrojích o PBSP věnována pozornost emocím v PBSP procesu se zaměřením na oblast mikrotrekingu a k objasnění motivační síly potřeb, vnímali jsme jako důležité pro větší komplexnost nahlédnout i do skryté, teoretické oblasti, která je pod celým systémem Pesso Boyden psychomotorické terapie hluboce přítomná.

## STRUKTURA OSOBNOSTI

Když se řekne struktura osobnosti, vybaví se nám teorie S. Freuda a jeho pojetí Id, Ega a Superega jako základních komponentů osobnosti (Freud, 1960). V teorii A. Pessa a D. Boyden je stejně jako v psychoanalýze také přítomna třísoložková koncepce osobnosti: duše (pravé Já, skutečné Já), ego a Self, které je však pojímáno především z vývojového hlediska. Podobně jako u S. Freuda nám tyto tři komponenty osobnosti vysvětlují fungování a formování jedince jako lidské bytosti.

Podle A. Pessa „na svět přicházíme se „skutečným, pravým Já“, avšak vědomá představa tohoto Já se musí vytvořit. A pouze tehdy, je-li tato představa zakotvená a internalizovaná v našem egu, můžeme prožívat své skutečné Já otevřeně a vědomě“ (Pesso, 1987, str. 202). Pro bližší porozumění vývoji a interakce vrozeného s působením prostředí je nezbytné dané termíny definovat.

### **Duše, pravé Já**

A. Pesso se shoduje s psychoanalýzou, stejně jako s myšlenkami C. G. Junga na vrozeném, nevědomém motivačním základu naší osobnosti. Podle autorů PBSP tyto kvality připisují „duši“, neboli „pravému Já“, která tvoří jádro lidského bytí jako zdroj veškeré energie člověka vychází z genů, z nevědomí, z instinktů (Perquin, 1997, Pesso, 1987, Pesso, 1994). „Duše je tak pramenem našich emocí, impulzů, našeho prapůvodního chování a reakcí na externí události-cítíme radost a smějeme se, když se něco daří a zlobíme se, nebo jsme smutní, když něco nejde“ (Pesso, 1991, str. 170). Nese v sobě také zakódované hodnoty jako smysl, spravedlnost, řád.

V tomto smyslu je zřejmé, že v duši je ukryta motivace jedince, protože odtud pramení nutkání být s druhými v interakcích, milovat a tvořit, ale také nutkání reagovat útokem či útekem na ohrožující situace. Základ duše vzniká v momentě oplození vajíčka spermií a díky genetické informaci je spojen s evoluční historií (Perquin, 1997, Pesso, 1987, Pesso, 1991, Pesso, 1994).

Na otázku „kdo skutečně jsem“ poukazuje obsah duše, který je skladbou jedinečných vrozených vlastností jedince (např. temperament, umělecké nadání) a všeobecných možností člověka. Jedinečné vlastnosti se rozvíjí v kontaktu s ostatními lidmi, primárně našimi rodiči, pokud jsou jimi rozpoznány, oceněny a podporovány (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009). PBSP napomáhá tomuto procesu objevování a rozvíjení prozatím nepovšimnutých možností či aspektů duše. V tomto smyslu mluvíme o seberealizačních aspektech duše. V duši je ukryt všechn potenciál, s kterým se rodíme, a touha realizovat jej je pro nás přirozenou součástí nás samých (Pesso, 1987, Perquin, 1997).

Univerzální aspekty duše se představují v podobě polarit typických pro každého jedince. Ilustrací nám je zranitelná a silová strana každého z nás. Síla jako kapacita člověka aktivuje energii směřující ven, která nám pomáhá ovlivňovat svět, oproti naší zranitelnosti. V této naší receptivní části je obsažena kapacita přijímat, jež v realitě znamená energii obrácenou dovnitř. Naznačuje, jak jsme schopni zažívat svět, jak na nás působí a obohacuje naše bytí (Lucká, Koblle, 2005<sup>4</sup>, Perquin, 1997, Pesso, 1991).

Duše nám propůjčuje schopnost pociťovat, rozpoznávat a přijímat okolní svět ve dvou formách. Bereme-li okolní svět dovnitř doslovně, na fyzické rovině přijímáme především *jídlo* a přeměňujeme jej v energii a látky. Jídlo je vnímáno jako způsob, jakým k nám svět přichází ve hmotné podobě a sytí tělo. Psychologické a neurologické trávení *událostí či zkušeností* se v tomto

---

<sup>4</sup> LUCKÁ, Y., KOBRLE, L. (2005). *Trauma*. (odborný kurz). Praha: Remedium, 2005. ústní sdělení v rámci odborného kurzu, text autorizován dne 19.3. 2010.

procesu přeměňuje ve významy, obrazy, metafory a krmí naši mysl (Perquin, 1997, Pesso, 1991, Abuse). Již jako malé děti jsme syceni významy a vnímáme jejich symbolickou řeč, např. slovu „ven“ lze rozumět, že si máme about boty.

L. Perquin poukazuje na fyzický pól těchto polarit v podobě senzorycké a motorické části nervového systému. Významnou částí podstaty fungování nervového systému je její otevřenost, receptivnost uskutečňovaná pomocí aferentního nervového systému, který organizuje přenos a příjem informací z vnějšího světa prostřednictvím smyslů. Naopak eferentní nervový systém ovlivňuje svaly produkující pohyb v odpověď na vnější svět skrze volní, emoční a reflexní systém. Tyto tři druhy pohybové aktivity přináší ve své teorii A. Pesso (Pesso, 1994). Naši primární pečovatelé mají jedinečnou úlohu, neboť jejich úkolem je podporovat plné využití obou rovin nervového systému a přispět tím ke koordinované senzomotorické aktivitě (Perquin, 1997).

### **Ego**

Na rozdíl od duše, která pramení z našich genů, egem se v PBSP teorii rozumí „ta část nás samých, která je vytvořena interakcemi s vnějším světem“ (Pesso, 1987, str. 292).

Naše genetická přirozenost ovlivňuje, jak se dotýkáme okolního světa smysly, pocity, činností či myšlením. Příjem, zpracování a výdej informací se uskutečňuje na základě interaktivní povahy organismu s okolním světem. Dalo by se říci, že ego je styčnou plochou mezi vnitřním a vnějším prostředím. V tomto smyslu je ego funkční částí duše, neboť řídí, reguluje a dává formu nukleárním silám duše. Nepopsanou tabulu rasu plní významy ze zkušeností, učí nás být si vědomi vlastní existence, používat jazyk a symboly, logicky uvažovat, prožívat čas a prostor, rozeznávat skutečnost od fantazie, vytvářet vlastní sebepojetí, kontrolovat představu o nás samých a integrovat polarity našeho bytí (Perquin, 1997, Pesso, 1987).

PBSP přijímá klasickou psychoanalytickou představu o vývoji ega v rámci formativních let, raném dětství, prostřednictvím interakcí s rodiči a zkušeností s vnějším světem a tuto ideu rozšiřuje na období celého dětství a dospívání. Důvodem jsou neuropsychologické výzkumy mozku, které mluví o zrání nervové soustavy ještě v období kolem 20. roku života. Nenahraditelným úkolem blízkých lidí kolem nás je definovat, označovat a překládat svět dítěte do významů, které se přetváří do vnitřních map. Tímto pojmenováváním skutečnosti získává ego postupně tvar tvořený koncepty, postoji, očekáváním a podmíněným chováním. Proto stejné slovo může v každém z nás asociovat jiný význam. Slovo oheň může být pro jednoho symbol tepla a bezpečí, pro druhého symbolem spalující síly (Lucká, Koblle, 2005<sup>5</sup>, Pesso, 1988).

Pro lepší představu můžeme ego metaforicky ztvárnit jako jakýsi „plášť“ kolem duše, jehož tvar závisí na převažujících interakcích. V ego dochází k internalizaci vztahů s rodiči a širším

---

<sup>5</sup> LUCKÁ, Y., KOBRLÉ, L. (2005). *Trauma*. (odborný kurz). Praha: Remedium, 2005. ústní sdělení v rámci odborného kurzu, text autorizován dne 19.3. 2010.

sociálním okolím. Je zřejmé, že duše nemusí být někdy přímým vyjádřením ega, pokud se mu nedostávají z okolí adekvátní zkušenosti. Dítě, které nebylo svým okolím dostatečně respektováno a bylo nuceno prožívat negativní pocity, nemůže mít ego odpovídající jedincově pravému já. Ego podmiňuje, které části budou přijaty do Self a které zůstanou odmítnuty a skryty v tělesných symptomech mimo naše vědomí (Perquin, 1997).

Je nutné si uvědomit, že uvnitř ega by mělo být místo pro všechny části naší duše, i pro ty, které těžko akceptujeme a které jsou v analytické terapii nazývané stínem. A. Pesso pro vysvětlení používá následující metaforu: „Tak jako by dobře padnoucí rukavice neměla zakrývat tvar prstů, ale měla by otevřeně, bez příkras a přehánění ukazovat skutečný tvar ruky, nemělo by ani ego zakrývat či zveličovat skutečný tvar duše, ale ukazovat světu a sobě samému, jaké je skutečné v celé své síle a zranitelnosti (Pesso, 1987, str. 293).

### **Self**

Pomocí internalizovaných interakcí si vytváříme mentální aparát důležitý pro prožívání reality, ve které se pohybujeme. Pokud vlastní energii používáme ve shodě se svým okolím, aktuální syntéza duše a těla je v rovnováze. Kdo jsme, jakou máme identitu, jak se prezentujeme a hodnotíme, jaké specifické vzorce chování uplatňujeme, jaké jsou naše subjektivní zkušenosti a touhy, toto všechno se projevuje v denním životě a je dáno Self. Self představuje vše, co bylo z duše uskutečněno pod vlivem ega a stejně jako ego může a nemusí být ve shodě s „pravým já“ (Lucká, Koblí, 2005<sup>6</sup>, Perquin, 1997).

Kompatibilita duše a self je závislá na činnosti ega, tedy na skutečnosti, do jaké míry bylo ego umožněno rozvinout potenciál duše. Stupeň, do jakého může mít jedinec důvěru sám v sebe a svoji duši je závislý na potvrzujícím či ignorujícím chování okolí v období dětství. Odmítnuté aspekty duše v průběhu výchovy zapříčiňují nevědomý konflikt mezi potřebou vyjádřit energii a zvnitřněným odmítnutím energie. Následkem je manifestace tohoto konfliktu v tělových symptomech, kdy tělo může být nástrojem pro zvládnutí, ale i potlačení emocí a potřeb (Sedláková, 2003, Smith, 2007). Přítomnost vnitřního konfliktu lze vyčíst z tělových počítků, používání hlasu, výrazu obličeje, postoje a pohybu těla či neurovegetativních projevů (Perquin, 1997).

Tyto myšlenky o PBSP procesu dokresluje L. Perquin v následujícím, praktickém příkladu. Když na prvotní křik dítěte reaguje okolí trestem nebo odmítnutím, dítě tuto reakci okolí internalizuje jako zákaz a zprávu do budoucna o nebezpečnosti agresivních impulzů, které nemají právo na existenci. Dítě nedostalo zkušenost omezující, regulující interakce a nepochvílo sociálně přijatelné vyjádření agresivní energie (Perquin, 1997). Pro hněv není dobré místo ve vědomých ego

---

<sup>6</sup> LUCKÁ, Y., KOBRLÍ, L. (2005). *Trauma*. (odborný kurz). Praha: Remedium, 2005. ústní sdělení v rámci odborného kurzu, text autorizován dne 19.3. 2010

zkušenostech, a proto v podobě strachu z exploze a destrukce či v podobě sebepoškozování, napětí zůstává pod prahem vědomí.

PBSP metoda oslovuje tyto potlačené emoce a dává klientovi příležitost přijít do kontaktu s tímto prastarým hněvem a jeho vyjádřením bezpečným způsobem. Jedinec může zakusit sycení jedné ze základních potřeb PBSP, potřebu limitů.

#### MOTIVACE A POTŘEBY

O problematice motivace se nejčastěji pojednává v souvislosti s dynamikou osobnostní struktury, problematikou učení či výkonu. V celé řadě publikací je termín motivace odvozen z lat. *moveo-hýbám*, což přeneseně vyjadřuje hybné síly chování. Podle M. Nakonečného lze motivaci charakterizovat jako proces usměrňování, udržování a energetizace chování (Nakonečný, 1998). Přestože motivace vychází z biologických zdrojů, je psychickým fenoménem, psychikou řízeným druhem regulace. Systém poznatků Pessa Boyden psychomotorické terapie explicitně neuvádí teorii motivace, přesto je možné ji nalézt v podobě obrazu člověka, jenž se snaží uspokojit své bazální vývojové potřeby v kontaktu s ostatními lidmi a prostředím.

Základní motivační funkce potřeb je v psychologii dlouho známá, nejvýrazněji se o ní vyjádřil P. V. Simonov (1975): „Potřeby představují onen fundament, na němž se vytváří veškeré chování a veškerá psychická činnost člověka včetně myšlení, emocí a vůle...motivace neexistuje bez potřeb, které spočívají v jejích základech“ (Simonov, cit. podle Nakonečného, 1995, str. 84). Nezávisle na skutečnosti, zda si lidé uvědomují či nikoli své fyziologické a emocionální potřeby, jsou přirozeně puzeni k určité aktivitě a tendenci regulovat je. Podle M. Nakonečného (Nakonečný, 1995, 1997a, 1998), K. Balcara (Balcar, 1991), O. Mikšíka (Mikšík, 2003) či A. H. Maslowa (Maslow, 1987) se potřeba vyznačuje směrem, intenzitou a trváním.

A. Pessa s D. Boyden v této souvislosti rozpracovávají myšlenkový koncept ideálního naplňování potřeb, který v realitě není nikdy stoprocentně uskutečněn, jedinec je však k němu směřován (Pesso, 1997a). Základní teoretický předpoklad PBSP popisuje vznik a saturaci geneticky daných potřeb. Vše, co člověk potřebuje, je vyjádřeno energií, která má podobu fyziologických a motorických komponent, myšlenek, slov a pocitů a tím vším se může projevat. Jedinec je geneticky uzpůsoben hledat „vhodné“ interakce (Fischer-Bartelmann, 2009). Pokud je jedinec nachází, vzpomínky na smysluplnou interakci a její význam se internalizují.

Informace o tom, jak by měla vypadat ideální saturace potřeb, jsou ukryty v naší duši díky evoluční paměti jako odkaz miliony let dlouhého vývoje. „Díky genetické paměti duše velmi dobře ví, co by potřebovala“ (Roth-Bilz, 2010a). Touží naplňovat vlastní potřeby ve správném čase, na odpovídajícím místě, v adekvátním množství a s vhodnými jedinci. Přicházíme na svět s vědomím toho, co potřebujeme od našich rodičů a našeho životního prostředí pro náš nejlepší rozvoj (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Pessa, 1999). Geneticky založené potřeby jsou jako receptory uspokojení a zkoušení blaha pro každé individuum, ale jsou také zdrojem nespokojenosti místo radosti,

frustrace a zklamání místo spokojenosti, zoufalství a odcizení místo blízkosti, když je mnoho nedostatků v naplnění těchto potřeb. Teorie PBSP zdůrazňuje, že sama očekávání akce a adekvátní interakce nevedou k umění žít v běžném životě. Díky rozsáhlejšímu pohledu na oblast saturace potřeb dle PBSP a jeho logickou souvislost se specifiky ontogeneze představíme podrobněji jednotlivé potřeby společně se způsoby naplňování v části o vývoji osobnosti.

Je nutné si uvědomit, že nikdo z nás se nerodí do ideálního světa a již od narození jsou naše geneticky daná očekávání vždy do jisté míry frustrována. Otázkou zůstává míra této frustrace (Fischer-Bartelmann, 2009). S rostoucím věkem je dokonce nezbytné, aby se dítě učilo časovému zpoždění uspokojení, neboť se tím buduje adekvátním způsobem frustrační tolerance. Dle L. Downeyho se lidé stávají více odolní a dokáží se lépe vypořádat se stresem v dospělosti, jsou-li v období dětství vystaveni stresu. Pokud na děti působí ohrožující podněty v přítomnosti uklidňující, bezpečné, dospělé osoby, stávají se velmi vzrušené, ale také se rychle umí navrátit k normálnímu stavu a stav strachu či úzkosti je snížen blízkostí pečující osoby. Při opakovaném vystavování se stresu následovaného ochranou a pohodlím dítě rozvíjí schopnost spolehnout se na vnitřní pocit bezpečí a posiluje se tak odolnost organismu (Downey, 2007).

V paměti každého z nás se tak vytváří úplný záznam naší individuální zkušenosti, který je plný rozporů mezi tím, co vyžadovaly potřeby a co poskytl reálný život. Výslednicí tohoto dlouhodobého interaktivního procesu mezi rodiči, prostředím a dítětem je komplexní výbava schopností pro život jedince mezi lidmi, která předurčuje, co bude jedinec prožívat vzhledem k různým okolnostem (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009).

Teorie PBSP potřeb se v tomto pohledu velmi úzce překrývá s teorií citové vazby. Dle ní vzniká jakýsi „vnitřní pracovní model, vnitřní model fungování“, jak tento mechanismus internalizovaných zkušeností nazývá J. Bowlby (Bowlby, 1997). První sociální vztahy a interakce s blízkými lidmi se stávají „mapou“, která bude hluboce ovlivňovat, pozitivním či negativním směrem, fungování sociálních vztahů člověka a jeho vnitřní pocit Já. Z chování pečující osoby si dítě zároveň odvozuje představu o vlastní hodnotě a kompetenci ve vztahu k druhému jedinci (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Bretherton, Munholland, 1999).

Mentální reprezentace vytvořené na základě těchto zkušeností zahrnují pocity, názory, očekávání, strategie chování, stejně jako způsoby interpretace chování, které jsou vázané na vztah s citově důležitou osobou. Navenek se pak vnitřní modely projevují v podobě chování podmíněného citovou vazbou (patterns of attachment behaviour) (Bretherton, Munholland, 1999, Kulísek, 2000).

Koncept vnitřních modelů tedy vysvětluje transfer vzorců rané emoční interakce do autonomní seberegulace, zážitek naplňování potřeb v souvislosti s vývojem osobnosti. P. Kulísek se domnívá, že tyto modely fungování jsou poměrně stabilní v průběhu celého života, přesto mohou být částečně modifikovatelné vzhledem k aktuálním vztahovým zkušenostem (Kulísek, 2000). Od tohoto bodu rozvíjí A. Pessa terapeutickou práci, jejímž předpokladem je, že poskytnutím nových, uspokojujících interakcí je možné změny tyto modely fungování.

Je zřejmé, že i když pohlížíme na vývoj osobnosti pomocí různých konceptů, společným, neodmyslitelným základem většiny se z nich se stává význam interakcí. Podrobné působení těchto důležitých vztahových mechanismů mezi jedinci bude popsáno v následující kapitole.

### **1. 2. 2 Pohled na vývoj osobnosti z hlediska PBSP teorie**

Dříve než zaměříme pozornost na důsledky interaktivní péče blízkých osob jedince, který je geneticky předurčen k neustálému rozvoji svých vrozených potencialit, je nutné charakterizovat centrální pojem osobnost.

O tento úkol se snaží odborníci pomocí nepřehledného množství definic, které jsou současně kategorií psychologickou, pedagogickou, sociologickou a filozofickou. Zdá se téměř nemožné vymezit tento nesmírně široký a mnohoúrovňový termín jednotně, neboť se vyvíjel ve zájemně odlišných pojetích určených školou nebo teoretickými východisky. Již v roce 1937 uvedl G. W. Allport padesát rozdílných definic osobnosti a sám ji charakterizoval jako „dynamickou organizaci těch psychofyzických systémů individua, které determinují jeho jedinečné přizpůsobení se svému prostředí“ (Allport, 1960, str. 48). Jeho definice vyzdvihuje neustálou adaptaci a vývoj jedince ve stále se měnících podmínkách.

Této definici je blízké pojetí osobnosti dle M. Nakonečného, podle něhož je osobnost: „...organizovaný, dynamický a interindividuálně odlišný celek psychofyzických dispozic, determinující průběh a projevy psychických procesů“ (Nakonečný, 1997b, str. 12) a je tedy pojímána jako: „deskriptivní a explanační pojem pro duševní život člověka, který funguje jako celek a který spoluurčuje jeho vnější projevy v chování i prožívání“ (Nakonečný, 1997a, str. 142). Důraz na chování klade ve své definici osobnosti např. H. J. Eysenck popisující osobnost jako „součet skutečných nebo možných vzorců chování organismu, které jsou stanoveny dědičností a prostředím a rozvíjí se prostřednictvím funkční interakce čtyř hlavních oblastí, ve kterých jsou organizovány tyto vzory chování: kognitivní, konativní, afektivní a somatické“ (Eysenck, 1961, str. 25).

P. Říčan v knize *Psychologie osobnosti* vlastní definici neformuluje (Říčan, 2007), ale přiklání se k definici osobnosti V. Smékala, jehož vymezení pojmu se týká geneze a funkce osobnosti: „Osobnost je individualizovaný systém (integrace) psychických procesů, stavů a vlastností, které vznikají jednak socializací (působením výchovy a prostředí), jednak přetvářením vrozených vnitřních podmínek bytí člověka a determinují a řídí předmětné činnosti jedince, jeho sociální styky a duchovní vztahy“ (Smékal, 2004, str. 27).

Je zřejmé, že i přes bohatá vymezení a členění pojmu osobnost je společnou snahou odborníků co nejpřesněji postihnoutí daného termínu. P. Říčan se zamýšlí nad pluralitou definic a připomíná, že úkolem definic není popsat veškerou skutečnost, ale pouze to, co autor považuje za nejdůležitější (Říčan, 2007). Naším záměrem bylo pouhé přiblížení problematiky spojené s tak rozmanitým pojmem, jakým osobnost bezpochyby je. Než zcela opustíme tuto úvodní část, rádi bychom na závěr představili



opačný pól našich úvah, ktoré nesmerujú k odlišnostem, nýbrž k určitému souhrnu charakteristik, jež jsou společné naprosté většině definic osobnosti.

Pohled na osobnost v rámci PBSP probíhá na základě nalézání obecně platných zákonitostí v rámci nomotetického přístupu. A. Pessa a D. Boyden, podobně jako např. J. Piaget, vycházeli z důkladného a citlivého zkoumání okolí, a později své závěry z pozorování začali ověřovat v praxi a podrobovat analýze a následně komparaci s psychologickými teoriemi. PBSP jako terapeutický směr nemá ambice definovat veškeré užívané pojmy v jeho teorii, přesto je však zřejmé, že mu tato oblast psychologie není vzdálená.

Charakteristika osobnosti jedince kvalitami fyzikálně-biologicky-psychosociálně-duchovními dle A. Pessa a D. Boyden koresponduje s definicí osobnosti dle Evropské asociace pro body-psychotherapii (European association for body-psychotherapy, 2010, Pessa, 1999). Osobnost není specifikovaná jako neměnný souhrn rysů jedince, naopak je vyzdvižen její dynamický proces v interakci s prostředím. Vzájemná interakce jedince s okolním světem je nezbytná pro reprodukci života i života druhu a probíhá na úrovni fyziologické (metabolické) a psychologické, jak charakterizoval ve své teorii kognitivního vývoje např. J. Piaget, stejně jako autoři teorie PBSP (Piaget, 2001). Psychologická interakce obsahuje výměnu informací, emocí, zabývá se pohybem v prostoru apod. Existuje též vymezení interakce behaviorální (pohyb v prostředí) a neuropsychické (řízení chování na základě příjmu a zpracování informací z vnitřního a vnějšího prostředí organismu).

Vývojově nejvyšší funkce v regulaci těchto vztahů připadá psychice. Adaptaci na životní podmínky okolí napomáhají biologicky účelné funkce psychiky, mezi něž patří instinkty, způsobilost učení, vnímání apod. Osobnost se jeví jako aktuální „výsledek“ dané situace, v níž se jedinec nachází. Životní podmínky a sociální vztahy se v prožívání a jednání individua interiorizují a vznikající jednotky osobnosti se ve vývoji pod vlivem přicházejících podnětů a situací diferencují, integrují, modifikují a individualizují jako způsoby nazírání (kognitivní schémata) a jednání (akční schémata). V tomto smyslu se osobnost rozvíjí socializací, spiritualizací a individuací (Pessa, 1999). Není statickým obrazem určitých charakteristik, ale podobiznou člověka směřující k naplnění svých geneticky daných možností. V rámci tohoto směřování lze pozorovat, jak se člověk stává sám sebou, jak získává kontrolu nad sebou samým a úměrně tomu, jak se vědomě začleňuje do společenských vztahů a vztahů k životu vůbec (Schrenker, 2008).

Pojetí osobnosti jako apriorně proměnlivé v kontextu vlastní seberealizace je známé např. gestalt terapii či na člověka zaměřeným přístupům. Podle C. R. Rogerse je jedinec ve své přirozenosti schopný pozitivního růstu (Rogers, 1998, Rogers, 2000). A. Pessa říká: „...stát se tím, kým opravdu jsme, rozvinout plně naše skutečné Já“ (Pessa, 1999) pomocí základních vývojových úkolů. Daleko přesněji by anglický překlad slovesa „rozvinout“ vystihovalo sloveso „rozvíjet“, neboť je v něm kladen důraz na stále probíhající proces vývoje, nikoli na výsledek v podobě dokonalého stavu.

Přijetí a naplnění základních vývojových úkolů je motivováno souborem vrozených nutkání v podobě očekávání. Autoři PBSP přináší kompletní seznam nutných, geneticky podmíněných životních úkolů pro co největší rozvoj vlastního potenciálu a jedinečnosti (Fischer-Bartelmann, 2005). A. Pessoa vnímá dané cíle v souladu s Reichovou nadějí pro lidstvo.

**Prvním úkolem** je naplnění základních vývojových potřeb: potřeby místa, rodičovské péče a výživy, podpory, ochrany a limitů ve správném věku, v adekvátní kvantitě i kvalitě a se správnými osobami. Dané potřeby jsou vzájemně propojené a nejsou pojímány v hierarchickém systému, jako např. potřeby v Maslowově pyramidě potřeb (Maslow, 1987) Rozdílem je též pojetí potřeb u C. R. Rogerse (Rogers, 1998), který za ústřední hnací sílu života jedince pojímá potřebu být pozitivně přijímán druhými. Spojujícím momentem všech autorů se stává popis reality, která nám nikdy neumožňuje dokonalou saturaci, neboť se rodíme do světa, který není ideální.

**Druhý úkol** mluví o nutnosti integrovat a sjednotit polaritu našeho biologického a psychologického bytí - polaritu spermií a vajíček (skrz ně se ztotožní s matčinou a otcovou historií a genetickou bankou); neurologickou polaritu (polaritu levé a pravé hemisféry); senzorio-motorickou polaritu pohybového a smyslového systému (být v souladu ve všech kombinacích vnímání a jednání); behaviorální polaritu (receptivita a reaktivita); polaritu symbolickou (polaritu mužnosti a ženskosti). Toto téma rozpracovával již C. G. Jung (Jung, 1994) podobně gestalt terapie a další. Psychomotorická terapie, obdobně jako Perlova gestalt terapie (Perls, 2004), rozumí pojetí polarit daleko volněji, nejen jako jejich pouhé spojení s archetypem.

Neustálé rozvíjení našeho vědomí je **třetím vývojovým úkolem**. Zvyšujeme tím schopnost odlišení subjektivity a objektivity, vnitřního světa prožívání a představ od reality a také podporujeme ego a vlastní identitu. A. Pessoa říká: „My jsme a jsme si této existence vědomí“ (Pessoa, 1997a). S těmito fenomény velice úzce souvisí rozvoj autonomie, jak jej definoval E. H. Erikson (Erikson, 2002).

**Čtvrtým úkolem** je rozvoj našeho „pilota“. Pojem „pilot“ je metaforou pro vědomou, koordinující, výběrovou, výkonnou funkci mozku. „Pilot je část vědomí, kde se odehrává nejvyšší míra integrace, funkcí a procesů, dostává informace o tom, co je pocíťováno (pravděpodobně, že „se“ cítíme), co je viděno (pravděpodobně, že „se“ vidíme), co je slyšeno. Pilot není jenom pozorovatelem ega, je to také vysoce rozvinutá kapacita činit rozhodnutí“ (Pessoa, Boyden, Vrtbovská, 2009, str. 47). Jeho úkolem je rozvoj vědomého vnímání, schopnosti rozhodnout se a realizovat „dobrou“ alternativu.

**Pátým úkolem** je uvědomit si naši jedinečnost a rozvíjet naše potenciály. Dosáhnout tedy dospělosti a zralosti, neustále směřovat k seberealizaci, možnost být tvůrčím člověkem užitečným sobě a ostatním. Naplnit tento úkol není nutnou podmínkou přežití, ale je významně spojený s možností zažívat v životě naplnění a štěstí (Pessoa, 1997b, Pessoa, Boyden, Vrtbovská, 2009).

Mýlili bychom se, kdybychom mluvili o štěstí jako základním účelu života, neboť o štěstí zakladatelé PBSP přemýšlí pouze jako o dostupné možnosti života, jako o duchovním faktoru života,

jako o naprogramovaném očekávání. Jsou přesvědčeni, že štěstí může a má být součástí života tady na zemi. Zakódovaná „možnost a touha být v životě šťasten,“ „být naživu a předat život dál“ jsou základním účelem života každého jedince (Pesso, 1997a, Pesso, Boyden, Vrtbovská, 2009, Pesso, 2008, Schrenker, 2008).

#### OPTIMÁLNÍ VÝVOJ OSOBNOSTI

Pouze v interakci s ostatními lidmi se dítě učí definovat, kdo je a rozvíjet zdravé sebepojetí. Na základě integrace adekvátních zkušeností s okolím tvaruje jedinec základ zdravé autonomie, která zahrnuje schopnost sebezpečí, stejně jako schopnost utvářet v budoucnosti uspokojivé interakce a rovnováhu mezi dáváním a přijímáním. Jeho fyzický a psychosociální vývoj je formativním vlivem okolí povzbuzován k další diferenciaci či deprivaci (Fischer-Bartelmann, 2010a).

Teorie psychomotorické terapie vykresluje vývoj jedince skrz ideální interakční podmínky pro jeho růst a rozvoj, který je motivován naplňováním vývojových úkolů, saturací bazálních vývojových potřeb. Geneticky podmíněné úsilí o uspokojení bazálních lidských potřeb, jako je místo, výživa, podpora, bezpečí a limity, je základním bodem, o který se PBSP metoda při výkladu vývoje osobnosti opírá (Schrenker, Fischer-Bartelmann, 2003).

Existuje řada modelů, které nás seznamují a z různých hledisek klasifikují lidské potřeby, např. motivační teorie potřeb K. Horneyové (Horney, 2007) či H. A. Murraye (Murray, Mc Adams, 2007). Za všechny lze jmenovat nejvíce užívaný model Maslowovy hierarchie potřeb (Maslow, 1987), podle kterého jsou lidé poháněni rozvinout svůj maximální potenciál, stejně jako v teorii PBSP. Od ní se však teorie A. H. Maslowa odlišuje hierarchickým členěním, neboť A. Pesso a D. Boyden přikládají všem potřebám stejnou významnost pro rozvoj osobnosti (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009). Pouze formy syčení, fyzické a symbolické, lze vystopovat v obou teoriích. Pokud odhlédneme od různé početnosti autory vymezených druhů potřeb, výrazným rozdílem v daných modelech je úhel pohledu, ze kterých potřeby autoři specifikují. Teorie A. Maslowa se narodil od psychomotorické terapie zaměřuje na klasifikaci cílů, nikoli na prostředky jejich dosažení. Důvodem je větší univerzalita cílů, neboť prostředky mohou být kulturně specifické (Maslow, 1987).

Jedinečný pohled Pesso Boyden psychomotorické terapie na problematiku potřeb se ukrývá v propojení klasifikace cílů potřeb ve formě ideální saturace s procesuálním pohledem na motivované chování s důrazem na znalost vývojových mechanismů. Zásadní teorií v této oblasti zůstává Bowlbyho teorie attachmentu, podle které je nezbytnou podmínkou pro optimální naplňování potřeb dítěte až k dospělosti bezpečná citová vazba (Bowlby, 1997). Osvětluje nutnost adekvátních interakcí pro harmonický vývoj jedince. Nejen A. Pesso a D. Boyden v tomto duchu rozpracovávají teorii PBSP, ale i neurovědy, psychiatrie, biologie či sociologie převzaly poznatky o formujících interaktivních systémech.

Z neurobiologického hlediska přichází dítě na svět s nediferencovanou nervovou soustavou. Vývoj a zrání dětského mozku ovlivňují především sociálně emoční interakce, neboť rané vztahy

ovlivňují struktury odpovědné za vývoj vnitřních reprezentací zkušeností a koherentního obrazu světa. Rodiče napomáhají splnit podmínky pro správný rozvoj všech potřebných funkcí, v genetické výbavě jedince zakódovaných základních vývojových potřeb. Dítě musí cítit místo v tomto světě, musí být dostatečně vyživováno, nošeno a musí být definovány jeho limity (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Pessa, 1999, Siegel, 1999).

Pro optimální psychosociální rozvoj jedinců se předpokládá závislost na rozsahu, v němž jsou potřeby naplňovány. Pokud jsou potřeby a pocity dítěte uznávány, viděny, správně pojmenovávány primárními pečovateli, dítě získává zkušenosti, že jsou jeho zdravou součástí, mají své jméno, nemusí se jich bát ani je potlačovat a mají konečný rozměr a jsou schopny uspokojení.

Podoba ideální saturace potřeb vychází z genetické informace, která v sobě nese naprogramování času, míry i způsobu sycení. Pessa Boyden psychomotorická terapie tato předurčení ideální interakce shrnuje v následujících konceptech.



Obr.4 Průběh ideální interakce.

Každá potřeba má svůj tvar a protitvar (viz obr. č. 4). Tělově-emoční aktivita organismu očekává specifickou, senzomotorickou, kinestetickou či verbální odpověď. Potřeba je optimálně uspokojena tou interakcí, která přesně odpoví na vnitřní touhy a která ve svém protitvaru kopíruje původní tvar (Schrenker, 2008, Schrenker, Fischer-Bartelmann, 2003). Představme si narozené dítě, kterému je zima. V případě chladu má potřeba tvar něčeho prázdného, co vyžaduje v danou chvíli naplnění teplem. Ideální reakcí, protitvarem na tento diskomfort je mezilidská interakce někoho, kdo uspokojí potřebu místa a péče v podobě hřejivé náruče. Princip tvaru a protitvaru v PBSP je vnímán jako sjednocující princip užívaný v průběhu celého života (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009).

Díky interaktivnímu charakteru má každá potřeba svého *uspokojovatele*, který je v ideálním případě schopen potřebu rozpoznat a pojmenovat a zná pozitivní způsob, jak na ni odpovědět. V raném vývoji jsou těmito uspokojovateli nejčastěji rodiče. Potvrzuje se tak hypotéza M. Kleinové, že i lidské mládě je od narození orientováno vztahově citovat. Postupem času začínají saturovat potřeby i lidé ze širšího sociálního okolí až dospěje jedinec do fáze, kdy je schopen naplňovat sám vlastní očekávání. Tato třetí úroveň sycení potřeb popisuje dosažení autonomie jedince, která je spojována s dobou vývojové zralosti mozku a vědci odhadována na 20.-25. věk života.

Vývojová psychologové nazývají poslední charakteristiku potřeby senzitivním obdobím, A. Pessa mluví o *časovém rámci*, kdy adekvátní odpověď na potřebu má přijít v optimálním věku pro ni určenou (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Pessa, 1997a).

Teorie Pesso Boyden psychomotorické teorie rozpracovává koncept saturace potřeb ve třech základních kvalitách. První uspokojení probíhá nejprve zcela konkrétně, dotykem, kontaktem a materiálním sycením, např. v matčině děloze, v náručí rodičů, u láhve s mlékem, při bezpečném, hřejivém, limitujícím objetí rodičů. Skutečné uspokojení v sobě zahrnuje smyslové, fyzické, emocionální i neurologické aspekty, které se ukládají jako soudržný obraz zkušenosti (Pesso, 1997a, Schrenker, 2008).

V pozdějším věku zažívají děti zkušenosti symbolického charakteru a stále důležitější roli má tzv. „emocionální potrava“ zprostředkovaná prostřednictvím jazyka a nonverbálními signály v podobě lásky a uznání svých rodičů a ostatních opatrovníků z jejich sociálního prostředí (Pesso, 1997a). Rodiče jim poskytují na symbolické rovině slova lásky i útěchy, podporují jejich snahu, schopnosti a zájmy, krmí je pozorností i informacemi, sytí jejich sebedůvěru, ochraňují jejich práva a pomáhají objevovat jejich vlastní možnosti a meze a také to, co smí a co není vhodné.

Když jsou tyto zkušenosti integrovány egem, objevuje se třetí fáze a dítě může začít věřit, že je schopno se postarat o své vlastní potřeby. Postupně se je naučí uspokojovat autonomně. Následkem internalizované adekvátní péče se naučí jedinec jednak uspokojovat své vlastní touhy a cítit se doslova „doma“ se sebou samým, a v dospělém věku je schopen saturovat potřeby svých dětí a blízkých lidí. Jinými slovy má pro sebe místo v mysli a srdci, žije sebe svými vlastními silami, podporuje se a chrání, limituje sám sebe ve vlastním zájmu i zájmy společnosti (Pesso, 1999, Perquin, 2010, Perquin, Rehwinkel, 1999, Schrenker, 2008). A. Pesso předpokládá, že člověk nemůže být skutečně autonomní, neprošel-li předchozími etapami sycení potřeb (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009). Tento pohled koresponduje např. s názorem S. Freuda či J. Bowlbyho, podle nichž se vztahy vyvíjí od závislosti ke spoléhání na sebe samého, od egocentričnosti směrem k okolí (Bowlby, Ainsworth, 1965, Mitchell, Blacková, 1999).

V následující části mějme na paměti, že nikdo z nás nezažívá stoprocentně uspokojivé podmínky v průběhu života. Předložený koncept ideální saturace neznačí reálný výsledek našeho vývoje, ale vývoj směřování našich geneticky daných očekávání. V tomto smyslu zde předkládáme jakýsi hypotetický konstrukt dokonalého bytí na zemi ve smyslu adekvátního vývoje, který nám může napomoci porozumět obecné rovině daného tématu. Optimální rozvoj lidské bytosti je v PBSP definován pomocí ideálního stavu. Tato skutečnost úzce souvisí s praktickým rámcem psychomotorické terapie a kategorií ideálních rodičů jako terapeutického konstrukt pro hojení nedostatečně sycených potřeb z dětství.

Koncept potřeb PBSP je rozmanitý a obsáhlý a zaměření naší práce nám dovoluje tuto oblast pouze nastínit. Z tohoto důvodu se odvoláváme na další zdroje informací, především zahraniční publikace a oficiální webové stránky PBSP ([www.pbsp.com](http://www.pbsp.com)).

#### POTŘEBA MÍSTA

O této nejzákladnější potřebě mluví autoři jako o základním obyvatelném, vlídném a vstřícném prostoru pro život každého z nás. Na potřebu místa lze pohlížet jako na proces nalézání místa ve dvou vesmírech, ve fyzickém světě a světě myšlení. Rodiče, kteří poskytují dítěti adekvátní místo v životě, doslovně v děloze matky, později v jejich náručí a v jejich domě, a také symbolicky v jejich vlastním životě, v jejich srdcích, myslích i očích, mu umožňují cítit se vítaný v životě a mít základní důvěru v to, že svět je dobré místo (Lucká, Koblíček, 2003b, Pessó, 1990b). Tato opakující se zkušenost dává dítěti hluboký pocit lásky a sounáležitosti a odtud se též odvíjí naše identita a rozvíjí autonomie.

#### POTŘEBA VÝŽIVY, KRMENÍ

Jedinec, který byl sycen pomocí pupeční šňůry, po narození kojen z prsu matky, poté krmen jídlom a na symbolické rovině dostával od svých rodičů mnoho pozornosti, lásky, ocenění, ale i potřebných informací, učení, doteků, má schopnost cítit se plný. Plný není pouze ve smyslu fyzické plnosti, ale cítí pocit nasycení i po stránce emocionální. Sycení pomáhá zažívat lidem první zkušenost se sebou samým, pomáhá tvořit sebeúctu, sebelásku a nesebekritičnost (Lucká, Koblíček, 2004c, Schrenker, 2008).

#### POTŘEBA PODPORY

Důsledkem výchovy podporujících rodičů, kteří v pravém slova smyslu dítě drželi, chovali a nenechali jej upadnout ani se poranit; na symbolické rovině rozvíjeli a podporovali jeho zájmy, sebedůvěru, samostatnost, je aktivní jedinec, který umí užívat svoji sílu a citlivost pro dobré účely. Rodiče dětem říkají: „Jsem tu, když mě budeš potřebovat! Stojím za tebou! Drž se!“ Adekvátní integrace fyzické a symbolické úrovně umožňuje jedinci později zvládat náročné situace a vyhledávat pomocné zdroje pro řešení obtížných situací (Lucká, Koblíček, 2003c, Schrenker, 2010).

#### POTŘEBA BEZPEČÍ

Je na rodičích, aby ukázali a umožnili setkání dítěte se světem v bezpečné podobě. Protože se dítě rodí jako bezmocné proti všem silám, je nutné, aby mělo štít proti nebezpečí, ochranu v podobě blízkých lidí. Dítě, které nebylo vystaveno žádným konkrétním ani symbolickým ohrožujícím podnětům, byla ochráněna jeho práva, bylo odděleno od všech škodlivých tlaků zvenčí, získává pocit jistoty a důvěry v bezpečné vztahy a bezpečný svět, je chráněno, i když není s rodiči (Lucká, Koblíček, 2004a). Dítě se naučí vlastními prostředky bránit proti bezpráví i proti fyzickému ohrožení.

#### POTŘEBA LIMITŮ

Na rozdíl od předchozích potřeb, které vyjadřovaly obsah, potřeba limitu v sobě nese otázku formy. Stává se mírou toho, kdy uspokojování probíhá adekvátně a kdy se objevuje deficit nedostatku či přebytku. Dítě má kapacitu a možnost přímo a aktivně ovlivňovat svět pomocí dvou vrozených

základních sil, silou tvořit a silou ničit. Rodiče, kteří milují své dítě, limitují adekvátním způsobem jeho agresivní a sexuální impulzy, nedávají prostor „neomezeným chutím a požadavkům,“ přijímají jeho sílu s porozuměním a respektem, umožňují mu rozvíjet jeho veškerý potenciál beze strachu před velikostí vlastní či cizí energie. L. Perquin zdůrazňuje: „Limit neznamena POTLAČIT, napomáhá vyjádřit všechnu sílu, kterou vlastníme, bezpečným způsobem. Je nutné najít bojovníka v nás samotných, ale říct mu NE, když to potřebuje“ (Perquin, 2010). Dítě rozvíjí sebeovládání, rovnováhu a vlastní autonomii (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Fischer-Bartelmann, 2006, Lucká, Koblí, 2004b).

Bazální spokojenost v interakcích fyzické i symbolické kvality zajišťuje, aby všechny tyto zkušenosti byly integrovány do ega a aby se uložily v naší individuální paměti. Dítě se učí model primárního pečovatele a dostává potvrzení o dobrém způsobu bytí. Je zřejmé, že tyto rané interakce mají zásadní význam pro celou organizaci naší osobnostní struktury. Vhodný a stabilní rodičovský systém definuje oblast citlivosti našeho smyslového vnímání, příjem a zpracování informací, důvěru ve vlastní seberegulační schopnosti, které jsou součástí sebeuvědomění, podporují autonomii (lidé jsou schopni odložit aktuální uspokojení potřeby) a pozitivní kvality a stabilitu naší sebeúcty, nikoliv skrz potlačení našich potřeb a emocí (Pessa, 2004, Schrenker, Fischer- Bartelmann, 2003). Napomáhají vývoji osobnosti ve smyslu její diferenciaci a integraci, přirozeně vedou k úspěšnému zrání a individuaci ještě předtím, než je jedinec schopen dosáhnout generativní fáze života.

#### DŮSLEDKY NEADEKVÁTNÍCH INTERAKCÍ VE VÝVOJI OSOBNOSTI

V předchozí části bylo představeno pět bazálních potřeb způsobem, který není možno v této podobě v každodenní realitě dosáhnout. Nemusíme se obávat, že se děti budou rozvíjet do hlubokého postižení, pokud nebudeme jako rodiče splňovat kritéria ve všech oblastech (Schrenker, 2008). Lidský druh je vybaven neuvěřitelnou variabilitou a přizpůsobivostí, což napomáhá překonávat nedokonalé podmínky vývoje.

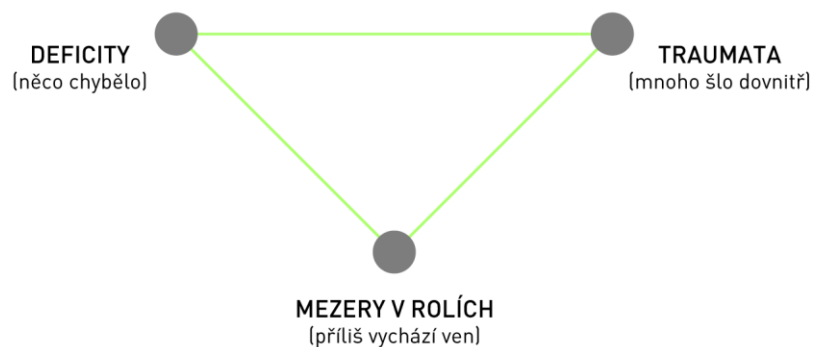
Pokud nenastane interakce ve správnou dobu a v adekvátní kvalitě se správnými lidmi, může vzniknout mnoho možností poruch, od slabých až po velmi vážné, od méně optimálních až po traumatické. Ublížení na základě těchto zkušeností jsou zdrojem našich explicitních a implicitních vzpomínek a záznamů i formulací, jak jsme žili a jak žít ve světě (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Pessa, 2004).

Neuspokojení základních potřeb dovede člověk kompenzovat, jinou otázkou i nadále zůstává odraz těchto zkušeností v osobnosti jedince (Fischer-Bartelmann, 2005). Dítě je schopno vyhledávat náhradní objekty za původní podobu svých potřeb a tím podněty překrýt jinou stimulací. V případě konkrétních potřeb jsou tyto stimuly omezené a souvisí s otázkou přežití, např. cucání vlastního palce místo prsa s mlékem není dlouhodobě úspěšným řešením. Nedostatečnému uspokojování potřeb symbolické kvality se jedinec přizpůsobuje déle, v podobě různé míry potlačení aspektů pravého Já (duše). Vznikají tak rozmanité obranné mechanismy,

jejichž funkci jako první zmínil S. Freud, ale až jeho dcera A. Freudová je systematicky popsala (Freud, 2006).

Když je pravé Já nuceno existovat ve skryté formě, „...neskrývá se jenom před vnějším světem, ale také před vědomím osoby, která je nositelkou oné duše. Taková osoba musí žít dvojitý život. Vevnitř se cítí určitým způsobem a vně jedná jinak“ (Sedláková, 2003, str. 66).

Na obrázku č. 5 vykreslujeme tři základní podoby narušeného optimálního vývoje: *deficitní* (jedincovy potřeby nejsou syceny ve správném věku, rozsahu, s adekvátními vztahovými postavami), *traumatická* (bylo přítomno mnoho nelimitovaných zážitků, které jedinec integroval), podoba nazývaná „*mezery v rolích*“ (jedinec sytil potřeby druhých lidí, místo aby byly saturovány jeho vlastní).



Obr. 5. Důsledky neadekvátního sycení potřeb.

Výsledkem tohoto narušeného vývojového procesu je odpovídající dysfunkce ega, při které ego selhalo v poskytování adekvátního místa, péče, podpory, bezpečí a limitů. Pro jeho nedostatečný vývoj dochází k narušení sebedůvěry, sebpřijetí a tlak vzpomínek neuspokojených potřeb ovlivňuje rozvoj a funkci našeho vnímání, prožívání a chování v přítomnosti (Perquin, 2010, Pessa, 1997a). Nastává snižování naděje na naplnění budoucích životních úkolů. Držení těla, výraz tváře, motorická aktivita, fyzické symptomy a jiné tělesné stížnosti ukazují na současnou existenci psychologického konfliktu z minulosti, nenaplněné potřeby a traumatické zážitky (Sedláková, 2003).

Jak konkrétně vznikají a na vývoji jedince se tyto důsledky neadekvátní interakce projevují?

## DEFICITY

Deficitní situace (viz obr. č. 6) v níž tvar a protitvar, neboli reakce a odpověď není komplementární, poukazuje na formu neadekvátně probíhajícího vzájemného kontaktu mezi dvěma jedinci, který značí absenci „něčeho“.





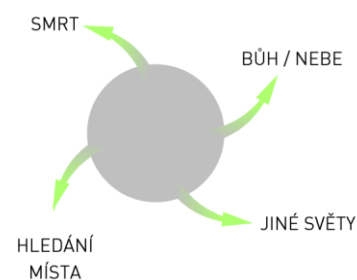
Obr. 6 Průběh neadekvátní interakce deficitní.

V tomto smyslu termín „deficitní“ je chápán široce jako *nedostatek* adekvátní interakční kvality a kvantity. Tím je zahrnuta do deficitní saturace potřeb jak charakteristika strádání, tak přebytku, jejichž výsledkem jsou pocity frustrace, bezmoci, nudy apod. S tím úzce souvisí i problematika rizikového chování, jako je zneužívání drog, agresivita, šikanování, promiskuita apod.

Podívejme se na případ kojence, který svým křikem přivolává matku, protože má hlad. Pokud je krměn málo a nebo naopak překrmován, míra množství jídla není optimální. Může ale také nastat situace, kdy jej rodiče krmí jídlem, které není určeno jeho věku. Jiný příklad nekvalitního sycení symbolizuje stav, kdy si matka hraje s dítětem nebo jej přebaluje, místo aby ho nakrmila, kdy dítě pláče z jiných důvodů, než jaké matka vyrozuměla (Schrenker, Bartelmann, 2003).

#### DEFICITY POTŘEBY MÍSTA

Neprocházíme-li zdárným vývojem a neneseme-li si do života zprávu, že jsme obklopení životodárným prostředím, doprovází nás absence pocitu být „doma“ ve svém těle a mysli, absence pocitu mít plné právo na existenci a snížená schopnost nacházet si uspokojivé místo mezi ostatními lidmi; v rovině vrstevníků, později ve školním či pracovním prostředí, ale i v partnerském vztahu (Čepelíková, 2010a).



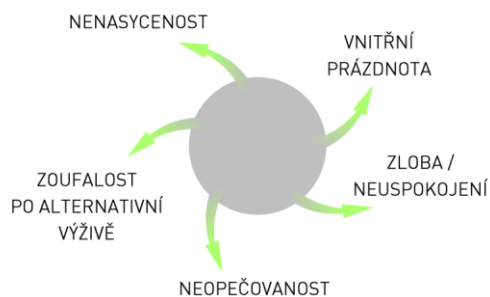
Obr. 7 Deficit potřeby místa.

Nedostatek uspokojení této základní potřeby mohl vzniknout např. v důsledku mnohočetnosti dětí v rodinném systému, dlouhodobé nepřítomnosti matky v důsledku nemoci či poporodní péče, odmítáním minorit majoritní společnosti, ale i působením přírodní katastrofy. Mezi možné příznaky narušené saturace potřeby místa patří: neukojitelná touha někam patřit, únik do jiných světů (k Bohu, k myšlenkám o posmrtném životě, do přírody apod.), skrytá i zjevná touha po smrti a také poruchy energie v podobě hyper či hypoaktivity (viz obr. č. 7) (Fischer-Bartelmann, 2005, Lucká, Kobrle, 2003b).

Narušený vztahový svět jedince spolu s výše uvedenými symptomy může výrazně zasáhnout do procesu socializace. Z vývojové psychologie je známá nenahraditelnost interakce s druhými jedinci, v rámci níž dochází k rozvoji řeči, myšlení, psychomotoriky, upevňování rolí či internalizace sociálních norem. Kontakt s lidmi je nezbytným předpokladem pro formování vlastního Já (Čepelíková, 2010a).

#### DEFICITY POTŘEBY VÝŽIVY

Do linie sycení péči patří veškerá citlivá, láskyplná, něžná starost, povídání, dotýkání se, hraní, vzdělávání se či zábava. V procesu příjmu potravy je zakotven vývojový úkol růstu a rozvoje organismu. Pocit plnosti napomáhá lidem tvořit sebeúctu, sebelásku a nesebekritičnost (Čepelíková, 2010a). Nedostatek potravin, informací, zájmu a mezilidského kontaktu vytváří pocit vnitřní prázdnoty, prožitky nudy, hněvu, nespokojenosti, bezmezných chtivostí a zoufalého hledání trvalého alternativního jídla.



Obr. 8 Deficit potřeby výživy.

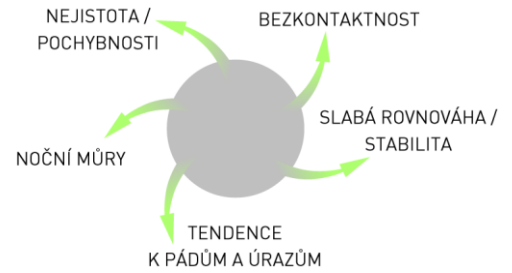
Když tito jedinci nezažívají svět jako pečující místo a nedostává se jim pocit vnitřního uspokojení, zaplňují svůj vnitřní prostor toxicky a chybějící zážitky nahrazují autostimulací, různými druhy závislostí, jako závislost na alkoholu, automatech, drogách, ale i na vztazích, na utrpení, na pomáhání ostatním, na vděčnosti či na uznání (viz obr. č. 8). Zároveň mají opakované obtíže říci si o péči, nebo o ni volají neobratným způsobem (Fischer-Bartelmann, 2005, Lucká, Koblíková, 2004c).

#### DEFICITY POTŘEBY PODPORY

Mít se o koho opřít, mít někoho, kdo se nás zastane či povzbudí, na tělesné rovině cítit „pevnou půdu pod nohama“, mít pocit vnitřní stability ukazuje na adekvátní podporu v průběhu života. Jinými slovy umožňují svému dítěti být aktivním jedincem, který umí užívat svoji sílu a citlivost pro dobré účely (Čepelíková, 2010a).

Když nás rodiče nenosili, nehoupali, neříkali: „Stojíme za tebou, držíme ti palce“, neukazovali, jak hledat konstruktivní řešení problémů, jak nacházet zdroje v náročných životních situacích a jak se vyrovnávat ze ztrátou, potýkáme s nejrůznějšími obtížemi v životě.

Díky nedostatečné podpoře a rozvoji našeho nadání a jedinečnosti vznikají pocity nejistoty a pochybnosti o nás samých, o našich dovednostech a schopnostech.



Obr. 9 Deficit potřeby podpory.

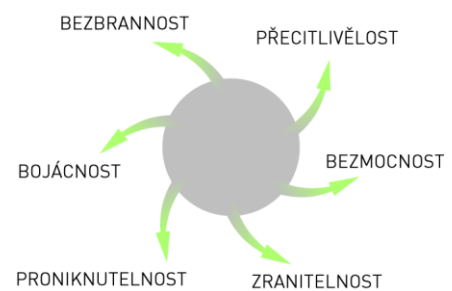
Stává se pro nás obtížné požádat o pomoc a této pomoci a změně důvěřovat. Často pak jedinci spoléhají sami na sebe, neboť jim nedává smysl obracet se na ostatní a hledat sociální útočiště. Zkušenost ukázala, jak schopnost „držet“ úzce souvisí se svalovým tonem. Neschopnost přijímat podporu se může promítnout až do vzniku krize a vyčerpání a energetického kolapsu. Tento stav může být doprovázen nočními můrami o padání do prázdna, tendencí k pádům a poranění končetin (viz obr. č. 9). Odtud se také rodí predispozice k pozdější snaze manipulovat a zneužívat nebo být zneužíván a manipulován (Fischer-Bartelmann, 2005, Lucká, Koblíček, 2003c).

Stejný vzorec chování vykazují i děti rodičů, kteří je v rámci své péče přehltili podporou a neposkytli jim dostatek autonomie.

#### DEFICITY POTŘEBY BEZPEČÍ

V průběhu vývoje potřebujeme kolem sebe lidi, kteří by nás chránili před škodlivými vlivy z vnějšku (chlad, zlý pes, nebezpečný člověk aj.) a bdělé rodiče, abychom z nedostatku zkušeností neublížili sobě či ostatním. O potřebě bezpečí mluvila již K. Horneyová, pro niž je tato potřeba a potřeba satisfakce základní pro období dětství.

Úkolem rodičů je ukazovat a umožňovat dítěti setkání se světem bezpečně: rozlišovat bezpečné od nebezpečného, později nebezpečné věci, prostor, či i vztahy prozkoumávat bezpečným způsobem, učit se adekvátně sdělovat a přijímat očekávání, učit se chránit a říkat NE sebe i své potomky. V předškolním věku tato potřeba úzce souvisí s učením se základním krokům sebeobsluhy a sebehigiény, stejně jako samostatnosti (Čepelíková, 2010a).



Obr. 10 Deficit potřeby bezpečí.

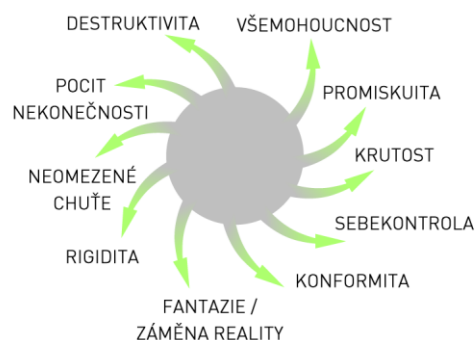
Postrádáme-li sycení potřeby bezpečí, cítíme se ve svém životě zranitelní, bezmocní, přecitlivělí a poddaní. Obtížně pak rozvíjíme schopnost vlastního sebeovládání, pocit rovnováhy a vlastní autonomie. Často se ocitáme v nebezpečných kontaktech a přicházíme k různým zraněním (viz obr. č. 10). Tato potřeba je dávana do kontextu s traumatizací a je zásadní v problematice týrání a zneužívání (Fischer-Bartelmann, 2005). To nemusí mít podobu pouze fyzického, nerespektujícího zacházení, ale autoři PBSP mluví též o „kognitivním zneužívání“. Jedná se o zmatené rozumění sobě a světu, když např. rodiče užívají větu: „Nedělej to, nebo umřu“. Y. Lucká a L. Koblre tento princip ukazují též na ideologiích, které implantují různá přesvědčení a tím znásilňují lidské myšlení (Lucká, Koblre, 2004a).

Základní potřeba bezpečí je tedy zásadním problémem pro traumatizované klienty, neboť v době působení traumatogenního podnětu nebyl nikdo, kdo by poskytl ochranu klientovi před zdrojem ohrožení. Když lidé zažijí traumatické zranění, netrpí pouze fyzicky a psychicky, ale je hluboce zasažen i smysl pro spravedlnost. Často pak lidé pokládají otázku „proč“ (Schrenker, 2010).

#### DEFICITY POTŘEBY LIMITU

Potřeba limitů je univerzálním principem ve světě i ve vývoji člověka. Limity dávají formu projevům dětských emocí a chování. Z hlediska času charakterizují začátek (narození), stejně jako konec (smrt) našeho bytí. Naše kůže je definována jako hranice našeho těla a vymezení naší existence. Napomáhá nám tak definovat, co je vně a co je uvnitř, úzce souvisí s naší samostatností.

Každé dítě se rodí na svět s geneticky danou silou ničit (agresivitou) a silou tvořit (sexualitou), pomocí nichž má schopnost reagovat na vnější svět, má na něj vliv a zároveň je jím samo ovlivňováno. Když si rodiče neporadí s těmito silami a stanou se pro ně ve výchově nezvladatelné, jedinec se začne cítit neomezený, nekonečný, nelimitovaný a stává se ve svém myšlení jediným, všemohoucím a tím, kdo nepotřebuje druhé lidi k životu a na nikom mu nezáleží (Lucká, Koblre, 2004b, Schrenker, 2008).



Obr.11 Deficit potřeby limitu.

Pro výchovu je tedy nezbytné, aby dítě pociťovalo ohraničenost bezpečného místa a pevné, citlivé objetí, jak popisuje již J. Prekopová (Prekopová, 2000). Úkolem rodičů je představovat svět,

kde věci mají svůj začátek a svůj konec, co je zakázané a co je povolené a že naše utrpení není bezedné, ani že nás emoce nepohlčí.

Nedostatkem vnějších limitů vzniká na jednom pólu neúměrná sebekontrola a snaha po konformitě, na druhém absence kontroly (viz obr. č. 11). Dítě jedná navenek buď destruktivně a promiskuitně, nebo jeho strach z nebezpečí, které je vyvoláno nekonečností těchto sil, způsobuje zadržování sil uvnitř jeho. Dítě je obrácí proti sobě a výsledkem může být až sebevražedné chování. Z obou způsobů směřování energie pramení pocity viny a zvýšená míra úzkostnosti (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Fischer-Bartelmann, 2005, Lucká, Koblí, 2004b).

Možnost jak přežít tyto pocity a trápení je pomocí obranných mechanismů. Malé děti se často chrání spánkem, somatizací či únikem do světa fantazie, starší děti a dospělí mají k dispozici regresi, disociaci, izolaci a další formy této ochrany.

Významnou situací ve výchově, která vzbuzuje v dětech chaos, neklid, agresivitu a vede k opakovanému vyhledávání jasnější hranice, je nejednoznačné poskytování hranic rodiči. „Nebreč, přestaň, mně z tebe praskne hlava...“ jsou pokyny, kterým děti rozumí nepřesně. Nejednoznačnost zde dělá sdělení ve formě trestu, represe, nebo komentáře, které dostatečně neodděluje chování od emocí (Lucká, Koblí, 2004b). Na rozdíl od trestání zahrnuje poskytování limitu způsob projevu a vztahu k dítěti, při kterém akceptujeme emoci dítěte, avšak pevně a laskavě zastavujeme neadekvátní formu ohrožujícího chování.

A. Pessa a D. Boyden kladou velkou váhu zážitku uspokojení této potřeby, neboť hraje jednu z hlavních rolí při setkání s náročnou životní situací.

Problematika deprivace je po dlouhou dobu rozpracovávána na poli psychologie české i světové. Za všechny autory uvádíme jako příklad Z. Matějčka, pod jehož laskavými rukama prošlo tisíce dětí, nejčastěji z dětských domovů, ale i z dysfunkčních rodin i dětí zcela zdravých. K fenoménu psychické deprivace říká následující: „...už od nejtělejšího dětství až do dospělosti by se mělo člověku dostat přiměřených podnětů citových i smyslových, neměl by být jimi ani přesycován, ani podvyživen, ani zásobován příliš jednostranně“ (Matějček, 2005, str. 178). Důležité si je uvědomit, že nebezpečí deficitních potřeb se netýká pouze jedince samotného, ale může být zásadní pro duševní vývoj příštích generací (Matějček, 2005).

Deficity potřeb tvoří v Pessa Boyden psychomotorické terapii důležitou teoretickou základnu nejen pro pochopení vývoje jedince, ale především pro terapeutickou práci. V rámci PBSP se tyto nedostatečné zkušenosti s pozitivní interakcí naplňují v symbolické scéně antidota za pomoci ideálních postav, nejčastěji ideálních rodičů. Budeme-li vědět, co se nedostávalo klientovi v jeho historii, pak máme informace nezbytné pro navržení ideálních postav (Fischer-Bartelmann, 2005).

Kategorie ideálních rodičů vychází z úvah A. Pessa o genetické struktuře jedince, kde jsou dány kvality ideálních příbuzenských vztahů. Jednotlivé ideální postavy, ideální matka, ideální otec, ideální sourozenci apod., mají určité vlastnosti, které se jeví být univerzálními,

očekávanými a často archetypálními. Jejich funkcí ve struktuře je ztvárnění ideálních interakcí v určité fázi vývoje klienta, které vedou k naplnění základních potřeb dítěte, k rozvoji jedinečnosti klienta a pomáhají mu sjednotit polaritu života (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Kneip, 2005).

### **MEZERY V ROLÍCH**

Nedílnou součástí teorie Pessa Boyden psychomotorické terapie tvoří popis duševního potenciálu rozvoje osobnosti, se kterým se každé dítě rodí v podobě genetické paměti. Co je nové, je předpoklad, že tato genetická paměť neobsahuje pouze znalost vývojových potřeb a podmínky k jejich naplnění, ale předpokládá, že existuje vrozená „gramatika rodinných vztahů“, stejně jako je vrozená gramatická struktura, predispozice pro osvojování jazyka. Podle A. Pessa máme zabudované vnitřní modely, s jejichž pomocí umíme intuitivně rozpoznat a reagovat na určité příbuzenské vztahy (Pessa, 2003). Neseme v sobě vrozený potenciál funkcí všech příbuzenských kategorií, vnitřní znalost toho, jak má vypadat role matky, otce, sestřenice apod., ale i jakým způsobem lze tyto role naplnit (Fischer-Bartelmann, Roth-Bilz, 2004).

Podobně jako u základních vývojových potřeb je také u jednotlivých příbuzenských rolí k dispozici vrozený časový rozměr. Evolučně vzato, dítě je na počátku svého vývoje v roli syna či dcery, vnuka či vnučky, sestry či bratra, sestřenice či bratrance. Až v dospělém věku má roli manžela či manželky, otce či matky, později roli prarodiče atd. (Fischer-Bartelmann, Roth-Bilz, 2004).

Prázdná místa v naší rodinné, etnické nebo duchovně-náboženské síti jsou v PBSP nazývána specifickým termínem „mezery v rolích“. Nebezpečím se stává, když malé dítě slyší příběhy, kde byli vlastní rodiče zraněni či odmítáni, např. pobyt prarodičů v koncentračním táboře, příběh o smrti manžela matky apod. Objevuje se u něj nevědomé přání, aby se jeho rodičům dostalo lepší péče. Pokud se tak děje dlouhodobě, snižuje se schopnost dítěte přijímat to, co potřebuje, neboť poskytuje příliš mnoho svého porozumění, lásky, zájmu atd. Jinými slovy pečuje o ostatní na úkor svého vlastního vývoje. Předčasně rozvine empatii a soucit s ostatními a zalíbí se mu postavení toho, kdo pomáhá. Vstoupí do příběhu a zaplní ten prázdný prostor sám sebou, stane se ze soucitu partnerem své matce a tato „partnerská část“ žijící uvnitř dítěte mu ubírá energii. Hnací silou procesu plnění mezer v rolích je mimo soucitu také skrytá víra, že zaplněním mezer v rolích se budou moci rodiče konečně postarat o dítě samotné (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Pessa, 2003, Pessa, 2009a).

Tento fenomén starání se o druhé popisuje také např. K. Kopřiva (Kopřiva, 1994). Nevnímá jej však jako odraz soucitu či přání sycení potřeb, ale jako učící proces vycházející z dynamiky rodinných vztahů, kdy se dítě stává rodičem svých rodičů.

V dlouhodobém horizontu dítě investuje energii do druhých místo uspokojení svých vlastních potřeb. Je ohroženo rychlým vyčerpáním energetických zásob a snižuje se jeho receptivita, schopnost přijímat péči a starat se o naplnění svých potřeb (Fischer-Bartelmann, Roth-Bilz, 2004).

Jiným důsledkem plnění mezer v rolích je podle A. Pessa vznik tzv. archaického, nadlidského, mesiášského charakteru (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009). Pokud je pečující systém dítěte probuzen k aktivitě příliš brzy, dříve než je jedinec dospělý, dostatečně zralý, schopný správným způsobem reagovat a pomáhat podle svých možností, dojde k přílišnému a neomezenému rozvoji „malého zachránce“. Dítě „zachraňuje“ svoji matku a internalizuje tuto zkušenost jako vlastní všemohoucnost. „Jsem jediný, kdo může spasit svět“ (Fischer-Bartelmann, Roth-Bilz, 2004).

Syndrom zachránce je v literatuře běžný a často zmiňovaný v kontextu s pomáhajícími profesemi. Pozitivní emoce vyplývající ze satisfakce být potřebný a pečující je pro lidi se záchranářským syndromem motivující, a v tom je ukryto nebezpečí zacyklení. Pokud se jedinec bude cítit hodnotný v roli dávajícího, nebude schopen cokoli přijmout, protože by to pro něho znamenalo vědomé snížení jeho sebehodnoty a ztrátu kontroly nad situací (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Lucká, Koblíková, 2004c). Je nezbytné si uvědomit, že se v tomto smyslu jedná o závislostní chování, o určitou formu úniku, která může odvrátit úzkost a strach ze setkání se sebou samým.

Základní myšlenkou v terapeutické práci se stává zaplnění „děr“ v systému odpovídajícími ideálními postavami, takovými postavami, jež v realitě chyběly a klient přebíral jejich role. Pokud klient pochází z rozvedeného manželství, maminka je samoživitelka svých dětí a on s ní zažívá velký soucit, pak do terapeutického prostoru vstoupí ideální partner reálné matky ve věku, kdy ještě nebyla vdaná. Tím se vrátí role zpět na místo v rodině tam, kam přísluší. Když matka dostane ideálního partnera, klient již nemusí o ni pečovat a v této fázi se může struktura řídit jeho impulzy, které by pro něj byly důvěryhodné a schopné odstranění nedostatku. Vytváří se léčivé obrazy v podobě opaku jeho historie, které může klient vidět a integrovat (Fischer-Bartelmann, 2005).

## TRAUMATA

A. Pessa a D. Boyden velmi výrazně odlišují tři základní vrstvy, na které nahlíží a s nimiž zachází v terapeutickém procesu specifickým způsobem. Do této doby jsme si představili dvě z nich. První souvisela s deprivací, se situací, kdy „příliš málo vstupovalo dovnitř“. Nejnovější úroveň terapeutické práce souvisí s rodičovskými deficity a jak na tyto zjištěné deficity dítě reaguje. Zabývá se okolnostmi, kdy dítě muselo „příliš brzy dávat ven“ a bylo nutné pracovat na účincích děr v rolích. Pokud ve vývoji jedince „příliš mnoho vstupuje dovnitř“, v terapii se zpracovávají důsledky traumatických událostí (viz obr. č. 12) (Fischer-Bartelmann, Pessa, 1990b, Roth-Bilz, 2004).



Obr. 12 Průběh neadekvátní interakce traumatické.

„V praktickém PBSP rámci trauma znamená, že přirozený stav člověka, přirozený a vyvíjející se stav duše, byl napaden a zraněn“ (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, str. 100). Traumatický zážitek proráží obal hranice ega, narušuje se vědomá orientace a myšlení ztrácí fungující koncept sebe sama i okolního světa (Schrenker, 2008). Při traumatizaci se vzbuzují primitivní, vývojově staré, obranné reakce úniku, útoku či zamrznutí. Na jedince působí destruktivní, nekontrolovatelné síly z venku a člověk je ochromen zážitkem, který je silným, tělově-emocionálním i kognitivním vzrušením (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009).

Ztráta regulace vzniká v závislosti na působení nadlimitního podnětu a neschopností řídit probíhající stresovou reakci. Díky narušenému obalu ega se stanou nelimitované obě základní síly, ničit i tvořit. Ty mají své evoluční opodstatnění v účelu zachování života. „Výbuch agresivity může zničit predátora nebo nepřítele. Výbuch kreativity umožní vyřešit situaci neobvyklým způsobem. Výbuch sexuální síly umožňuje rychle předat život dál před smrtí jedince“ (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, str. 101).

Je viditelné, že tato událost úzce souvisí s tématem struktury základních potřeb, s ochranou a omezením, s problematikou polarit, silou a zranitelností. Pokud docházelo k traumatu v dětství a bylo neléčené, může vzniknout komplexní vývojové trauma, pro něhož je typická ztráta základních schopností seberegulace, narušení identity a meziosobních vztahů, dysregulace afektu, ztráta schopnosti rozlišovat mezi fantazií a realitou, snem a bděním. Emoce nelimitovaným způsobem zahlcují psychiku jedince a zasahují do chování jedince (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Fischer-Bartelmann, Roth-Bilz, 2004).

Traumatický zážitek nese také svůj tělový odraz v podobě spasticity a slabosti těla. Podle V. Chvály existuje tělesně zakotvené utrpení a je běžné se s ním setkat v ordinacích (Chvála, Trapková, 2004).

Terapeutická práce s následky traumatizující zkušenosti probíhá především se znalostí důležitosti saturace potřeby bezpečí a limitů (v podobě ochrany jedince a omezení vlivu traumatizujícího zážitku) a integrací polarit síly a zranitelnosti. Zvláštní důraz je kladen na integritu pilota, neboť přítomnost této vědomé řídicí složky je po celou dobu terapie nezbytným fenoménem (Fischer-Bartelmann, Pessa, 1990b, Roth-Bilz, 2004).

Jakým detailnějším způsobem nahlíží na genezi traumatu a jeho terapii autoři Pessa Boyden psychomotorické terapie uvedeme v kapitole o traumatu, kde bude toto téma rozpracováno v širším a zároveň podrobnějším kontextu.

### **1. 3 Proces PBSP a jeho psychologická charakteristika**

Evropská asociace pro body-psychotherapii (EABD) shrnuje následující znaky práce psychotherapeuta, jež korespondují s psychotherapeutickým procesem PBSP. V rámci na tělo orientovaných přístupů pracuje terapeut s každou osobou jako se ztělesněním emocionálního,



mentálního, sociálního a spirituálního života. Terapeut podporuje jednak samoregulační procesy a také co nejpřesnější vědomé vnímání reality. Odcizeným aspektům dané osoby dává možnost stát se vědomými, uznanými a integrovanými částmi naší osobnosti (European association for Body-psychotherapy, 2010, European association for Body-psychotherapy, 2011a, Young, 2010).

Psychoterapeutický proces je zároveň místem setkání přirozeného jazyka klienta a odborného jazyka, o který terapeut opírá svoji činnost. Klient i terapeut přichází do kontaktu v tomto vymezeném prostoru, aby společně objevovali možnosti terapeutických intervencí, jejichž cílem je dovést klienta k většímu uspokojení a naplnění v jeho životě. PBSP terapeut je v roli laskavého učitele a průvodce zároveň, jehož snahou je v klientovi oslovovat sebeúdržavné síly a minimalizovat závislostní vzorce.

Terapeut postupuje ve své činnosti se zřetelem na přítomné okamžiky a tím se u něho rozvíjí tzv. specifická klinická vnímavost. Podle D. N. Sterna se jedná o citlivé všímání si nenápadných jevů a událostí, zejména v oblasti nonverbální (Stern, 2008). Tento bohatý systém senzomotorických projevů, afektů, očekávání, změny v motivaci a stylů myšlení probíhá během několika sekund okamžiku „teď a tady“ a terapeut je zachycuje pomocí nástroje zvaného microtracking, jak uvidíme dále (Fischer-Bartelmann, 2010b). Pokud je terapeut citlivý k verbálním obsahům i k implicitní, neverbální zkušenosti, má široké spektrum možných intervencí v explicitním, verbálním stejně jako v implicitním modu. Výběr terapeutických prvků v procesu záleží na terapeutově klinické zkušenosti, intuici a stupni vyladění.

Odlišnosti mezi jednotlivými terapeutickými směry můžeme shledat jak v rozdílných intervencích tak v různé míře a formě strukturovanosti, která má zákonitý dopad na terapeutický proces. Mezi hlavní charakteristiky PBSP terapie patří vysoká míra ritualizace, logické členění terapeutického procesu a velký důraz na co největší bezpečí klienta. A. Pesso a D. Boyden ne náhodou nazvali terapeutický způsob práce „strukturou“, jenž trvá 50 minut (Moos, 2009, Pesso, 1994).

Jednou z výhod psychomotorické terapie, větší než u jiných interaktivních terapií, je, že nabízí klientům kompletní kontrolu nad svou vlastní terapeutickou zkušeností. Jiné interaktivní terapie obecně spoléhají na skupinový proces, v němž jsou účastni všichni členové skupiny, naproti tomu v PBSP má pouze jedna osoba strukturu.

Pozoruhodné na PBSP metodě je skutečnost, že umožňuje provádět hojivé kroky v symbolickém prostředí za plné, vědomé účasti klienta, nikoli ve stavu regrese či hypnózy. Takové kroky, které nebyly dosažitelné v reálném životě. Psychomotorická terapie směřuje do minulosti klienta a léčí jeho rané afektivní zkušenosti tam, kde vznikly, v minulosti, pomocí symbolické virtuální scény (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009. Nerad, 2005). V ní klienti dostávají příležitost k uspokojení tělem vyjadřovaných, svázaných potřeb a emocí v interakci s ideálními postavami (Pesso, 2004).

B. Rancourt v této souvislosti vyzdvihuje jedinečnost emocí, které dle něho „...umožňují pohlížet na naše potřeby, protože nás informují o tom, do jaké míry cítíme zklamání nebo uspokojení (Rancourt, 2008, str. 132). Emoce jsou klíčem do „dveří minulosti“, když oživují stará zranění

z dětství, která by nyní mohla být vyléčena. Z tohoto důvodu jim je třeba pozorně naslouchat, jinak by je tělo vyslovovalo svými bolestmi (Rancourt, 2008).

Ve společnosti je na různé tělové symptomy, které mají podobu rozmanitých psychosomatických symptomů, pohlíženo jako na nepříjemnosti, kterých je nutné se zbavit dostupnými prostředky: léky, masážemi či lékařským zákrokem. PBSP je naopak vítá jako zdroj energie, který je možné využít k uzdravě.

PBSP metoda poskytuje klientovi vidění světa a vztahů v něm, které vznikaly v citlivých okamžicích jeho vývoje. Vytváří novou symbolickou vzpomínku vedle té skutečné z klientovy historie a ta zůstává i nadále v paměti jako obraz toho, co se stalo, namísto změny této paměťové stopy (Fischer-Bartelmann, 2006). Klientův pohled na svět skrze objektiv těchto nových symbolických vzpomínek mu umožní vidět a zažít současnost ve větší míře a s větší radostí (Kneip, 2005, Pessa, 2004). Tato zkušenost přispívá k vývoji jeho psychiky na vyspělejší a individualizovaný stav.

### 1. 3. 1 Představení procesu PBSP a jeho léčebných prvků

Předpokladem pro porozumění jakéhokoli psychoterapeutického směru katalyzujícího změny v prožívání a chování jedince, je představení základního teoretického rámce a principů terapeutické strategie. Pomocí obrázků a následného podrobného popisu se pokusíme přiblížit proces Pessa Boyden psychomotorické terapie, aby představa o PBSP metodě mohla být komplexnější. Text doplňujeme reálnými ukázkami z terapeutické praxe, jež jsou pro jasnější odlišení psány kurzívou.

Léčebný terapeutický proces v podobě padesátiminutového, strukturovaného, individuálního sezení ve skupině se v Pessa Boyden psychomotorické terapii nazývá **struktura**. A. Pessa ji často popisuje jako rituál ve smyslu jasně ohraničené, speciální, symbolické zkušenosti člověka, který „...může bezpečně zkoumat svoji současnost, její kořeny, svoje prožívání a jeho obsahy, a také zažít léčivou zkušenost“ (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, str. 140).

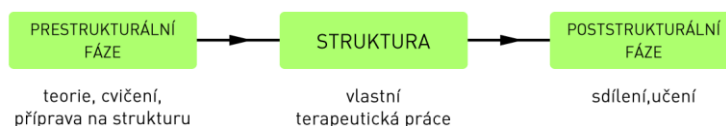
Jakožto lidem je nám vlastní kapacita pro hru se symboly, pro přeměnu kronu („hodinového času“) v kairos („očekávaný čas“), můžeme si užívat dětské zkušenosti a současně si být absolutně vědomi dospělého stavu bytí, jak se tomu děje ve struktuře (Perquin, 1994). Klient při struktuře dostává možnost cítit se svobodný a být plně účasten a spolupracovat na vytvoření nového záznamu ve své paměti (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009).

Struktura zapojuje různé časové roviny (minulost, přítomnost, kronos, kairos), různá místa, postavy z reálného života a ideální postavy. Po celou dobu je klient v aktivním, vědomém spojení s terapeutem, který mu je pozorným a poučeným průvodcem, scénografem a učitelem pro každý okamžik probíhající struktury (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Nerad, 2005). PBSP terapeut je odpovědný za výstavbu rituálního prostoru (pozn. o rituálu se nemluví v náboženském smyslu), za průběh a organizaci terapeutického sezení, nikoli za obsah a téma práce.

Pod vymezením psychoterapeutického působení PBSP metody může být zahrnuta jak krátká terapeutická intervence, jedno setkání, tak souhrn terapeutických zkušeností v průběhu všech sezení. Toto časové hledisko zohledňujeme při popisu PBSP procesu a následující obrázky jsou jeho ilustrací.

#### POHLED NA PBSP Z DLOUHODOBÉ PERSPEKTIVY

Terapeutická činnost PBSP charakterizovaná z dlouhodobější hlediska má fázi přípravnou (prestrukturální); strukturu jako vlastní terapeutickou práci; fázi dokončovací (poststrukturální) (viz obr. č. 13).



Obr. 13 Pohled na proces PBSP z dlouhodobé perspektivy.

Jako růstový model psychoterapie přispívá PBSP k poznání, co potřebuje každý z nás pro optimální vývoj. Jednou z podmínek pro vlastní terapeutickou práci ve struktuře je schopnost tělově emoční introspekce. V prestrukturální fázi probíhají různé druhy cvičení, které se zaměřují na zvyšování citlivosti vnímání senzomotorických či emocionálních informací z těla a napomáhají klientům s přípravou na tuto specifickou formu terapeutické činnosti (Schrenker, 2008). Dalším záměrem cvičení i struktury je nabídnout klientovi takový prostor, kde může svobodně rozvíjet své vnitřní zkušenosti tak daleko, jak je to pro něho možné. Objevující se fyzické obtíže a různé symptomy jsou vítány jako zdroj cenných informací, se kterými je poté zacházeno v rámci terapeutického procesu. Cvičení poskytují jedincům příležitost poznat širokou škálu pocitů od hlubokého smutku až k nespoutané nenávisti v bezpečně ohraničeném, symbolickém kontextu cvičení, podporují udržování koheze skupiny a rozvíjí poznatek o individuálních rozdílech i univerzalitě lidských potřeb.

Ve cvičeních se nejčastěji objevuje expresivní práce, při níž klient provádí konkrétní akce a interakce se symbolickým cílem, ale i techniky, které jsou nazývané E. V. L. Smithem jako „měkké“. Klient je stavěn do různých pozic s určitým významem a tyto významy hledá v kontaktu se zaměřením na tělové prožívání. Jiným druhem základní intervence je dle daného autora tzv. „tvrdé techniky“, které se vyskytují v PBSP práci především v podobě limitujících cvičení (Smith, 2007).

Pomocí cvičení se členové skupiny učí být také herci v roli pro ostatní. Pojem hraní role (role playing) je známý především prostřednictvím psychodramatu J. L. Morena, který začlenil umění a dramatické prvky do psychoterapeutické situace (Moreno, 2005). Společným momentem je vstupování ostatních účastníků do rolí, A. Pesso však nepřejímá práci se zadanými tématy, ale vychází pouze z klientova prožívání a jeho představy, jak má probíhající interakce s hráči v rolích vypadat.

Další nepostradatelnou součástí této přípravné etapy je obohacování a propojování zážitků z cvičení teoretickým rámcem. Účastníci skupiny se učí praktickým dovednostem prostřednictvím

cvičení a v rámci edukace jsou seznamováni se znalostním minimem teorie PBSP. Pozornost se zaměřuje na vědomosti o základních vývojových potřebách a formách jejich nedostatečné saturace, na informace týkající se specifických terapeutických prvků jako jsou hlasy, svědek, placeholder, ideální postavy, ale i na pravidla vymezující fungování skupiny. Edukace neprobíhá pouze před samotnou strukturou, ale tento fenomén lze nalézt ve všech fázích terapeutické práce.

Po vlastní terapeutické práci přichází poslední, poststrukturální fázi, které není v literatuře věnováno mnoho místa. Pro jedince nese tento čas mezi skupinami možnost hovořit o svých pocitech, o vlastním prožívání a myšlenkách týkající se proběhlých struktur stejně jako každodenního života. Tyto informace mohou terapeutovi sloužit pro inspiraci, jaká nabízet cvičení v následujících hodinách a kam zacílit edukaci nezbytnou pro porozumění novým věcem a souvislostem. Dalo by se říci, že se daná fáze postupem času překrývá ve svých charakteristikách s prestrukturální etapou. Z tohoto pohledu by bylo možné dlouhodobý proces vnímat jako cyklicky se střídající etapy. V tomto pohledu by více odpovídajícím grafickým znázorněním bylo kruhové vyjádření daných etap.

Tyto tři etapy mohou být přítomné jak v jednom setkání (krátkodobá perspektiva PBSP) nebo následovat v posloupnosti (dlouhodobé vymezení PBSP). Zacházet s časovou strukturou a vymezovat frekvenci setkání je v kompetenci každého terapeuta a odráží se v něm mnoho různých faktorů (zaměření skupiny, finanční, časové a jiné faktory).

#### POHLED NA PBSP Z KRÁTKODOBÉ PERSPEKTIVY

Pro komplexnost pohledu zde uvádíme krátkodobé členění terapeutické práce, které se vyskytuje v jednom terapeutickém sezení.



Obr. 14 Pohled na proces PBSP z krátkodobého hlediska.

Terapeutické sezení začíná „check-in kolečkem“, při němž skupina sedí v kruhu a její členové vzájemně sdílí své zkušenosti a zážitky z období mezi setkáními. Od samého počátku sezení se dodržuje princip dobrovolnosti, který se podílí na vytváření bezpečného, otevřeného prostoru. Je žádoucí, aby klient mohl hovořit pouze o tom, co má chuť a odvahu verbalizovat a aby nebyl nikým do této aktivity tlačěn. V check-inu se učí osoby obracet pozornost více ke svým pocitům a potřebám, než k dokonalému převyprávování příběhů. Tato etapa nepřesahuje časově deset minut a terapeut se v ní dozvídá, kdo je připraven, touží mít a nebo by potřeboval terapeutické sezení ve skupině.

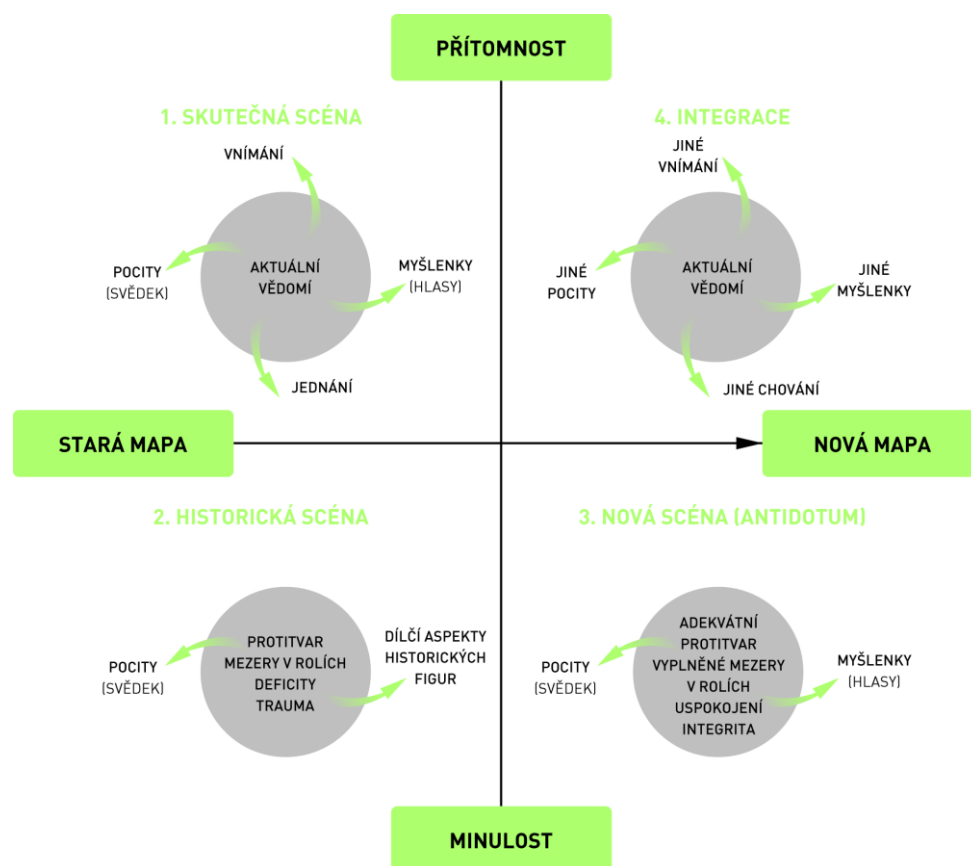
Struktura začíná okamžikem, kdy se klient rozhodne, že chce pracovat na osobní záležitosti a kdy si v prostoru skupiny vybere místo, které si přeje obsadit (Schrenker, 2008). Klient tímto získává ústřední postavení ve skupině a ostatní jedinci se zaměřují především na něj a jsou odpovědní za poskytování bezpečného místa v jeho pozadí. Společná povinnost klienta a terapeuta

v psychoterapeutické práci je dojít k pozitivnímu závěru, což je jasnou součástí úvodní terapeutické zakázky. Pokud struktura probíhá v bolesti, zoufalství či pocitu opuštění, je nutné opustit historickou scénu a připomenout, že existuje pozitivní řešení, hojení. V tomto ohledu je dle L. Schrenkera „...naprosto legitimní a etické integrovat s klienty od počátku tuto smlouvu, která vyžaduje klientovu vnitřní připravenost, aby pomocí pilota hledal společně s terapeutem pozitivní řešení a aby jej realizoval (Schrenker, 2008, str. 196).

Po ukončení samotné struktury přichází proces zvaný shering, který je stále ještě více součástí ukončené terapeutické práce, než součástí následující check-outové etapy. Během sheringu lidé zůstávají stále na místě a netvoří počáteční kolečko. Tento proces umožňuje lidem ze skupiny dívat se na své vnitřní procesy, které je provázeli v rámci struktury, a vyjadřovat nápady, myšlenky, vzpomínky, pocity či reakce na proces. Tyto sdělované zprávy nemají interakční podobu, která by podporovala skupinovou dynamiku, ale říkají se se zaměřeným pohledem doprostřed kolečka a mluví se pouze o vlastních emocích bez hodnocení kohokoli jiného. Funkcí sheringu není formulovat zpětné vazby, analyzovat klienta nebo se s ním konfrontovat, ale jeho terapeutickou hodnotou je abreakce pocitů účastníků skupiny a ukotvení se v jejich vědomých funkcích.

V poslední fázi, check-outu, se klient navrácí do reality a terapeut klade otázky: „*Podívejte se, s čím zde sedíte na konci a s čím odcházíte domů. Máte chuť se o něco podělit? Je třeba říci, co se s vámi děje v tuto chvíli, případně zda byste něco potřebovali?* Úkolem terapeuta v této etapě je dozvědět se o celkovém stavu klientů, s jakým se navrácí do běžného dne a podpořit jejich kompetenci a zdroje pro adekvátní bytí. Jinými slovy úkolem této etapy je propojovat jedince s vlastní žitou realitou mimo prostor terapeutické skupiny.

Při vědomí a znalosti výše popsaných fází se můžeme přiblížit k charakteristice uzavřeného, ohraničeného, terapeutického procesu v Pessu Boyden psychomotorické terapii. Pro jednodušší orientaci uvádíme obrázek č. 15 mapující proces PBSP v rámci psychoterapeutického sezení, na němž jsou schematicky vyjádřeny kruhovou posloupností jednotlivé fáze vyskytující se v rámci struktury.



Obr. 15 Schéma procesu PBSP (modifikováno dle Fischer-Bartelmann, 2010a).

V souhrnném vymezení probíhá PBSP terapie následujícím způsobem. Při setkání klienta s terapeutem je úvodní činností vymezení pravidel, dohodnutí kontraktu, připravení se na společnou práci pomocí přítomné sféry možností. V momentě, kdy klient začíná vyprávět příběh a objevují se první postřehnutelné emoční výrazy na jeho obličejí nebo myšlenky odrážející jeho zvnitřněné hodnoty a přesvědčení, terapeut přichází s technikou zvané mikrotrekování v podobě užití hypotetické postavy svědka a hlasů. V daném okamžiku se začínáme pohybovat v historické scéně klienta pomocí asociativní paměti a dochází tak ke zvyšování povědomí o starých vnitřních vzorcích na podkladě minulých zkušeností.

Pokud má terapeut dostatečné povědomí o postavách z jeho vývoje, rolích, které hrály v klientově příběhu a obtížích, které v tomto období byly přítomné, následuje otázka, co by jedinec býval potřeboval tenkrát zažít. Emoce, které nemohly být projeveny výslovně nebo zkušeností v té době, mohou klienti vyjádřit a zpracovat na symbolické rovině v kontaktu s ideálními postavami (Schrenker, 2008). Tím otevíráme možnost formování nového léčebného zážitku pomocí ideálních postav a pomocí vnitřního obrazu adekvátních interakcí klienta s idealizovanými postavami. Nové mentální reprezentace nám mohou později sloužit jako alternativní paměťový systém k naší nenaplněné historii.

Posledním krokem léčebného procesu je hluboké kotvení těchto zkušeností na mentální, fyzické a emoční úrovni. Po této fázi internalizace nového zážitku následuje možnost měnit vnímání světa v pozitivním směru (Pearson, 200?, Schrenker, 2008).

Pro toho, kdo nemá s Pesso Boyden psychomotorickou terapií žádnou osobní zkušenost, může být obtížné si vytvořit představu skrz výše uvedený souhrnný popis PBSP procesu. Pojďme krok za krokem mapovat průběh a psychologický význam a terapeutickou hodnotu jednotlivých fází procesu, který představuje způsob eliminování prožívání staré negativní zkušenosti pomocí nově vytvořených.

Celý proces se odvíjí ve čtyřech základních krocích: 1) „*tady a ted*“ (tvorba pravdivé scény, kde může jedinec přesněji pochopit vlastní zkušenosti a své reakce); 2) „*minulost*“ (v historické scéně tvořené autobiografickou pamětí určit paralely současného konfliktu na základě předchozích zážitků); 3) „*nová symbolická scéna-antidotum*“ (léčení alternativní scénou v protikladu ke starým vzpomínkám, protilek v podobě interakcí se symbolickými primárními pečovateli); 4) „*nová percepce a integrace*“ (nová mapa v souvislosti s integrací nových zážitků může mít pozitivní vliv na vlastní úctu a autonomii) (Schrenker, Fischer-Bartelmann, 2004).

## 1) SFÉRA MOŽNOSTÍ, SETTING

Pojem setting je v českém jazyce vnímán jako usazení se či úprava místa. V relaci PBSP se jedná o léčebné uspořádání fyzického i psychologického terapeutického prostoru, který A. Pesso nazývá **sférou možností**. Tento prostor poskytuje klientům bezpečí, kde nebudou nikým hodnoceni, ponižováni ani jiným způsobem ohrožováni. Žádná emoce či myšlenka nesmí být trivializována a shazována. Jak uvádí A. C. Pearson sféra možností značí prostředí symbolické dělohy, jejímž ochráncem je terapeut. Ten naslouchá všem myšlenkám, hodnotám a životním strategiím klienta (Pearson, 200?). L. Schrenker vztahuje sféru možností k procesu PBSP a říká: „V Pesso Boyden psychomotorické terapii se používá terapeutický prostor jako jeviště, aby vnitřní obrazy klienta byly viditelné z vnějšku a mohly být tak výraznější a aby přesné a úspěšné mikrosledování mohlo posílit povědomí klientů o jejich duševních procesech v rámci samotného procesu (Schrenker, 2010, str. 8-9).

Terapeutovým úkolem je vytvořit v rámci psychoterapie takovou atmosféru, která klientovi umožní překonat následky dřívějšího nepříznivého učení, pozvednout jeho sebedůvěru a podpořit vlastní seberozvoj, jak je tomu např. v terapii C. R. Rogerse (Rogers, 2000). Symbolicky lze za záměr sféry možností považovat zformování prostředí, které by Winnicottova „dost dobrá matka“ poskytla dítěti, aby v něm mohlo čerpat adekvátní podporu, ochranu, péči a limity raného vývoje (Winnicott, 1998).

Podle A. Pessa je sféra možností terapeutickým nástrojem, který existuje v mysli a osobnosti terapeuta a ukazuje se v prvním kontaktu terapeuta s klientem. Je popsán bdělou úrovní terapeutova vědomí, soustředěním se na klienta (nikoli na své aspekty osobnosti) a adekvátní mírou reaktivity.

Úkolem terapeuta je pomoci klientovi v jeho úsilí stát se více sám sebou a naučit se řešit problémy svého života, které činí život příliš bolestivým a neuspokojivým (Boyden, Pessa, Vrtbovská, Pessa, 1991, Pessa, 2002). Neznamená to, že vlastní problémy a potřeby terapeut potlačuje, ale musí najít způsob, jak je dát pro tento okamžik stranou a přitom zůstat integrovaný a vědomý si všech těchto svých částí. Tento otevřený prostor je též zaplněn znalostmi, dovednostmi, etikou a pochopením.

Od počátku terapeutického setkání je zde neodmyslitelně přítomno přesvědčení o možnosti regenerovat a léčit svá stará zranění a právo jedince na spokojenější a smysluplnější život. Velkým nebezpečím je, aby sféra možností nebyla používána jako prostor, kde má terapeut moc léčit, ale jako prostor, kde terapeut umí vytvořit takové prostředí, ve kterém se jedinec může cítit přijímán, respektován a podporován pro kontakt se všemi jeho potlačenými částmi osobnosti (Pessa, 1991).

Ve sféře možností jsou přítomny otázky přenosu, které terapeut nechce posilovat, ale naopak se je snaží rozptýlit pomocí různých nástrojů (svědek, hlasy, hráči v rolích, edukace). Terapeut nepovzbuzuje regresi klienta, ale naopak podporuje jeho ego a vědomí pomocí slov. *„Vím, že nyní cítíš spoustu emocí, které vycházejí z tvého dětství, ty jsi nyní ve struktuře a lidé kolem jsou hráči v rolích. Nejsi dítě, pouze cítíš jako dítě. Je důležité mít tento rozdíl neustále na paměti.“* Z tohoto důvodu je nezbytné v průběhu terapie udržovat ego jasné a bdělé.

Psychoanalytici vítají momenty přenosu a jsou si vědomi, že klientova vnitřní realita přejde do přítomnosti. Jsou připraveni mu poskytovat prostřednictvím terapeutického vztahu to, co chybělo v klientově vývoji (Mitchell, Blacková, 1999) Rozdílem v PBSP je, aby klient dostal okamžité informace o tom, co se nyní odehrává v jeho vědomí, neboť pouze tak může dojít v rámci psychomotorické terapie k nápravné zkušenosti, kde je velice důležité rozpoznání absentujících prvků a vztahů z minulosti.

Mezi klíčové vlastnosti sféry možností patří, jak vytvořit prostředí, které nabízí uvěřitelný zážitek, jak pomoci klientům stát se vědomými, aby byli schopni tvořit emočně korektivní zkušenosti, jak adekvátně definovat funkce a role psychoterapeuta a členů skupiny v průběhu léčivé zkušenosti. Proto je sféra možností psychologickým rámcem, který je natolik flexibilní, aby předával duši zprávu: *„Vše co je ve vás, je možné objevit, to co je potlačené, může být znovu oživeno“* (Pessa, 2002, Schrenker, 2005).



## 2) KONTRAKT

Otázky motivace a kontraktu, neboli terapeutické dohody či smlouvy, jsou základní v jakékoli formě psychoterapie. A. Pesso proces kontraktování pojímá jako prestrukturální úroveň průběhu vlastní terapeutické činnosti a je důležitou součástí vytváření sféry možností, aby lidé mohli nacházet bezpečí, jistotu a respekt (Pesso, Perquin, 1996).

Výchozím bodem pro všechny terapeutické intervence je terapeutická pracovní aliance, tj. porozumění mezi terapeutem a klientem o vzájemné spolupráci a užívaných prostředcích. To je především otázkou motivace a smlouvy, která zahrnuje mimo jiné i podmínky pro vstup do terapie, pravidla skupiny pro bezpečný průběh terapie (mlčenlivost, hraní rolí apod.), podrobné vysvětlení fungování terapeutického systému a očekávaného chování od klienta.

V Pesso Boyden psychomotorické terapii označuje terapeutický kontrakt dohodu mezi terapeutem, klientem a skupinou, která vymezuje základní momenty spolupráce a slouží ke zvyšování pocitu bezpečí v daném terapeutickém prostoru (Fischer-Bartelmann, 2010b). Na rozdíl od jiných terapií, kde má kontrakt podobu kontrolovaného plánu spolupráce a v němž jsou specifikovány velice konkrétně stěžejní oblasti terapeutické práce, především terapeutické cíle, v PBSP je kontrakt obecnou dohodou, která zní: přivést klientovu historii k dobrému konci a neopakovat staré zkušenosti.

„Dobrý konec terapie“ je specifický pojem z PBSP. Pokud bychom jej chtěli přiblížit více psychologickému světu, nalezneme v něm psychologické fenomény jako motivaci klienta pro terapeutickou práci, klientovu kapacitu pro terapeutickou změnu a také jeho vědomí individuální odpovědnosti za průběh terapie, čímž dochází k sejmutí výhradní odpovědnosti terapeuta za její průběh. Pro A. Pessa není terapie procesem, ve kterém terapeut léčí klientova zranění, ale postup, v němž pomáhá druhému člověku přicházet do svého vlastního centra a „stát se tím, kým opravdu je“ (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, Pesso, Perquin, 1996).

Tématem individuální zodpovědnosti v rámci terapeutické situace se zabýval už F. S Perls. Vycházel při tom z procesu zrání jedince, při němž spěje z podpory prostředí k sebedopově. Podle něj lidé působí na prostředí tím, co dělají, co cítí a co si myslí a tím se činí odpovědnými lidskými bytostmi (Perls, 2004). Tato možnost působení na průběh terapie neumožňuje klientovi být v pasivní roli a stává se více odpovědným za dosažení dobrého konce terapeutického setkání. PBSP pod pojmem dobrého konce chápe proces stavění uvěřitelné symbolické scény pomocí antidota, tzv. protiléku historické scény.

Pokud klient mluví o situaci, kdy ho otec nikdy nepochválil a často jej fyzicky nepřiměřeně trestal (obraz historické scény, kde se objevují momenty z klientovy minulosti), terapeut přivede postavu ideálního otce, který by nikdy svoji sílu nepoužíval tímto agresivním způsobem a uměl by ocenit kvality svého dítěte (ideální otec je symbolická postava, která poskytne klientovi to, co potřeboval zažít tenkrát v minulosti jako malé dítě).

Podle teorie PBSP je úkolem klienta vytvořit dobrý, uvěřitelný konec a úkolem terapeuta je být v tomto procesu tvorby emočně korektivní uzdravné scény dobrým asistentem, tedy použít všechny své znalosti o těle a mysli k formování uspokojující scény. V této souvislosti A. Pesso připomíná, že není nutné naplňovat starý medicínský model, podle kterého je nutné projít svojí historií, ale cílem je vytvořit historii novou.

Význam kontraktu spočívá nejen v zacílení terapie, která má směřovat k dobrému konci vystavením ideální symbolické scény a internalizací zážitků z ní, ale pomáhá terapeutovi řešit otázky odporu v terapii. Často se v úvodních hodinách objevuje fenomén, kdy klienti nerozumí významu prováděných úkonů, např. cvičení, a mají k nim averzi, nebo se v průběhu struktury ptají: „Proč mám toto dělat?“ V těchto případech je na místě brát stížnosti klientů do otevřené diskuse a poskytnout potřebné informace a vysvětlení.

V PBSP má obecně vysokou hodnotu informování klienta o základních předpokladech přístupu, neboť pouze informovaný klient může učinit svobodné rozhodnutí ve spolupráci s terapeutem. Autonomní rozhodování je funkcí pilota, který má zásadní význam pro ochranu proti agresi a je garantem integrace zkušenosti antidota. V situacích, kdy klient ztrácí přehled o situaci nebo se snižuje jeho motivace pro pokračování v terapii, je vhodné připomenout základní dohodu, která zní: „Dovést společně proces k dobrému konci.“ Terapeut důvěřuje životní síle klienta i sobě jako terapeutovi a upomíná klienta, že zdroj léčení vyvstává z klienta při nalézání korektivní zkušenosti s pomocí ideálních postav, nikoli terapeuta. Do této dohody spadá i uzavírání smlouvy o dalších krocích postupu (Fischer-Bartelmann, 2010b).

### **3) MICROTRACKING (MIKRO SLEDOVÁNÍ, MIKRO TREKING) -BRÁNA DO NAŠÍ HISTORIE**

V terapeutickém procesu je kladen důraz na prožívání „ted' a tady“, které vychází z východních filozofií, konkrétně ze zen buddhismu. Rovněž se jím inspirovala např. gestalt terapie či rogersovská psychoterapie (Perls, 2004, Rogers, 2000). Princip ted' a tady se objevuje při procesu mikrotrekování, kdy terapeut pečlivě zkoumá aktuální prožívání klienta rozpoznatelné pomocí výrazových tělesných signálů.

Teoretické předpoklady o významu vzpomínky na aktuální procesy vědomí a úzká vazba mezi vnímáním a akční automatizací dobře ilustruje užití techniky microtrackingu. V PBSP dochází k propojování významných dětských vzpomínek, které se objevují jako aktuální pocity, postoje či tělesné napětí v přítomnosti s aktuálním vědomím (Bachg, 2004, Pesso, 1999). E. G. Schachtel uvádí, že paměť je funkcí živého organismu a lze jí chápat jako schopnost organizování a rekonstrukci minulých zážitků ve službách současných potřeb, obav, zájmů, v naší celkové životní zkušenosti, v našich vzpomínkách, zvycích a postojích (Schachtel, 1947).

Cílem terapie, který koresponduje s jedním z hlavních vývojových úkolů, je mimo jiné neustálý rozvoj vědomí. Mikrosledování podle M. Bachga je „vysoce specializovaná forma psychoterapeutického dialogu, ve kterém jsou všechny aspekty tohoto vědomí klienta, jako je vnímání,

akce, emoce a poznání přesně sledovány“ (Bachg, 2004, str. 283). Obdobně jako v jiných psychoterapeutických směrech (Perls, 2004, Smith, 2007), kde terapeut klade otázky (*např. „Co cítíte ve svém těle? Kde přesně se objevuje napětí? Co dělá nyní vaše pravá ruka? apod.*), i v PBSP proces vyžaduje po klientovi všímavost k tělově emočnímu prožívání. Rozdíl v psychomotorické terapii se ukrývá v přímém pojmenovávání klientových emocí, nikoli v dotazování se na ně. Díky mikro sledování dochází k intenzivnějšímu zaměření na aktuální emočně tělově prožívání, ale současně i k lepšímu porozumění toho, co se děje v myšlenkách. Uvědomování si těchto obsahů myslí a těla definuje P. M. A. Ogden a K. Minton jako „stav vědomí, který směřuje k aktuálně prožívané vnitřní zkušenosti s úmyslem prostého pozorování spíše než jeho změny“ (Ogden, Minton, 2000, str. 24).

Tato tělově-emoční diagnostika vyžaduje od terapeuta řadu rozvinutých schopností, v kterých se proškoluje v rámci čtyřleté odborné přípravy (Schrenker, 2010). Aby terapeut byl schopen v průběhu mikrotrekingu adekvátně diferencovat vnímat a správně diagnostikovat emoční výraz, je nutná jeho bohatá znalost emocí, která odkazuje na orientaci v mnohých vývojových interpretačních rámcích. Tento pozorovací proces klade zároveň zvýšené nároky na terapeutovu krátkodobou paměť, neboť jeho úkolem je pamatovat si a umět užít přesné formulace toho, co klient vyjadřuje jako kontext. Správně zapamatovaný kontext otevírá klientovi nové možnosti a posiluje jeho citlivost k vnitřnímu prožívání. Účinnost mikrosledování je závislá na přesnosti, s kterou se provádí v každém detailu.

A. Roth-Bilz vnímá mikrotreking jako první léčebnou interakci ve struktuře, která je zároveň přítomna po celou dobu trvání terapie (Roth-Bilz, 2010b). Mikrosledování jako proces vědomého, záměrného pozorování tělesných pohybů a řeči těla. Tento proces se podobá přirozenému a spontánnímu pozorování miminka jeho matkou a reflektuje terapeutovo umění dívat se na svět.

Použitím sledování mikro pohybů na obličejí se rychle rozvíjí tělově emoční proces, v rámci něhož se aktivuje asociativní paměť s podobnými zkušenostmi, jaké klient aktuálně prožívá. Tyto vnitřní obrazy zobrazují scénické vzpomínky jako bezprostředně viditelné reakce a fyzické změny ve formě pohybu, emocí nebo známek jejich potlačení. Celý tento diagnostický proces se děje pomocí smyšlené, hypotetické postavy **svědka**, která je přiváděna terapeutem na scénu pohybem ruky směřující do prostoru vedle terapeuta (jakoby tam někde svědek stál) (Bachg, 2004, Pessa, 1999, Roth-Bilz, 2010b). Po gestu začíná terapeut mluvit: „*Kdyby tu byl svědek, tak by svědek řekl: „Vidím, jak smutný se cítíš, když mluvíš o dnešním ránu.*“

K čemu nám může být prospěšná postava svědka, která se zajímá o emoce? Podle A. Pessa je její význam v propojování a v neustálém zvědomování přítomného prožívání s minulostí (Pessa, 1990a, Pessa, 1999). Tato hodná, přátelská, pečující bytost vidí pravdu, identifikuje emoce, a v tomto smyslu se stává jakýmsi jejím svědkem prožívaného. Když člověk cítí emoce, které se odráží na jeho tváři, neznamená to, že si je tohoto pocitu či výrazu vědom. Na neurologické úrovni dochází k propojení činnosti limbického systému odpovědného za vznik

emocí s činností kůry mozkové. Pojmenované emoce jsou spojovány s kontextem jejich výskytu a tím se vytváří znalost o tom, z jakého důvodu člověk cítí emoce (Pesso, 1990a, Pesso, 1999).

Když je jedinec mikrotrekován a poslouchá slova svědka, mohou mu procházet myslí jeho vnitřní komentáře na život. Naše myšlenky jsou vysvětlením, které produkuje mozek, aby našel porozumění situacím a událostem z našeho života. Na jedné straně reagujeme na okolnosti emočně, na druhé se nám objevují myšlenky s tím spojené, jež jsou součástí našich vnitřních kognitivních modelů. Zkušenosti z událostí se nám internalizují v podobě určitých předpokladů pro život ve formě hodnot, názorů, myšlenkových konceptů, výroků, přesvědčení apod. (Bachg, 2004, Kneip, 2005). Pak tyto myšlenky, (v gestalt terapii popisované jako introjekty), určují naše chování v budoucnosti. Všechny tyto vzkazy minulosti nemusí odrážet nejlepší způsob, jak žít v interakci s lidmi, a přesto tvoří zákony naší mysli. Je důležité si uvědomit, že dané myšlenky nejsou přesným popisem toho, jaká byla realita, ale jak ji člověk vnímal a co z ní ve své mysli vytvořil.

S tímto fenoménem zachází PBSP metoda prostřednictvím **hlasů**, které mohou být hlasem kritiky („vždycky všechno zkazíš“), negativního předpokladu („nemůže to dopadnout dobře“), pravdy („holky nic nevydrží“), disociace („nic necítím“) apod. Klient, který pláče, protože v nízkém věku ztratil svého otce, se domnívá, že ho nikdy v životě nepotká štěstí. *Terapeut udělá gesta vedle sebe a říká: Nikdy v životě nebudeš mít štěstí.*“ Ztvárněním těchto přesvědčení umožňuje terapeut klientovi osvobodit se od jejich účinků. Zdánlivě neinteraktivní zprávy se vrací v interaktivní formě jako hlasy a přibližují se více k jejich interaktivnímu původu (Pesso, 1999, Fischer-Bartelmann, 2010a, Kneip, 2005). Externalizované myšlenky usnadňují vlastní vnitřní proces pomocí tohoto oddálení, umožňují jiným způsobem pracovat s těmito stavy duše. Přestože pojem hlasů je specifickým termínem PBSP terapie, techniku externalizace vyvinuly v 80. letech M. White a D. Epston (White, Epston, 1992).

Cílem mikrotrekingu je odhalit interakce, které byly formativní pro rozvoj současného dysfunkčního vzorce jednání. Tyto vzpomínky velmi často postrádají vývojové uspokojení základních potřeb, stejně jako odrážejí traumatizující zážitky spojené s nedostatečnou ochranou nebo upozorňují na nedokončené role v rodinném systému (Bachg, 2004).

Užíváním hlasů a postavy svědka se přibližujeme na toto místo, které se nazývá „střed pravdy.“ D. Boyden říká: „Mým cílem jako terapeuta je, abych se ujistila, že klient pracuje ve struktuře z bodu, kde se nachází a co je pro něho opravdu důležité a skutečné, a nepracuje na něčem, o čem bylo rozhodnuto intelektuálně. Musíme se zaměřovat na to, co je platné a spontánní v danou chvíli“ (Boyden, 1987). Vnitřní procesy se stávají více vědomými a díky jejich zviditelnění přístupnější změnám, jak se vypořádat s mapami světa a obrazem sebe, který se vyvinul v důsledku starých negativních událostí (Boyden, 1987, Pesso, 1990a).

#### 4) HISTORICKÁ SCÉNA

Všechny interakce a celý náš život je tvarován zvláštním způsobem. Na přítomném okamžiku participuje naše autobiografická minulost a proto jsou fragmenty minulé zkušenosti v každém momentu aktivovány a převáděny do přítomnosti. Naše aktuální vnímání, tělové a emocionální reakce jsou založené na paměti, i když si tento fakt jen zřídka uvědomujeme. „Naše vědomí je tapisérie tkaná pamětí“ (Pesso, 1999, str. 9).

S. Keleman přitakává ve stejném duchu, neboť podle něho nese lidský tvar otisk všech výzev i nesnází naší existence, nese stopy po lásce i zklamání (Keleman, 2005). Bolestné zkušenosti minulosti jsou připomínány svědkem v našem oku mysli, stejně jako vše, co vidíme v našem reálném prostředí tady a teď. „Z venku by se mohlo zdát, jako by člověk reagoval na vnější okolnosti, zatímco reaguje na něco, co viděl uvnitř sebe“ (Bachg, 2004, str. 286). Pokud je mikrotreking přesný, jak říká A. Pesso, stará historie se objevuje velmi brzy (Pesso, 1999, Pesso, 2004).

Klienti v rámci svých historických vzpomínek mají potřebu převyprávět svůj příběh. Pokud se však opakují, nebo mají tendenci jej představovat skrz velké, bolest přinášející detaily, je úkolem terapeuta dát tomuto vyprávění dobré limity (Damasio, 2004, Pesso, 1999).

PBSP metoda od svých počátků prošla vývojem, jehož stopy jsou znatelné právě v oblasti výstavby historické scény. Když klient mluvil o situaci z minulosti, terapeut jí externalizoval v prostoru pomocí herců v rolích reálných postav z klientovy minulosti. Jejich přítomnost vzbuzovala v klientovi pocity související s neadekvátní saturací vývojových potřeb. Z tohoto momentu se odvíjelo budování nové scény, která je hojivá a deficitní potřeby naplňující.

V současnosti A. Pesso nevěnuje tolik pozornost přivádění reálných osob z klientovy historie na scénu, ale zaměřuje se na formování ideální scény. Podkladem k této změně se stalo pozorování stovek klientů a A. Pesso formuloval závěr, že není důležité vyvolávat všechny hluboké emoce z minulosti, které jsou pro klienta často zaplavující a při nichž ztrácí vědomí přítomnosti, funkci pilota. Nový, šetrnější prvek PBSP terapie, tzv. **bookmark** nastiňuje možnosti ideální postavy v mysli klienta a **placeholder** symbolizuje databázi všeho v klientově mysli, co se vztahuje k danému symbolu.

Placeholder slouží terapeutovi k přiblížení se klientově historii a jeho kontextu bezpečnějším způsobem (Pesso, 2009). Nejčastěji má podobu nějakého předmětu (např. kamínek), jako symbol něčeho, co probouzí asociace z klientova příběhu, které jsou prožívané jiným způsobem, než kdyby zde stál někdo v roli reálné postavy. *Klient vyprávějící o smrti svého otce je terapeutem vyzván, aby si vybral předmět do role placeholdera jeho otce.* V tomto případě je placeholder jakási banka vzpomínek na otce, kterou může mít klient aktuálně v mysli. Neobsahuje tedy pouze vzpomínky na otce, který zemřel, ale mohou být přítomny jakékoli paměťové záznamy o jeho reálném otci. Jedná se tedy o ekvivalent kategorie v mozku, o jakousi neurologickou databázi, která má schopnost probouzet emoce.

Pokud známe historický kontext a vztahové postavy, které v daném příběhu hrály významnou roli, jsme ve výchozím bodě formování nové scény pomocí antidota. Antidotum tvoří protilék starým zážitkům, které byly deficitní, traumatické nebo kdy jedince zaplňoval sám sebou absentujícího člena v rodinném systému, např. byl partnerem své matce.

##### 5) NOVÁ SCÉNA (ANTIDOTUM)

Výstavba nové syntetické paměti je hlavním cílem PBSP terapie. Odvíjí se od historické scény, která nám poskytuje základní informace o tom, co se v dávné historii klienta odehrávalo a nebylo naplněno. Emočně korektivní zkušenost má podobu antidota, nebo-li protiléku na neadekvátní minulé zážitky. Pokud máme klienta s traumatickou zkušeností, součástí antidota je obvykle práce s limity a ochranou, naopak pro práci s jedincem se zážitky týkající se mezer v rolích, směřuje terapeutická práce od stavění ozdravné scény lidem, kterým plnil roli ,a až následně se tvoří nová scéna pro klienta samotného.

Antidotum vychází z vrozené znalosti správné odpovědi na tělově emoční akce jedince. Tělo je používáno jako hlavní zdroj informací pro klientovy potlačené pocity a nenaplněné potřeby. Společné hledání toho, co klient potřebuje jako uspokojivou odpověď, se realizuje pomocí **ideálních postav**, hráčů v roli (role-players, herci). Z toho vyplývá, že terapeut není interpersonálním poskytovatelem léčivého vztahu, ale „otevřít prostor pro léčivou zkušenost s adekvátními postavami, v jejich ideální podobě, v minulosti klienta“ (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, str. 153).

Role-players mají jednu skrytou psychologickou kvalitu a tou je minimalizace klientova přenosu na terapeuta. A. Pessa věří v sílu pečující části lidské bytosti, terapeuta i klienta, ale při použití přenosu na terapeuta v rámci terapie je dle něho plno nebezpečí. Klient potřebuje zažívat symbolické, ideální interakce a zároveň minimalizovat dětské závislostní tendence, aby mohl posilovat svoji autonomní, dospělé část osobnosti. Tyto interakce naplňují hráči v roli časově omezení dobou struktury.

Jak vypadá činnost role-players v realitě? Klient si zvolí jedince ze skupiny, který vstoupí do určité, předem definované role, která pochází z jeho příběhu, *např. zvolený Lukáš říká: „Vstupuji do role ideálního otce Václava, který by nikdy nezemřel“*. V dané roli ideální figura ztvárňuje přesně to, co odpovídá vnitřní reprezentaci klienta. Terapeut s klientem za pomoci herců usilují o vytvoření léčivé scény, kde jsou takové interakce, které chyběly v dětství a které jsou jejich kvalitativním opakem (Schrenker, 2005). Aby se mohla vystavět nová symbolická scéna, musí terapeut využít své teoretické znalosti a diagnosticky přesně určit, co v dané době absentovalo. Tyto informace dávají příležitost ke vzniku nové paměti. PBSP metoda neodstraňuje vzpomínky z původní paměti, ale konstruuje nové paměťové obrazy, které lépe odráží naše geneticky ovlivněná očekávání (Pessa, 2009b, Roth-Bilz, 2010b).

Pokud reálný otec byl ve válce, ideální zažívá svět bezpečný a pokojný. Ideální otec říká v nové symbolické scéně: *„Kdybych já byl tvůj ideální otec, nikdy bych nebyl ve válce a nezemřel tam,*

*když ti bylo 6 let, protože já bych žil ve světě bez válek. Byl bych v tvé blízkosti vždy, když bys to potřeboval. Takhle bychom si spolu hráli, povídali a užívali jsme si jeden druhého. Nikdy by ses nemusel cítit sám a opuštěný“.*

Změna v nové historii probíhá ve směru podmínek evolučně určené, vývojové potřeby. Ty nám slouží jako vodítka naší duše směřující k celistvosti, protože kdyby tomu tak nebylo, mohli bychom si vymyslet jakýkoli fantastický příběh. Uzdravení je tedy hluboce historicky zakořeněné jako cesta k rozvoji osobnosti pomocí naplnění základních vývojových úkolů. Cílem je, aby celá nová scéna byla uvěřitelná a klienti mohli pocítit hluboké a skutečné pocity, které si mohou ponechat jako nový obraz spojený s těmito emocemi. Nepopíráme deficitní, minulé zážitky, protože jsou součástí našeho příběhu, ale můžeme je propojit s novou korektivní zkušeností z této symbolické scény. Takto nově vytvořené reprezentace interakcí mohou měnit způsob, jakým vidíme současný svět a rozšířit tak paměť o zážitek nové možnosti, naděje, radosti, spokojenosti, kde není tolik zoufalství, zklamání, bolesti či odcizení pocházející se staré historie (Perquin, Rehwinkel, 1999, Pessa, 1999).

Před úplným dokončením konstrukce ideální symbolické scény terapeut naposledy kontroluje, zda kvality antidota jsou opravdu ideální bez náznaku klientovy historie. Postavy v roli naposledy říkají: *„Kdybychom my byli tví ideální rodiče, když ti bylo šest let, pak bys měl všechnu naši lásku a pozornost a mohl by ses cítit tak klidný, jako se cítíš nyní.“* Klient je terapeutem vyzván, aby využil tohoto proudu pocitů a udržel je ve své paměti jako obraz, jako fotografii této situace, aby ji integroval do „teď a tady“ (Fischer-Bartelmann, 2005).

Na konci této fáze dochází k „opuštění“ hráčů z rolí. *Hráč v roli ideálního otce říká: „Vystupuji z role ideálního otce Václava a jsem opět Lukáš“.* Úkolem klienta je určit, v jakém pořadí budou hráči v rolích opouštět vymezený psychologický prostor struktury. Při této činnosti klient stále ukládá poslední zážitky z interakce s těmito postavami a dopřává si dostatečný čas k internalizaci zkušeností z terapie.

## **6) PROCES INTERNALIZACE**

Nová hojivá zkušenost spojená se situací antidota se etabluje jako „vnitřní obraz“ v paměti a dochází k internalizaci zážitku. Skutečnost, že nová zkušenost obsahuje tělově emoční, kognitivní zážitek, poskytuje „nové paměti“ nový kontext vnímání osobní historie. Z nejnovějších výzkumů mozku, uveďme si jako příklad výzkumy mozku iniciované B. van der Kolkem (van der Kolk, 1994), je známo, že symbolické zkušenosti zanechávají v paměti stejné stopy, jako reálný zážitek. Integrovaná pozitivní interaktivní zkušenost ze struktury, i když jen symbolická, se dotýká našich nehlubších emocí, které získávají znovu právo na existenci v našem vědomí a životě. Zároveň se rozšiřuje zážitek okolního světa způsobem, že je možné uznávat, vyhledávat a nacházet pozitivní objekty v okolním světě (Roth-Bilz, 2010c, Schrenker, Fischer-Bartelmann, 2003).

L. Perquin k této problematice dodává, že intersubjektivní emocionální prožívání není statické a jednou provždy dané, ale je subjektivní a ovlivnitelné, což poukazuje na jeho možnou změnu (Perquin, 2004). Z neurobiologického pohledu se tato změna dotýká záznamů implicitní emocionální i explicitní procedurální paměti. Faktická zkušenost přijímaná skrze veškeré smyslové kanály je ukládána do krátkodobé paměti. Avšak prožitek emocionální rezonance s blízkým člověkem se ukládá díky své hloubce do implicitní a procedurální paměti a tam alternuje staré záznamy (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Perquin, 2004).

Nová paměť, jak o ní bylo pojednáváno, je součástí terapeutické změny, jež může být postřehnutelná v různém časovém období a rozmanité intenzitě. Podle J. Prochasky a J. Norcross jsou procesy změny „skryté a zjevné činnosti, které klienty přivedou ke změně prožívání, myšlení, chování či vztahů spojených s určitým problémem či obecnějším způsobem života“ (Prochaska, Norcross, 2001, str. 22).

Roth-Bilz sdílí svůj osobní pohled na terapeutickou změnu v PBSP, která je dle ní klidná a není hlučná ani velkolepá. Toto poetické vyjádření dokresluje slovy svého klienta: „Mnoho změn se ukazuje teprve nyní, v mém každodenním životě. Jsem na cestě k sobě, jsme blíž k sobě samotnému. Život je snazší, když jsem se stal více tím, co opravdu jsem. To přináší větší uspokojení, radost, naplnění smyslu a propojenosti“ (Pessa, 2004, Roth-Bilz, 2010b).

### **1. 3. 2 Možnosti a meze PBSP (indikace a kontraindikace PBSP)**

Bylo by mylné se domnívat, že je možné pro každý problém a každého pacienta najít efektivní péči v rámci Pessa Boyden psychomotorické terapie. Je tedy nutné charakterizovat určité ohraničení PBSP, aby mohla terapie adekvátně a v bezpečí probíhat. Přestože existuje seznam s obecně daným vymezením symptomů, které jsou kontraindikací pro vstup do PBSP, a seznam, pro koho může být tato forma psychoterapie prospěšná, není tato oblast v teorii PBSP příliš propracovaná. Chybí přesná diagnostická kritéria pro zjištění, zda je klient vhodný do terapie, a rozhodnutí je spíše věcí tvořivého přístupu, zkušeností terapeuta, jeho rozvinuté pozorovací schopnosti a analyticko syntetického pohledu na chování jedince v úvodních setkáních. Jak uvidíme dále, existují základní podmínky, bez nichž by PBSP proces nemohl postupovat k dobrému konci.

Hlavní předpoklad pro použití tohoto způsobu léčby je ukryt dle L. Schrenkera, autora knihy *Pesso-therapie : das wissen zur heilung liegt in uns* („Pesso terapie : znalost léčení leží v nás“), ve vnitřním odhodlání každého potenciálního klienta řešit svoji autobiografickou historii (Schrenker, 2008). Důraz na vnitřní motivaci jedince je společný faktor psychoterapií bez ohledu na jejich rozdílné teoretické či praktické zázemí. Jako jedni z mála autorů C. L. Clarke a D. Chaves specifikují další základní podmínky pro práci s PBSP metodou, které jsou nezbytné, aby je klient splnil (Clarke, Chaves, 1991).



1. Je nutné, aby byl klient ochoten pracovat se symboly. Ochota užívat symboly v terapeutické práci je odlišena od schopnosti pracovat se symboly, jak uvidíme dále.

C. L. Clarke a D. Chaves říkají: „...testujeme úroveň pohotovosti klienta k tomu, jak je schopen promítnout symbolický význam myšlenek, fantazií a snů do objektů v místnosti“ (Clarke, Chaves, 1991, str. 222).

Již na tomto cvičení se ukazují znatelné interindividuální rozdíly v živosti symbolického myšlení. Pokud někdo říká: „S polštáři se nebavím,“ můžete to jen pochopit a respektovat, ale v tuto chvíli nelze dále pracovat PBSP postupem.

2. Je nutné zjistit, zda je klient *schopen pracovat na symbolické úrovni využitelné pro sebe*.

Tuto ochotu testují C. L. Clarke a D. Chaves pomocí symbolů ideálních postav, např. ideální matky, a zkoumají, zda je klient tuto symbolickou postavu schopný akceptovat a přijmout. Jinými slovy zda je schopen předložit jiný zážitek než ten, který prožil (Clarke, Chaves, 1991).

Tento prvek je nezbytným předpokladem pro korektivní zkušenosti na symbolické úrovni pro vytvoření antidota.

Schopnost označovat věci prostřednictvím něčeho jiného, než jsou ony samy, umožňuje vývoj řeči, abstraktního myšlení, oddálené nápodoby, názorné představy, kresby, symbolické hry či užívání metafory. Jak je zřejmé, počátky symbolické funkce se rozvíjí již od raného věku s nástupem řeči či používáním hry, avšak zralost symbolického myšlení spadá vývojově do starších let (Piaget, 2001).

Práce v *Pesso* Boyden psychomotorické terapii je podmíněna rozvojem formálně logických operací, čímž je vyčleněna dětská část klientely do doby, než dospějí do stadia používání těchto myšlenkových operací. Přesto existují terapeuti, (příkladem nám může být M. Bachg, PBSP terapeut z německého Hasbergenu), kteří úspěšně tuto metodu aplikují na dětskou populaci, s využitím pouze určitých PBSP postupů, ale s široce uplatnitelným teoretickým zázemím.

3. Je důležité, aby byl klient *schopen rozlišovat mezi realitou a fikcí symbolického světa*.

Podle J. Piageta začíná člověk zachycovat svět pomocí symbolů a abstrakcí mezi jedenáctým až patnáctým rokem (Piaget, 2001). Jestliže je pacient na pomezí „uvnitř“ a „venku“ a není schopen tohoto uvažování, je to důležitá zpráva pro terapeutu o nemožnosti práce PBSP metodou. Není důležité, zda je zhoršený kontakt s realitou způsoben vývojovými defekty, sníženými rozumovými schopnostmi, nebo zda se za tímto stavem skrývá např. paranoidní nastavení či psychotické fenomény. Tato kontraindikace se objevuje i v jiných terapeutických směrech.

4. Autoři dále zdůrazňují *schopnost uvědomování si vlastního těla* jako vstupní bránu pro terapeutickou práci. Všímavost (mindfulness) a uvědomění k procesům v těle, emocím i mysli je podle K. Hájka neseo „bdělou, soustředěnou pozorností, která je neselektivní a bez jakéhokoli hodnocení plynně doprovází prožívání“ (Hájek, 2006, str. 35). Citlivost k vlastnímu tělesnému prožívání se zvyšuje prostřednictvím cvičení, jež předchází vlastní terapeutické práci v podobě struktur.

Principů tělesného uvědomování a prožívání je hojně užíváno v bodyterapiích, kraniosakrální práci či focusingu, terapeutického směru spočívající v práci s tělově zakotveným prožíváním. Každý tělesný stav je charakterizován svým ohniskem, intenzitou, významem a změnou a je jedním z předmětů introspekce, která se objevuje v PBSP v terapeutické práci „tady a teď“ a napomáhá terapeutickému procesu.

A. Pesso považuje tělesné impulzy za entitu, která nese mnoho informací o naší historii a prostřednictvím níž se můžeme přibližovat k našemu pravému Já. Evropská asociace pro bodypsychoterapii vymezuje nejobecnější faktory, prostřednictvím kterých je klient v kontaktu s okolním světem a které užívá terapeut pro proces tělového diagnostikování a terapeutickou práci: dotyk (touch), pohyb (movement), dýchání, dech (breathing) (European association for Body-psychotherapy, 2010).

5. Nezbytným předpokladem pro práci PBSP metodou je přijetí a pochopení Pesso Boyden psychomotorické terapie klientem. Znalost teorie této metody napomáhá měnit pohledy na vlastní autobiografickou historii. S předáváním poznatků o metodě klientovi zachází terapeut dle svého uvážení, neboť každý klient je jiný, má rozdílná očekávání, předpoklady, potřeby (Schrenker, 2008, Roth-Bilz, 2010a).

Ve vztahu k výše uvedenému je nutné podotknout, že psychomotorická terapie i po splnění uvedených podmínek není všemocnou metodou, která působí s okamžitým efektem. Podobně jako v jiných terapeutických směrech se ukazuje významná oblast očekávání a vnitřního nastavení klienta. Za optimální vyladění klienta považuje A. Pesso a D. Boyden trpělivost, zvědavost, ochotu zkusit si nové věci a všimát si detailů ve vnitřním, prožitkovém, i venkovním, interaktivním světě (Pesso, 1991). Platí tedy, že způsobilost klienta pro určitý druh terapie je otázkou osobnostní struktury a schopnosti spolupráce s terapeutem jako svým průvodcem.

Je zřejmé, že vstupní předpoklady PBSP nevznikly naráz, ale jako odraz vývoje metody v závislosti na jejím působení v nejrůznějších prostředích: prvotně v práci s psychiatrickými pacienty, po mnoho dalších let v rámci výcvikových skupin a v poslední době v symptomatické oblasti při práci s deficitem rodičů a při léčbě traumatu. Doložením posledního bodu může být nově vznikající program v Kongu zaměřující se na minimalizování důsledků traumatizované společnosti. Tento

vývoj působení psychomotorické terapie logicky vyúsťuje v otázku: „Pro koho je Pessa Boyden psychomotorická terapie vhodná?

Pokud jsou dodrženy předpoklady pro práci PBSP metodou, B. Fischer-Bartelmann, A. Pessa, D. Boyden a další autoři (Clarke, Chaves, 1991, Roth-Bilz, 2010a) se domnívají, že je Pessa Boyden psychomotorická terapie prospěšná pro každého, kdo chce najít v životě větší spokojenost, rozvinout svůj vrozený potenciál, objevit vlastní zdroje a hlouběji porozumět vztahu mezi tělem a duší. Je určena všem, kteří jsou motivováni pátrat po důvodech svých pocitů a zabývat se svoji přítomností i minulostí (Boyden, Vrtbovská, Pessa, 2009, Pessa, 1994).

Jestliže si jsou lidé vědomi vlastního sklonu k přílišné racionalizaci, potlačování svých pocitů nebo se přímo disociují od vlastního prožívání, mohou najít pomoc a podporu pro tělově emoční prožívání právě v PBSP (Fischer, Bartelmann, 2010a). Díky bezpečnému přijímajícímu terapeutickému prostředí, jasné struktuře a pozornosti věnované zajišťování hranic je příhodná pro klienty s narcistickými a hraničními problémy, stejně jako pro klienty traumatizované, oceňující prostředí, které respektuje autonomii jedince a znovu netraumatizuje svými postupy.

Aplikační rámec PBSP se netýká pouze klientů v rámci terapeutického procesu, ale jeho myšlenky přináší vysvětlení různých jevů, jako je např. vznik mnohočetné osobnosti, vývojový pohled geneze traumatu, adekvátní a patologický průběh vývoje jedince. Stále častěji se jeho teoretickým zázemím inspiroují odborníci v pomáhajících profesích, především v oblasti ústavní péče a náhradní rodinné výchovy. Uvedme si příkladem dlouholeté působení organizace pomáhající dětem z dětského domova Letní dům, o.s či Natamu, organizaci věnující se problematice pěstounství.

Jak sám název kapitoly napovídá, možnosti a meze PBSP vnímáme za nedílnou součást představovaného terapeutického směru, neboť tento pohled je často v dostupné zahraniční literatuře opomíjen nebo mu není věnována dostatečná pozornost. Problematika kontraindikace a indikace je bezpochyby logickým směřováním pohledu na PBSP metodu, ale není jedinou. Existují další otázky a problematické momenty, které stojí za naši pozornost.

Úkolem a posláním autorů PBSP je šířit znalosti psychomotorické terapie mezi co největší počet lidí. Přestože v podání A. Pessa a vyškolených PBSP lektorů jsou techniky a teorie jasné, dobře definované a z velké části korespondují s neurologickými a psychologickými poznatky, jejich limitem je forma ústního předání. Tak jako vznikala po staletí lidová moudrost a až později přecházela v psané texty, stejným způsobem je nyní šířena nejnovější teorie PBSP. Vývoj této metody je obdivuhodný, přes 40 let mění svoji podobu ke stále větší užitečnosti, jednoduchosti a zároveň bohatosti, ale paradoxně jsou tyto nové poznatky předávány pouze lidem z aktuálně probíhajících výcviků, seminářů, supervizích setkání, neboť sepisovat nové informace o metodě vyžaduje čas, který A. Pessa tráví jako učitel na cestách mezi PBSP instituty na různých kontinentech.

Podle PBSP slovníku by se dalo říci, že určitá skupina profesionálů nemusí být adekvátně sycena informacemi. Dříve vyškolení terapeuti, kteří stále se vyvíjející metodu psychomotorické terapie aktivně užívají ve své praxi původním způsobem, s ní v současnosti pracují nepřesně a může

docházet ke zkreslování podstaty nejnovější formy PBSP terapie či k absenci určitých terapeutických nástrojů (placeholder, bookmark apod.). Proto vznikají v různých zemích, stejně jako v České republice, PBSP instituty, jejichž funkcí je další vzdělávání, pořádání školení a zajišťování míry odbornosti v terapeutickém prostředí interním i veřejném.

PBSP instituty mohou také eliminovat nedostatečnou publikační činnost vytvářením interním materiálů, aby neunikaly určité souvislosti mezi poznatky a nepůsobily tak nepropracovaným dojmem pro odbornou i širší veřejnost. Eliminují také nebezpečí, aby v celkovém kontextu PBSP terapie mylně nepůsobila jako všemohoucí, neuchopitelná, nekriticky pojatá metoda. Neboť je známý fakt, že přirozeností člověka je hledat vysvětlení pro děje a věci kolem něj, a pokud okolí neposkytuje dostačující informace, přichází na řadu jiné formy porozumění, mezi nimi i formy magického myšlení, které ubírá punc vědeckosti danému směru psychoterapie.

Z tohoto důvodu je nezbytné vzdělávat klienta nejen o formě, průběhu či teoretickém základu PBSP, ale i o poli vzájemného působení klienta a terapeuta, protože dostupné poznatky přispívají k formování jeho očekávání. V psychologii jsou vymezené tyto proměnné jednak ve vztahu k výsledkům terapie, jednak k roli terapeuta. Očekávání role terapeuta, v níž je zahrnuto očekávání určitého chování terapeuta, jeho zodpovědnost, jeho práva a požadavky, se může stát platnou determinantou terapeutického procesu, a právě role PBSP terapeuta pro jeho specifickou, přenos limitující povahu je v protikladu k jiným terapeutickým směrům něčím novým, stejně jako klientovo právo v každém okamžiku terapeutického sezení učinit vědomou a informovanou volbu.

Podrobným mapováním a objasňováním očekávání v rámci kontraktování lze předejít zmatení, dohadům, nejasnostem klienta a především jeho pocitům bezmezného obdivu k PBSP, přisuzování všemocného, čarovného efektu nebo naopak znechucení a zklamaných očekávání bez dávky porozumění.

Obloukem se tedy dostáváme ke skutečnosti, že limity i prostor otevřených možností Pesso Boyden psychomotorické terapie netvoří sama metoda jako taková se všemi svými postupy a technikami, ale je vždy znovu ožívána v interakci s lidmi, terapeuty, klienty a kontextem, v němž se vyskytuje.

## 2. Trauma

### 2. 1 Základní vymezení traumatu

Od přelomu 19. a 20. století lze v odborných dílech vysledovat opakovaně období zvýšeného zájmu o psychické trauma. J. L. Herman, obdobně jako D. Vizinová a M. Preiss, přináší zajímavý poznatek o historii studia traumatu, který má kvalitu epizodické amnézie. Autoři uvádí, jak se období aktivního zkoumání psychického traumatu střídala s etapou zapomenutí (Herman, 2001, Hofman, 2007, Vizinová, Preiss, 1999). Jedním z možných vysvětlení tohoto jevu může být skutečnost, že účast na výzkumu traumatu znamená střetnout se na jedné straně s lidskou bezbranností, ale i krutostí a schopností páchat zlo, což může vést k rozrušení našich pozitivních představ o nás samých.

Již před více než stoletím byly poprvé systematicky prozkoumávány psychické následky traumatu, které se pojily s úvahami nad původem hysterie. P. Janet, S. Freud a J. Breuer předložili stejný názor o vlivu traumatizující události na vznik nesnesitelných emocionálních reakcí, které následně vyvolávají změněný stav vědomí. Zajímavým poznatkem S. Freuda a P. Janeta bylo také zjištění o somatických příznacích hysterie, které jsou zamaskovanými symboly událostí vzbuzující velký strach, a proto byly z vědomí vytěsněny (Herman, 2001, Porterfieldová, 1998, van der Kolk, 1994).

Mezi další nápadná období poukazující na existenci traumatických zkušeností patří obě světové války. Narozdíl od počátku století, kdy bylo trauma studováno především na ženské populaci, byl v této historické etapě obrácen pohled na muže a jejich poválečný psychický stav, lékaři nazývaný „shell shock“. Společným jmenovatelem mužů přeživších válku i žen trpících hysterií byly stejné symptomy: křik, mutismus, pomočování, ztráta sebekontroly, poruchy pozornosti, paměti a emoční labilita.

Ačkoli se již ve 40. letech vyskytovaly studie se zaměřením na klinický obraz traumatu v podobě, jakou ji známe v současnosti, teprve v roce 1980 bylo psychické trauma uznáno jako klinická diagnóza a zařazena Americkou psychiatrickou asociací do Diagnostického a statického manuálu duševních poruch DSM-III pod název „posttraumatická stresová porucha (PTSD-posttraumatic disorder)“ (American psychiatric association, 2000), v roce 1992 Světovou zdravotnickou organizací do Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : MKN-10, 2008). Přestože se diagnostická kritéria mezi oběma klasifikacemi různí, základní koncepce je shodná. PTSD je pojímána jako výrazná, závažná a přetrvávající extrémní reakce na stresor.

Přestože PTSD byla poprvé charakterizována v souvislosti s problémy vietnamských veteránů, nové vědecké výzkumy přeformulovaly trauma v moderním kontextu, rozšířily pohled na zdroj potenciální traumatizující události a spojily jej s mnoha dalšími traumatizujícími událostmi

(Schnurr, 2009). Úřední potvrzení diagnózy PTSD dále vedlo k pozoruhodným, na tělo zaměřeným výzkumům a k většímu pochopení lidské reakce na traumatickou událost, a tak se životy přeživších mohou díky přesnější diagnostice a komplexnější léčbě neustále zlepšovat.

## 2. 1. 1 Definice traumatu

O traumatu je v psychologické literatuře pojednáváno ve dvou základních, navzájem se prolínajících rámcích. První z nich zachycuje zdroj, podmínky vzniku a dynamiku traumatogenní události, druhý zkoumá jejich dopady na osobnost jedince.

Trauma je definováno jako situace hroživého, děsivého rázu, při níž prožíváme zaplavující strach o vlastní existenci. D. Vizinová a M. Preiss připisují vznik traumatu působení jednoho extrémně silného zážitku nebo dlouhotrvající stresové situace, který má společné charakteristiky: příčina je vnější, extrémně děsivá, znamená bezprostřední ohrožení života nebo tělesné integrity a vytváří v jedinci pocit bezmoci (Vizinová, Preiss, 1999). M. Glen, J., Jaffe a J. Segal, podobně jako výše zmiňovaní autoři vyzdvihují nepochopitelnost traumatogenní situace a neschopnost jí zabránit (Glen, Jaffe, Segal, 2005). D. Baldwin podotýká, že i přes neobvyklost a hrůzu těchto zážitků, které vyvolávají často zvláštní a znepokojující reakce, se jedná o normální reakce na mimořádné události (Baldwin, 2010).

Dopad traumatizující události na vývoj osobnosti může mít nejrůznější kvality, jak ukazuje druhý typ definic. Jedná se spíše o obecné vymezení než o přesnou charakteristiku klinických příznaků. Příkladem se může stát vymezení D. Vodáčkové, podle níž je trauma situací, kdy selhaly adaptační mechanismy využívané při běžné zátěži (Vodáčková, 2002). Je provázena prožitky ohrožení života či psychické integrity stejně jako pocity bezmoci a ztráty kontroly nad děním. Následkem toho se jedinec cítí zranitelný v nebezpečném světě. Zvláště ohrožující je tento zážitek, pokud se odehrál v dětství, neboť může přetrvat a přenést do dospělosti základní pocit strachu a bezmoci.

Novější literatura nenabízí pouze negativní vymezení symptomů, ale i pozitivní důsledky v minulosti působícího traumatického podnětu či situace, tzv. fenomén posttraumatického růstu. Mezi jedny z hlavních představitelů myšlenek o posttraumatickém růstu patří R. G. Tedeschi a L. G. Calhoun, kteří pozitivní zvládnutí traumatu neopomínají ani v běžné definici traumatu (Tedeschi, Calhoun, 1996, 2004, 2006). Traumatem rozumí takové životní okolnosti, které znamenají pro člověka významnou výzvu či narušení důležitých oblastí jeho dosavadního i předpokládaného světa (Tedeschi, Calhoun, 2006).

Je nutné si uvědomit dvě zákonitosti. První skutečností je fakt, že každá osoba reaguje rozdílně na stejné situace, a proto je obtížné vysvětlit a predikovat reakci osobnosti. Druhá minimalizuje význam traumatogenní události, neboť ne situace sama, ale odezva organismu na ni je klíčovou odpovědí na otázku, jak člověk vnímá, cítí a přemýšlí o této zkušenosti,

ať již v pozitivním či negativním souhrnu příznaků (Glenn, Jaffe, Segal, 2005). Podle tohoto vymezení neexistuje objektivní skutečnost, která určuje, zda je událost traumatická, nýbrž subjektivní zážitek z této akce. Jak uvidíme dále, autoři se nevyhýbají kategorizaci jevů, které mohou být potenciálně náročné a vyžadují zvláštní způsoby řešení. Také D. Boadella podtrhuje subjektivitu vnímání prahu traumatické reakce: události, které u jednoho člověka vedly k vyvolání těžké traumatické reakce, u druhého způsobily pouze lehčí stresovou odpověď (Boadella, 2007)<sup>7</sup>. Naproti tomu staví svůj názor J. L. Herman, podle nějž situace samotná je naopak nejvýraznějším specifíkem vzniku traumatických symptomů (Herman, 2001).

Obecně řečeno, jaká je závažnost, rozsah, druh, častost a individuálně percipovaná významovost ohrožující situace; co se ukrývá v naší osobní historii; jakou máme emoční stabilitu; jaké vlastníme hodnoty a přesvědčení; jaké máme naučené zvládací mechanismy a důvěru ve vlastní schopnosti čelit nebezpečím a výzám; jaké k nám přichází reakce a podpora blízkého i širšího sociálního prostředí; jaká je naše konstitučně daná odolnost vůči stresu, to jsou jedny z mnoha faktorů, které ovlivňují rozvoj traumatické reakce.

## 2. 1. 2 Geneze traumatu

Existují dva typy situací vyvolávající traumatickou odpověď u některých osob: události a procesy. Náhlá, neočekávaná stresující událost, která je časově i prostorově omezena, je prvním typem traumatizujících zkušeností (Jones, 2008, Herman, 2001). Do této kategorie spadají např. autonehody, přírodní katastrofy či jednorázové zneužití. J. Praško upozorňuje na traumatogenní vlivy invazivních zdravotnických zákroků jako implantace, ukončená těhotenství, prodělané život ohrožující onemocnění či intenzivní biologická léčba (Praško, 2004).

Naopak traumatický proces vzniká jako probíhající expozice dlouhotrvajícího stresu, jako je válka, dlouhodobé vystavování se emoční zátěži, na kterou nemáme vyvinuté mechanismy zvládnání, fyzické týrání apod. (Jones, 2008).

Jiná typologii traumatu založená na časovém hledisku, která navazuje na myšlenky P. M. A. Ogdena (Ogden, Minton, 2000) či P. A. Levina (Levine, 2002,) klade původ traumatu do systému, nejčastěji rodinného, v němž zůstává trauma jako otisk určitých událostí, které podvědomě generačně působí (Marada, 2007). Tento typ vzniku traumatu ilustrují četné studie o traumatizujících, transgeneračně působících zážitcích z války či koncentračního tábora (Kansteiner, 2004). Dalším typem, běžně v literatuře zpracovávaném, je autobiografické trauma, tedy jakékoli zkušenosti traumatu získané

---

<sup>7</sup> BOADELLA, D. (2007). *Cesta od strachu k naději : léčení traumatu (Veřejná přednáška)*. Praha: Diabasis. 2007, ústní sdělení D. Boadelly v rámci dané přednášky, text neautorizován.

v naší osobní historii. Jako poslední druh traumatické zkušenosti uvádí, C. G. Jungem inspirované, trauma archetypální, které vychází z našeho kolektivního nevědomí (Jung, 1994).

Jiné typologické hledisko volí D. Vizinová a M. Preiss. Dle nich existují tři základní formy traumatizace: primární (člověk je přímo objektem), sekundární (podnětem je zkušenost s traumatizací blízké osoby), terciální (člověk je v kontaktu s primárně nebo sekundárně traumatizovanou osobou, které se snaží pomoci, např. role psychologů, humanitárních pracovníků) (Vizinová, Preiss, 1999).

Výše zmíněná členění lze doplnit pro větší rozmanitost kategorizací od M. Glenna, J. Jaffa a J. Segala, kteří vyzdvihují kvalitu rozpoznatelnosti či potenciality situace vyvolat traumatické reakce jedince (Glenn, Jaffe, Segal, 2005). Psychologické trauma může být důsledkem událostí, které jsou primárně uznávané jako vysoce rizikové a nazývají se traumatické, např. přírodní katastrofy, válečné zážitky, fyzické napadení apod. Existuje méně nápadný druh událostí, kterými jsou často přehlížené zdroje traumatu, tzv. potenciální události, mezi něž patří chirurgické zákroky (zejména do tří let života), sportovní úrazy, porodní trauma, potrat či náhlé úmrtí blízké osoby. Do posledního, nejméně uvědomovaného okruhu rizikových zdrojů, jsou řazeny posttraumatické stresové vlivy pramenící z nedostatečné primární vazby s pečovatelem v dětství, tzv. vývojová neboli relační traumata. Konkrétně se jedná o velmi brzké či náhlé separování dítěte od rodiče v raném věku, o narušeném attachmentu, kdy pečovatel není dostatečně dobře naladěný přijímat signály dítěte nebo na ně adekvátně reagovat. Do této kategorie spadají i duševní a somatické poruchy rodiče či dítěte, které mohou být významnou překážkou pro rozvoj bezpečného, harmonického vztahu.

M. B. Williams a S. Poijula rozšiřují výše uvedené klasifikace podnětů způsobujících traumatické zážitky o charakteristiky působících proměnných, které úzce souvisí s reakcemi na nebezpečí, následným rozvojem PTSD nebo adaptivním dokončením traumatické odpovědi organismu (Williams, Poijula, 2002). *Preventivní faktory* zahrnují dosavadní zkušenosti jedince, copingové strategie, rodinnou historii a kvalitu vztahů v širším sociálním prostředí, věk jedince, genetické predispozice. Mezi souhrn důležitých znaků samotné události, tzv. *faktory události*, patří geografická vzdálenost traumatické události, míra vystavení se této situaci, věk oběti, četnost opakování, hrozba, že nebude trauma přerušeno. Konečnou kategorií faktorů, které přispívají k rozvoji PTSD jsou *post-událostní faktory*, mezi něž autoři řadí absenci sociální podpory, neschopnost porozumět události či požádat o pomoc, ztrátu dosavadního zázemí (Williams, Poijula, 2002).

Jinými důležitými faktory zúčastněnými na rozsahu traumatického zranění jsou *vnitřní locus of control* (důvěra ve vnitřní schopnosti a možnosti ovlivnit a kontrolovat událost), *self efficacy* (koncept vnímání osobní užitečnosti, důvěra ve vlastní copingové mechanismy), *pocit koherence* (zahrnuje schopnost porozumět traumatické události) a *hardiness* (osobní nezdolnost, schopnost jedince vytrvale a efektivně zvládat překážky) (Křivohlavý, 2001, Williams, Poijula, 2002).



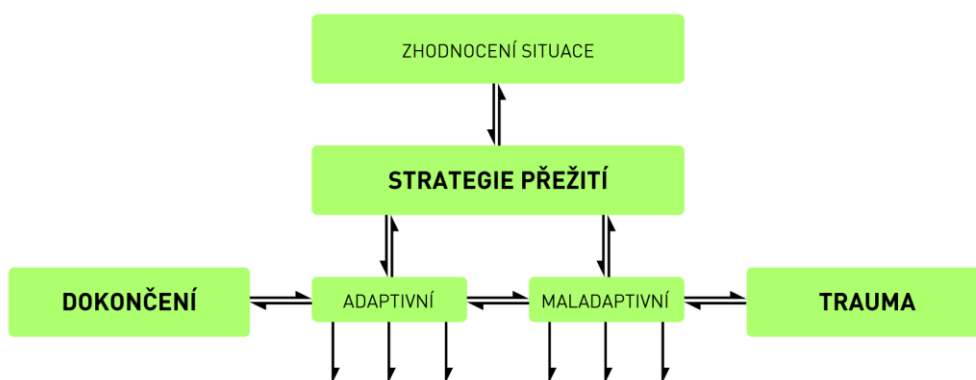
I přes rozdílné přístupy a koncepce, shodným názorem výše uvedených autorů zůstává, že potenciálně traumatizující událost je vědomě či nevědomě vnímaná jako život ohrožující a vzbuzuje zvýšené nároky jedince na vyrovnaní se s touto lidskou zkušeností.

### 2. 1. 3 Trauma, jeho dynamika a symptomy

„Traumatické události jsou mimořádné ne proto, že by se vyskytovaly zřídka, ale právě proto, že přesahují běžnou lidskou schopnost přizpůsobovat se životu (J. L. Herman, 2001, str. 55). Otřásají základy naší víry v bezpečnost světa a rozbíjí naši předpokládanou důvěru v něj (Levine, 2009, Tedeschi, Calhoun, 2006).

Moderní psychologie a psychiatrie má stále málo poznatků o rozličných a mnohoznačně působících osobnostních a situačních faktorech, které určují, jakým způsobem a zda vůbec se nás traumatická událost dotkne. V protikladu s tím detailně rozpracovává a postihuje soubor tělesných a psychických reakcí na ohrožení, které jsou pravděpodobně adaptivní a původně se vyvinuly za účelem pomoci zorientovat se v nebezpečné situaci a úspěšně se vyhnout následující (Herman, 1997).

Tomuto pohledu je blízký příspěvek P. Valenty o následcích traumatických událostí v podobě tzv. *strategií přežití* (angl. zkratka SSS) (Valent, 1998). Pod tento termín vztahuje obecně uznávané reakce na stres: útok a únik, které byly rozpoznány již Ch. Darwinem jako evoluční atributy nápomocné k přežití jedince a které H. Seley rozšířil o neurohumorální poznatky v teorii obecného adaptačního syndromu (Darwin, 2001). P. Valent navrhl osm strategií přežití s cílem vysvětlit rozmanité a často protikladné reakce na stres, které jsou popisovány jako fenomény posttraumatické poruchy. Strategie přežití vysvětlují adaptivní a maladaptivní, biologické, psychologické a sociální prvky a jejich následky ve společenském, morálním a duchovním rozměru (viz obr. č. 16). Mimo známých strategií útěku a boje sem řadí např. přizpůsobení, soutěžení, spolupráci, připojení se, záchranu a další (Valent, 1998).



Obr. 16 Strategie přežití a jeho místo v procesu vzniku ohrožení života (Valent, 1998, str. 117).

Někdy jsou lidé schopni se s těmito odpověďmi organismu na nebezpečí účinně, adaptivně vypořádat pomocí svých vlastních systémů podpory a příznaky vymizí do několika dní či týdnů po prožité události. Pokud symptomy přetrvávají nebo se objevují extrémní reakce na traumatickou událost zasahující do každodenního života, mluví o **posttraumatické stresové poruše (PTSD)** (Baldwin, 2010, Levine, 2009).

Při posttraumatické stresové poruše se neukončená traumatická reakce vrací a je znovu prožívána na psychické, tělesné i behaviorální rovině. Neukončenost této události začíná na biologické úrovni. Při percepci ohrožení se aktivuje přímo limbický systém, kde amygdala vysílá alarmující signál do hypothalamu a díky tomu dochází k aktivaci dvou různých systémů. Sympatický nervový systém stimuluje uvolňování hormonů z nadledvinek, adrenalinu a noradrenalinu, které mobilizují tělo k útěku či boji, reakcím na ohrožení. Druhý systém působí kortikoliberinem (CRH) na hypofýzu, která pomocí adrenokortikotropního hormonu (ACTH) stimuluje vylučování kortizolu z nadledvinek. Kortizol pomáhá po odeznění události zastavit produkci aktivizujících hormonů a tím opět dosáhnout tělesné homeostázy. Jestliže celý tento mechanismus probíhající po *ose hypothalamus-hypofýza-nadledvinky (HPA)* dojde až k fázi navrácení těla do homeostázy, posttraumatická stresová porucha se nerozvine a událost je ukončena (Rothschild, 2000, Solomon, Heide, 2005, Schreiber, Marešová, 2004).

Když není možné klást odpor ani uniknout a jedinec vyhodnotí situaci jako bezvýhodnou, lidský obranný systém se přetíží a rozvrátí. Různé komponenty normální reakce na nebezpečí budou mít tendenci přetrvávat v pozměněné a zvětšené podobě i po odeznění ohrožující situace. Traumatická událost tak způsobí hluboké změny v emocích, poznávacích a paměťových schopnostech a v oblasti fyziologické excitability. Neustále aktivovaný nervový systém má tendenci k hyperarousalu, přílišné aktivitě, i hypoarousalu, inhibované aktivitě, což výrazně zasahuje do běžného fungování jedince střídavým obdobím hyperaktivity a vyčerpání (Herman, 2001, Rothschild, 2000).

Traumatizovaná osoba může být ve stavu ustavičné ostražitosti a podrážděnosti a prožívat intenzivní emoce, aniž by si jasně vzpomínala na událost (van der Kolk, 1988). Někdy si naopak pamatuje vše detailně, ale bez emočního doprovodu (Rothschild, 2000). Tento stav poukazuje na určitý druh fragmentace, jehož účelem je sebeochrana organismu. Podle J. L. Herman mají traumatické symptomy tendenci oddělovat se od svého zdroje a žít vlastním životem. Lidé pak konají způsobem, jako by byli izolováni od současnosti (Herman, 2001).

Narušená schopnost integrovat vzpomínky na tíživou událost je vázána na změnu produkce hormonů působících na činnost hippocampu. Právě hippocampus a amygdala, podkorové oblasti limbického systému, zodpovídají za zpracování událostí a jejich zapamatování; amygdala jako centrum emocionální paměti a hippocampus jako významná oblast pro usazení událostí v čase a prostoru (van der Kolk, 1998, van der Kolk, Fisler, 1995, van der Kolk, van der Hart, 1989). Poruchy paměti mohou být dle E. G. Schachtela nejen amnestické, jako popisuje B. Rothschild,

ale i hypermnestické, což dokazují četné studie zaměřené na přesnost vzpomínek významných událostí (Rothschild, 2000, Schachtel, 1947).

B. van der Kolk připomíná, že již v roce 1889 P. Janet v publikaci „L'Automatisme Psychologique“ předpokládal biologickou souvislost vlivu traumatu na paměťové funkce (Janet cit. podle van der Kolk, van der Hart, 1989). Dle jeho úvah intenzivní emoční zážitky zanechávají stopu v nervovém centru a integrují se do existujících paměťových schémat. Autor poznamenal, že tyto silné emoce vyvolané traumatizujícím podnětem jsou uloženy mimo vědomí v podobě viscerálních podnětů (úzkost, panika), nebo jako vizuální obrazy (noční můry a vzpomínky) (van der Kolk, 1994, van der Kolk, 1998, van der Kolk, van der Hart, 1989).

Pomocí výsledků z dlouhodobého výzkumu mozku u traumatizovaných klientů B. van der Kolk podpořil a zpřesnil dosavadní závěry o neurologickém otisku život ohrožující události, které se týkají především činnosti limbického systému, mozkového kmene a čelního laloku. Limbický systém hodnotí emocionální význam přicházejících podnětů a podílí se na funkci paměti, která interpretuje vše, co je bezpečné, nebo nebezpečné ve světě. Rozdílně oblast mozkového kmene moduluje úroveň vzrušení- spánku, dýchání, močení a chemické rovnováhy. Za sníženou schopností plánovat, racionalizovat či potlačovat nevhodné chování během působení traumatického podnětu nese odpovědnost aktivita čelního laloku (Perquin, 2008, van der Kolk, Fessler, 1995, van der Kolk, 2007). Tím jsou osvětleny určité sociálně psychologické jevy.

Konkrétně lze v neurobiologických studiích pátrat po odpovědích, proč si lidé nejsou schopni vybavit všechny okolnosti události, co způsobuje sníženou schopnost rozlišovat bezpečí a nebezpečí, proč se vyskytují problémy s myšlením a mluvením a proč jedinci obtížněji komunikují s ostatními při prožívání velmi silných stresových situacích nebo jak dochází k neukončené mobilizaci organismu.

V závislosti na charakteru traumatogenní události, osobních proměnných, sociální podpory a dalších působících faktorů mohou účinky traumatu přinést jasné příznaky posttraumatické stresové poruchy nebo nemusí dosáhnout klinicky významné úrovně postižení (Margolin, 2008). Vliv traumatu na osobnost jedince a jeho kvalitu života je tedy značně subjektivní. I přes jeho zjevné rozmanité účinky jsou stanovena určitá kritéria, která obsahují základní znaky *Poruchy přizpůsobení (F 43)*, jak je uvedeno pod úzkostnými poruchami v MKN 10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : MKN-10, 2008).

V popředí symptomatologického obrazu stojí epizody opakovaného znovuprožívání traumatu v živých vzpomínkách a ve snech, pocity necitlivosti a emoční otupění, ztráta zájmu o příjemné činnosti, obtíže s pozorností, odtažení se od lidí a vyhýbání se veškerým podnětům připomínajícím traumatickou událost. Často se přidružují pocity úzkosti, deprese či suicidální myšlenky (Herman, Praško, 2004, Jones, 2008).

Všechny tyto různorodé symptomy PTSD rozřazuje J. L. Herman do tří základních kategorií: *zvýšená dráždivost* jako odraz ustavičného očekávaného nebezpečí; *intruze*, znovuopakování díky

obtížně smazatelným paměťovým stopám; *ustrnutí a ochromení* jako úniková reakce, stav vědomí (Herman, 2001).

Jinou klasifikaci, do určité míry vždy přítomných traumatických symptomů, přináší P. A. Levine (Levine, 2002). Společný pohled s J. L. Herman mají na příznaky *zvýšené dráždivosti a stažení* (Herman, 2001). Stažení se, podle D. Vizinové a M. Preisse sevření či konstriktce, je důsledek ochromení z totální bezmoci, které směřuje k inhibici aktivity, impulzivitu a emočního prožívání (Vizinová, Preiss, 1999). Vědomé vnímání okolí se zužuje a pozornost se zaměřuje na ohrožení. Fyziologicky dochází ke změně dýchání, svalového tonu, vazokonstriktci.

Třetím symptomem, *disociací*, popisuje P. A. Levine způsob ochrany člověka před neúnosným vzrušením. J. L. Herman jej řadí pod kategorii *ustrnutí*. Zkresluje se vnímání času, prostoru, ale i citlivosti vlastního těla. Jednou z možných podob odpojení se od svého těla či myšlenek je popření a somatizace (Herman, 2001, Levine, 2002).

Traumatické zranění je provázeno *bezmocí*, jejímž častým důsledkem je pokles aktivity nervového systému. V jedinci se střídají dvě protichůdné reakce, akcelerace i inhibice nervového systému, intruze a *ustrnutí*. Možné vysvětlení lze shledat v pokusu organismu najít rovnováhu mezi těmito protichůdnými stavy, neboť ani jedna z těchto dvou reakcí na nebezpečí neumožňuje integraci traumatické události do vědomí (Levine, 2002, Herman, 2001, Vizinová, Preiss, 1999).

I přes to, že se nemusí vyskytovat všechny příznaky naráz a ve stejné intenzitě, významně zasahují do společenského i pracovního života postiženého a mohou vzniknout v jakémkoli věku jako zpožděná nebo protahovaná odezva na stresovou událost či situaci hroživého charakteru, která způsobuje pronikavou tíseň. Podle délky trvání symptomů se rozlišuje posttraumatická stresová porucha akutní, chronická a s odloženým začátkem (Praško, 2004, Jones, 2008).

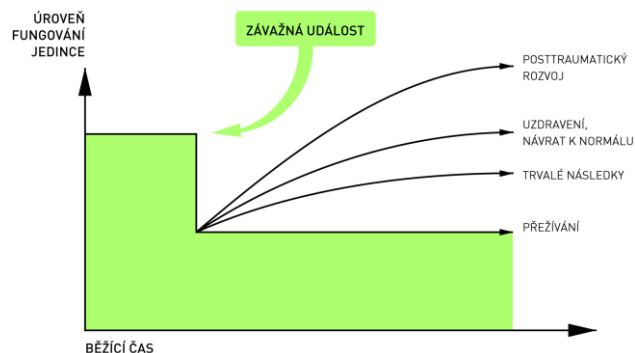
Zatímco negativní krátkodobé i déletrvající reakce na nebezpečí jsou podrobně zdokumentované, nedávno vzniklá literatura poukazuje na hluboké transformační procesy, které jsou vybudeny po zážitku traumatu a jsou ceněny jako pozitivní následky traumatické zkušenosti.

Na počátku vědeckého zájmu zkoumání pozitivních důsledků negativních událostí stojí patrně logoterapie V. E. Frankla (Frankl, 2006). Na základě osobních zážitků z různých koncentračních táborů dospěl autor k přesvědčení, že „...právě tam, kde nemůžeme svoji situaci změnit, právě tam se po nás žádá, abychom změnili sami sebe, abychom dozráli, dorostli a nakonec přerostli sami sebe“ (Frankl, 2006, str. 168). Právě v mezních situacích čelí člověk výzvě, aby podal svědectví o tom, čeho je schopen (Mareš, 2008).

Studium pozitivních změn a přínosů v rámci posttraumatického růstu se více systematicky rozvíjí od 80. let minulého století. Na Oddělení klinické psychologie univerzity v Newcastle, kde působí A. I. Sheikh, se v posledních pěti letech uskutečnilo mnoho výzkumných projektů v dané oblasti (Sheikh, 2008). I další autory jako např. R. G. Tedeschiho, L. G. Calhouna, P. A. Linleye, S. Josepha či J. L. Jones e spojuje společné téma vyjadřující paradox, že hluboká osobní

hodnota může vzniknout z hluboké osobní tragédie (Jones, 2008, Linley, Joseph, 2004, Tedeschi, Calhoun, 2004).

Neznamená to, že by traumatizovaní jedinci unikli negativnímu dopadu situace, ale někteří z nich skrze extrémní nepříznivé okolnosti dosahují životní moudrosti, jedinci „nečekaně přechází na novou úroveň významu, mění filozofický postoj a tím vztah k sobě a ke světu“ (Sheikh, 2008, str. 85), jak lze vidět v grafické podobě na obrázku č. 17.



Obr. 17 Průběh reakce na traumatickou událost (modifikováno dle Tedeschiho, Parka, Calhouna, 1998).

R. G. Tedeschi a L.G. Calhoun na základě kvalitativních studií s dospělými jedinci prvně označili pozitivní zisky v rámci traumatické situace jako **posttraumatický růst** (Posttraumatic growth- PTG) (Tedeschi, Calhoun, 2006). Zahraněčí studie uvádí vedle PTG další pojmenování tohoto fenoménu. Nalezneme je pod názvy: růst související se stresem (stressrelated growth), růst po neštěstí (adversial growth), vnímaný prospěch (perceived benefit), prospívání (thriving), pozitivní přerámování (positive re-interpretation), požehnání, milost (blessing), pozitivní přizpůsobení (positive adjustment) či pozitivní adaptace (positive adaptation) (Linley, Joseph, 2004, Tedeschi, Calhoun, 1996).

Posttraumatický růst značí zkušenost pozitivní změny, ke které dochází v důsledku zápasu s vysoce nepříznivou životní krizí (Mareš, 2008, Preiss, 2009). Je chápán jako „protiklad posttraumatické stresové poruchy, což vede ke zdůraznění skutečnosti, že určitý pozitivní zisk v podobě růstu se projevuje i v těch nejzávažnějších traumatizujících okolnostech a navzdory stresu, který současně působí“ (Tedeschi, Park, Calhoun, 1998, str. 3). Projevuje se mnoha způsoby, z nichž autoři vyzdvihují pět základních oblastí: větší ocenění života obecně, více smysluplných interpersonálních vztahů, zvýšené vnímání vlastní síly, změna priorit a bohatší existenciální a spirituální život (Tedeschi, Calhoun, 1996).

Tradici, která hovoří o potenciálu k překonávání utrpení a objevování vlastních zdrojů energie pro změnu, lze vystopovat již od starověku v náboženských a filozofických úvahách u Řeků, křesťanů či buddhistů. V Číně se vyskytuje znak pro krizi, který je zkombinován ze dvou slov-ohrožení a příležitost. Po stovky let existují možnosti, jak mohou být velké životní ztráty a náročné situace zdrojem osobnostní proměny a růstu. V novověku připomínají tento přístup

psychologická díla V. E. Frankla a také myšlenky humanistických směrů (Frankl, 2006, Rogers, 2000, Sheikh, 2008).

Existenciální a humanistická psychoterapie oceňuje paradoxní důsledky hraničních či traumatizujících událostí, které „poukazují na absurdní snahu dosáhnout jistoty a bezpečného způsobu života, a vedou tak člověka k plnějšimu prožívání a většímu uvědomění svého bytí ve světě“ (Veselá, 2008, str. 63).

Náročné životní situace jako zdroj osobnostní proměny a růstu odpovídají perspektivě pozitivní psychologie. Trauma z pohledu pozitivní psychologie tak kontrastuje s tradičním zaměřením na negativní příznaky plynoucí z traumatické zkušenosti a zdůrazněním významu traumatu pro psychopatologický vývoj. Na základě úvah M. E. P. Seligmana a P. A. Linleye neurčuje pozitivní psychologii soubor technik v terapii, ale myšlenky terapeuta o základních předpokladech lidské povahy, podle nichž jsou lidské psychice vrozené tendence, které napomáhají růstu, integraci a řešení psychologických konfliktů (Seligman, Linley, 2004). Pessu Boyden psychomotorická terapie s jejich optimistickým pohledem na člověka i možností změny a individuálním rozvojem jedinců výrazně rezonují s principy pozitivní psychologie.

#### **2. 1. 4 Pohled na trauma v rámci PBSP**

*„Trauma je jedním z nejničivějších vloupání a poškozování života člověka“ (Schrenker, 2008, str. 99).*

Jedná se o fyzické a emocionální reakce na ohrožující podnět, které spouští náhlé a nežádoucí účinky, jež přesahují naše hranice rozsahu běžně užívaných zvládacích mechanismů, které nejsou v danou chvíli dostačující. Touto definicí se PBSP nijak neodklání od běžně definovaného termínu traumatu. Autoři PBSP charakteristikou podnětů, které mohou traumatickou událost vyvolat, zasahují velkou oblast různorodých situací a okamžiků. Ty se na první pohled jako traumatizující jevit nemusí. Příkladem může být život měnící událost jako je ztráta partnera, potrat či dlouhodobé nemoci a operační výkony. „Důležitým aspektem je proces subjektivní důležitosti této akce pro jednotlivce a jeho zranitelnost v dané době“ (Schrenker, 2008, str. 102). Události bezprostředního fyzického ohrožení života, ale i psychologické a sexuální trauma jsou základními kategoriemi ohrožujících zkušeností v teorii psychomotorické terapie. Společným jmenovatelem všech zůstává zážitek intruze, který brání rozvoji zdravé, integrované, komplexní sebeochrany proti zneužívání mysli i těla.

Nepatrná situační podobnost s původním podnětem má sílu znovuaktivovat vnitřní reakci organismu na nebezpečí. Van der Kolk a van der Hart se domnívají, že oběti traumatu často zažívají tyto pocity bez pochopení souvislostí s jejich kořeny (van der Kolk, van der Hart, 1991).

L. Perquin přináší výsledky z použitých zobrazovacích technik, v nichž je zřetelná vysoce aktivní oblast zrakové kůry mozku a oblast amygdaly, naopak sníženou činnost vykazuje Brocovo centrum řeči (Perquin, 2008). Tyto neurologické výsledky odpovídají zkušenostem psychoterapie, kdy traumatizovaní lidé nejsou často schopni vyjádřit slovy, co cítí. Alexythimie má co dočinění s primitivními strategiemi přežití našich předků. V situaci nebezpečí museli rychle reagovat, aby přežili, a vědomá reflexe a úvahy by znamenaly ztrátu času a v realitě jejich smrt. V tomto ohledu naše evolučně zděděná neurologická organizace mozku reaguje na ohrožující signály přímou cestou do mozkového kmene. P. A. Levine vedl dlouhé roky výzkum rozboru těchto archaických vzorů a představoval je na chování antilopy (Levine, 2002). Jedním ze základních typů reakcí je čelit hrozbám, druhým je znehybnět, ztuhnout.

Podle A. Pessa tyto odpovědi organismu na nebezpečí uvolňují nekontrolované síly. Když přichází nebezpečí můžeme *utíkat, zamrznout, bojovat* nebo *nabízet lásku* jako usmíření (Pesso, 2007). Pokud naše fyzické či psychické limity byly překročeny násilím, bezmocí, strachem, neseme si důsledky v našem životě a toužíme po ochraně. Jestliže ochrana nepřichází zvenku, jedinec se chrání tím, že se oddělí od svých pocitů a přestane cítit, disociuje se. Jinou obranou může být depresivní prožívání či sebedestruktivní jednání. Sebedestruktivní chování může mít podobu sebepoškozování, hladovění či povahu nechráněného sexu a zmírňuje mnoho různých příznaků jako prázdnotu, pocity viny, vzteku apod. (Pearson, 200?, Schrenker, 2008).

PBSP jako systém emocionální regenerace znovuzvědomuje a znovuaktivuje tělovou paměť a emoční energie, které byly přítomné ve formě symptomů disociace či hyperarousalu (van der Kolk, van der Hart, Marmar, 1996). Je známé, že dlouhodobé reakce na stres, na trauma mají negativní dopad na naši fyzickou, emoční i psychospirituální pohodu. Z toho důvodu se ukazuje jako užitečné při léčbě traumatizovaných klientů vytvořit podmínky, které by umožnily, aby se všechny reakce související s ohrožením staly vědomé, byly pojmenovány, byl jim dán prostor k vyjádření a byly přijaty a nehodnoceny. Nejdříve se hojivé kroky dějí pomocí cvičení, která podporují navrácení kontroly a citlivosti k vlastnímu tělu a důkladné edukace. Až poté mohou traumatizovaní klienti vstoupit do procesu struktury (Pesso, 1991).

Z obecné definice traumatu vyplývá, že jedinec, který je zavalen bezmocí a zraněním v ohrožující události, ztrácí nad situací moc a kontrolu. Toto právo na kontrolu situace musí být klientovi navráceno a nezadatelně zajištěno. Nesmí být ignorovány jeho potřeby, aby nebyla opakována stará historie. Klient potřebuje zpět získat také kontrolu nad svými emocemi, tělem a vztahy. U traumatizovaných lidí můžeme pozorovat dysregulaci vztahů, která se projevuje vyhýbáním se a zároveň úzkostným lpěním na sociálním okolí, přechodem mezi žádostí o pomoc a jejím odmítnutím, touhou po intimní blízkosti a obavy z ní. Pocity strachu, hrůzy, smutku a poranění musí být povoleny a adekvátně vyjádřeny, stejně jako musí být tyto pocity oceňovány prostřednictvím ideálních osob. Jen za těchto okolností mohou být integrovány a nezůstat uzamčené v somatických symptomech (Pearson, 200?).

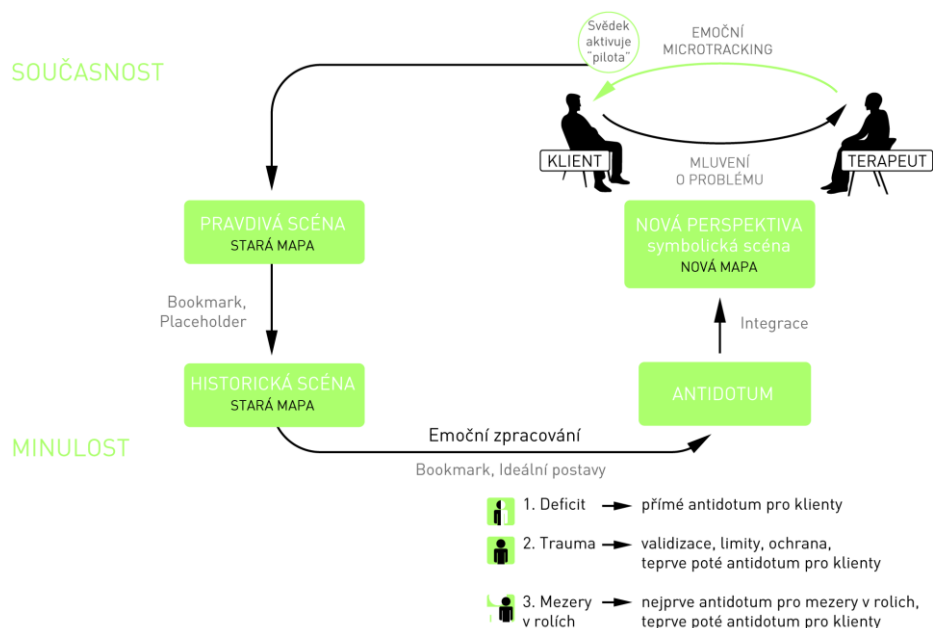
Jak těchto kroků v PBSP rámci dosáhnout? Odpověď psychomotorická terapie vměstává do jejího hlavního cíle - vytrvalé podpory klientovy samostatnosti. Jak bylo řečeno, u klienta s traumatickou zkušeností se při bezmoci aktivují primární strategie ochrany, které obcházejí činnost kůry mozkové a vědomá úroveň je výrazně snížena. A. Pesso tento proces nazývá „vypnutím pilota“ (Pesso, 2007). Bez schopnosti rozhodovat a aktivně se účastnit terapeutického procesu není léčba možná, proto je nutná jeho obnova. V souvislosti s traumatickou historií zároveň vyvstává nebezpečí, že s obnovením vědomé funkce ztratí klient opět kontrolu nad situací pod vlivem hrozby bezmocnosti (Schrenker, 2008). Tuto situaci je nutné mít stále na paměti a poskytovat od počátku podpůrné a ochranné postavy, které pomáhají zvládnout klientovi tyto silné emoce bezpečným způsobem.

Po dlouhé roky se v psychoterapii objevuje základní přesvědčení, že se skutečné léčení traumatických zážitků děje prostřednictvím katarze. Potlačované, bolestivé vzpomínky je nutné dát zpět do vědomí a zažít pocity spojené s tímto procesem jako základ hojení. A. Pesso na základě pozorování tohoto postupu zjistil, že každá reaktivace je zároveň retraumatizací, což přispívá k posilování existujících příznaků (Pesso, 2007). Místo toho v daném bodě PBSP terapie kotví nový aktivní způsob klienta, jak se v této situaci ochránit proti zahlcení intenzivními pocity z aspektů reálného příběhu. „Tam, kde bylo zaznamenáno násilí, zranění nebo ochromení, bývalo by bylo potřeba pomoci, milujícího života, ochrany a dodržování limitů“ (Schrenker, 2008, str. 144). A. Pesso z historie okamžitě vyvolává léčení v symbolické scéně s vědomím toho, že jedinec ví, co v jeho příběhu tenkrát chybělo či přebývalo v interakci s okolním světem (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009, Pesso, 2007, Pearson, 2007, Schrenker, 2008).

Pesso Boyden psychomotorická terapie uvolňuje akumulovanou energii traumatické události ve formě emočního chování uplatňovaného v současnosti, kdy dochází ke znovumodelování výkladu této minulé události a k integraci vytěsněné vzpomínky do vědomí pomocí léčebné akce. Nový emoční zážitek tak napomáhá naformulovat bezpečné, normální, zdravé, adaptivní reakce na traumatickou událost, aby paměť uzamčená v těle nebyla probuzena jiným traumatem (Pesso, 2002a, Pesso, 2007).

Pro bližší dokreslení předkládáme fiktivní kazuistiku s komentářem. Základními pilíři pro její vytvoření se staly podklady z mnoha různých terapeutických sezení PBSP zahraničních lektorů, jejich přepisů či videonahrávek. Pro větší autenticitu je uvedená kazuistika psána běžně užívaným, hovorovým jazykem. Pro jasnější představu a orientaci v jednotlivých etapách sezení přinášíme modifikovaný obrázek č. 18 psychoterapeutického procesu PBSP.





Obrázek 18 Čtyř kvadrátový model průběhu struktury (modifikováno dle Perquina, 2006).

Počátku každé struktury předchází část nazývaná check-in, v rámci níž členové skupiny vzájemně sdílí, jak se jim daří a co se odehrávalo v jejich životech od posledního setkání. Naše klientka říká: „Už třetí setkání se připravuju na to, že bych měla ráda strukturu a vždy, když se blíží setkání, tak mám v hlavě prázdnou. Přitom si vždycky odnáším kupu zážitků a děje se se mnou spousta věcí. Chtěla jsem o tom mluvit už víckrát, ale až dneska mám odvalu a nebo spíš velký napětí. Závidím ostatním, jak umí hezky vyprávět.“

Klientka se přihlásila o strukturu, sedá si doprostřed kruhu na zem před terapeuta a po krátké pauze začíná mluvit.

Komentář: Terapeut není tou osobou, která rozhoduje o skutečnosti, kdo bude mít v jaký čas strukturu. Poskytuje prostor členům skupiny, aby se při větším zájmu dohodli na pořadí nebo se volí technika losování, kde mají všichni stejné šance. Důležitou oporou je také kontrakt, v němž je specifikován počet terapeutických sezení vzhledem k danému času.

K: „Nevím o čem mám dneska mluvit, přijdu si jako za stěnou, nemohu se dostat ke svým pocitům“.

Komentář: Klient si může připravit téma, o kterém chce hovořit, nebo volně asociovat. Mnoho klientů přichází ve struktuře s tématem, které je doprovázeno aktuálně přítomnými emocemi. Pro terapeuta je ve struktuře důležitý moment, kdy se objeví emoční výraz na tváři klienta či v pohybu. V tu chvíli provádí mikrotreking pomocí hlasů a svědka.

T: „Máme tu hlas disociace, který říká: „Odděl se od svých pocitů, buď za stěnou!“

Komentář: Hlas je jedním z nástrojů zvědomování postojů, našich myšlenek, které představují klientovu realitu vnitřní zkušenosti, když byl dítě,

nebo jsou následkem hodnocení, které načerpal z kontaktu s osobami ve svém životě. Schopnost disociace je jednou z obranných reakcí, kterou se jedinec chrání před zahlcením nepříjemnými pocity.

*K: „Jo, tento stav znám, když mi odešla sestra, byla jsme malá a všichni kolem mne běhali, předávali si mne mezi příbuznými a já jsem moc nerozuměla, co se děje....je to vlastně úplně stejně teď, když o tom mluvím.“*

Komentář: Nyní se poprvé objevil výraz ve tváři a klientka zároveň změnila postoj těla, schoulila se do sebe. Terapeut provádí tělově emoční diagnostiku a pomáhá jí prostřednictvím svědka zvědomit emoční doprovod mluveného a uvést jej do kontextu. A. Pesso definuje postavu svědka jako kladnou, pečující postavu, která nehodnotí, vidí a popisuje emocionální výraz klienta (Pesso, 1994).

*T: „Kdyby tu byl svědek, tak svědek by řekl: „ Vidím, kolik smutku cítíš, když mluvíš o tom, jak tvoje sestra odešla.“*

Komentář: Na zpětné reakci klienta vidíme, zda nazvaná emoce byla správná nebo nikoli...když ji klient uslyší a zvědomí si ji, přikývne nebo odvětlí...ukazuje se zde princip tvaru a protitvaru, který má kvalitu adekvátní či neadekvátní interakce. Prostřednictvím co nejpřesnějšího slovního popisu se klienti učí rozlišovat a pojmenovat různé, často subtilní, pocity. Rozvíjet slovník pocitů paralelně pomáhá klientům rozšiřovat jejich vnímání a zpracovávat emoce. Tento proces svědkování vychází z přirozené rodičovské funkce, kterou můžeme pozorovat ve vývoji (Schrenker, 2008). Rodič pojmenováváním emocí u dítěte rozvíjí jeho citové vnímání a následně vyjadřování a tím jej učí verbálně vyjádřit jeho vlastní zkušenosti.

*K: „Odešla jako že umřela, je to pro mě těžký takto vyslovit nahlas...“*

*T: „Kdyby tu byl svědek, tak svědek by řekl: „Vidím, kolik bolesti cítíš, když vyslovuješ, že setra zemřela.“*

Komentář: Bolest musí být viditelná na mimice, postoji, barvě hlasu, nejedná se o pouhou reflexi řečeného, ale o neustálý proces zvědomování tělové reakce na paměťový obraz (když mluví klientka o sestře, přicházející vzpomínky vidí jako obrazy jejím vnitřním zrakem, tzv. okem mysli a tělo reaguje na tento historický obraz) (Pesso, 2005). Aktuální vnímání, pocity a reakce na impulzy jsou úzce spojeny s původní situací.

*K: „Hmm, ani si neuvědomuju, co bylo pro mne horší, jestli to, jak se o mně nikdo nestaral, a nebo to, jak jsem viděla všechny plakat...to bylo strašný, když na to teď vzpomínám a mluvím, tak začínám mít knedlík v krku a přitom nemám proč.“*

*T: „Je tu hlas, který říká: „Nemáš proč mít knedlík v krku!“*

Komentář: Toto zvnitřnělé přesvědčení je ukryto za prožitkem a tvoří dobře přístupný motivační aspekt naší osobnosti (Siříněk, 2005). Cílem externalizace je dostat

do původní interaktivní podoby to, co bylo internalizováno. Takto zobrazená „mapa vnitřních významů“ vzbuzuje další emoční reakce a myšlenky s tím spojené. Uvědomění myšlenek a pocitů z mikrotrekování je klíčem následného zvyšování kapacity klienta pro seberegulaci.

*T: „Kdyby tu byl svědek, svědek by viděl, jak zaujatá jsi, když přemýšlíš o tom, co bylo pro tebe horší.“*

Komentář: Pokud bychom se nedívali na klienta, z obsahu mluveného bychom se mohli domnívat, že se může cítit nejistá, úzkostná, ale i našťavaná apod. A. Pesso říká, že bychom byli stále v oblasti kůry mozkové, kdežto zaměření na tělo nás vede k hlubším vrstvám nervové soustavy, které souvisí s našimi pravými pocity (Pesso, 1994).

*T: „Pojďme sem dát placeholder tvojí sestry, vyber si nějaký předmět a umísti jej do prostoru.“*

*K: Klientka si vybírá plyšáka želvu a dává jej vpravo metr od sebe, stále se na něj upřeně dívá a začíná plakat..*

Komentář: placeholder je jakási databáze v naší mysli, databáze všech obrazů, myšlenek, vzpomínek, emocí, které daný symbol v tuto chvíli značí, vše co se ukazuje aktuálně v oku mysli klienta. Když se pohybujeme v historii klientových obrazů a internalizovaných významů, které se objevují v pozadí aktuálně prožívaných emocí, jsme v oblasti historické scény.

*K: Klientka pláče... „Mně bylo teprve 7 let a mojí sestřičce 4, byla vážně nemocná, zjistili to doktoři týden před smrtí...doted' nevím, co jí přesně bylo, něco se srdcem, měla nějakou špatnou trubičku...s nikým jsem se o tom nebavila....proč se to stalo zrovna nám?“*

Komentář: Placeholder vzbuzuje více konkrétních myšlenek a emocí a vede klienta významově do míst jeho nenaplněné historie, která se nyní aktuálně vybavuje. V tomto stadiu začínáme mít průhled do historického pole klientky, které je třeba ke stavbě symbolické scény. Se zkušeností z období vážné, život ohrožující situace mohou děti žít jako s hrozbou a nejistotou, plně pod tlakem nároků na sebe samé. Vnitřní zkušenost dítěte je poznamenána zážitky osamocení, kdy se dětem nedostalo vnější pomoci a které se stává masivním přetížením.

*T: „Kde byli tví rodiče?“*

Komentář: Touto otázkou terapeut zjišťuje vztahovou situaci v rodině, klientka mluvila nejdříve o tom, jak o ní nebylo dostatečně pečováno, což poukazuje na deficit potřeby péče, zároveň byla vystavována nadlimitní emoční zátěži v době smrti sestry (můžeme předpokládat psychické trauma) a dále o rodičích již nemluví.

*K: „Mám pocit, že nebyli, pamatuji si jen velké pocity samoty a strachu a zmatku....nerozuměla jsem tomu, co se děje, slyšela jsem jen hodně tichého hlasu mámy za dveřmi, pak byla Anežka*

*v nemocnici a pak už nikdy nepřišla..., a já jsem si myslela, že když je někdo chvíli pryč a máma je za dveřmi, že ten někdo už taky nepřijde. Celý život se jen bojím, že někdo zemře.“*

Komentář: zde se hypotéza o traumatické zkušenosti potvrzuje, neboť podle definice traumatu se jedná o jakoukoli situaci, kde jedincova integrita je ohrožena zážitkem, který vyvolává strach o svůj či cizí život...

*K: „Kdyby tu byl svědek, svědek by viděl, kolik rozdílných emocí jako je bolest, úzkost, a strach ti situace s mámou za dveřmi a Anežkou, která nikdy nepřišla nazpět, přináší.“*

Komentář: Klientka hovořila o vynořující se vzpomínce, která se dostala zpět do vědomí. Terapeut pomocí svědka komentuje viditelné emoce na její tváři s tím spojené a propojuje je s kontextem, který je třeba brát doslovně. Tím se aktivuje pilot a vnímání vlastních pocitů se dostává do popředí vědomí. Pocity mohou být nápadné pouze krátkou dobu a neustále se mění s tokem myšlenek, obrazů a vzpomínek (Bachg, 2004). Úkolem terapeuta je rychle se rozhodovat, jaký aspekt nebo emoci při mikrosledování vyzdvihnout.

*A: Klientka hlasitě vzlyká, přikyvuje a drží si své ruce.*

Komentář: Pokud klient ukazuje hluboké pocity, které dlouhou dobu zadržoval, neměl k nim přístup a nebo nebyly v jeho historii uznávané, naučí se self-self interakci. Chybí-li dítěti blízký kontakt, učí se být soběstačné a poskytovat si podporu a péči samo sobě. Utěšuje samo sebe, protože to nedělá nikdo z venku. Zde se ukazuje nevědomě tento starý vzor self-self interakce, když si klientka drží a hladí vlastní ruce. Nesmíme také opomenout z teorie traumatu, že si traumatizovaní klienti často neuvědomují potřebu ochrany, a také je důležité myslet na potřebu limitů, neboť u klientů s traumatickou historií je velmi častý strach, že je jejich emoce pohltí. Proto často vidíme u těchto klientů aktivované obranné mechanismy, které brzy odstraní silné pocity k jejich úplné disociaci.

*T: „Jaké by to bylo, kdybychom sem vzali nějakou podpůrnou osobu, která by ti pomohla zvládnout tyto silné emoce a mohla by ti držet ruce způsobem, jak si je držíš sama a ochraňovala by tě. Není tvým úkolem zvládat vše sám, s tím jsi se nenarodila.“*

*K: „Hm, to bych potřebovala.“ Klientka se pousmála a rozhlíží se po místnosti, vybírá Marii do role ideální podpůrné a ochranné postavy.*

Komentář: Velmi často klient cítí viditelnou úlevu, když stojí na scéně tato pozitivní postava. Pozitivní postava jí říká: „Se mnou můžeš cítit a vyjadřovat tyto pocity a já ti je pomohu zvládnout.“ V Pessu Boyden psychomotorické terapii je hraní rolí velice specifické, neboť se v nich zásadně neimprovizuje, nýbrž se co nejdříve plnějším způsobem plní instrukce vzešlé z dohody klient-terapeut (Širínek, 2005).

*K: Klientka hluboce pláče a je v objetí této podporující postavy. Po chvíli říká: „Přijde mi to nyní spíše jako ideální matka“.*

Komentář: V tomto momentě je vidět, že klientka má za sebou již několik struktur a je schopná žádat určité prvky-např. ideální matku. V nové skupině na počátcích s touto intervencí přichází terapeut. Postava ideální podpory se rozšiřuje na ideální matku. Tento moment v rámci struktury obvykle charakterizuje přechod k léčivé scéně.

*IM: „Kdybych já byla tvoje ideální matka, když ti bylo 7 let, mohla bys být u mne takto schoulená v bezpečí“.*

Komentář: Je důležité, aby zážitek s ideální matkou byl co nejuvěřitelnější. Naše klientka následovala své impulzy a sama je přivolala. Často se při kontaktu s ideálními postavami objevují ambivalentní pocity, jednak dojetí a také smutek, protože obraz milujícího rodiče v sobě nese mnoho aspektů nenaplněné touhy z vlastní historie.

*K: Klientce začínají téct slzy po tváři a říká: „Nikdy jsem si neuvědomovala tak hluboký smutek nad zemřelou sestrou“.*

*T: „Jsi nyní ve spojení s ideální matkou, jaké by to bylo mít tady také ideální sestru, která by nikdy nezemřela?“*

*K: „Jo, to by se mi líbilo, jen nevím, zda tomu budu věřit, moje sestra je přece mrtvá.“*

Komentář: Nyní se ukazuje aktuálně nedostatečné rozpoznání historické a symbolické scény. Je potřeba posílit bdělé vědomí a jako další krok je nutné provést edukaci a práci na pilotovi, řídicí, vědomé, rozhodovací části. Bez toho nelze pokračovat v procesu PBSP, protože pokud by klient nevěřil a pokračoval ve struktuře, byl by používán a „hrál divadlo“ pro terapeuta. Zvětšoval by tak propast mezi svojí duší a Já.

*T: „Rád bych se ujistil, jestli dobře rozumíš tomu, co se děje, když někdo vstupuje do rolí ideálních osob. Nejsou to reálné osoby z tvé historie, ale jsou to hráči v rolích ideálních postav, které mohou nyní aktuálně být s tebou a s tvými prožitky z minulosti a vytvářet symbolickou zkušenost. Neměníme tvoji historii, ta je tvojí součástí a pomáhá ti vědět, kdo jsi. Bez paměti bychom neměli identitu. Pouze vytváříme nové, alternativní zkušenosti, které si budeš moci ponechat ve formě zážitku. Je to takto srozumitelné?“*

Komentář: Důležitou součástí PBSP procesu je edukace, která napomáhá klientovi rozumět souvislostem, definovat své „prožitkové mapy“ a napomáhá být si v každém okamžiku vědomý, co se odehrává uvnitř či vně mne.

*A: „Je, jen jsem byla asi víc ponořená v minulosti, tohle mi pomáhá se vracet sem.“*

*T: „Kdyby tu byl svědek, tak by svědek viděl, jak si jsi jistá, co ti pomáhá se sem navracet.“*

Komentář: Klient by neměl ztrácet kontakt se svými emocemi, neustále by měla plynout energie mezi myšlenkou na ideální rodiče, symbol nebo čímkoli, co se nyní odehrává, jedině tak se stává proces živým.

*T: „Součástí terapie je dobrá znalost jejího procesu a já jsem v tuhle chvíli víc tvůj učitel než průvodce. Co tedy nyní říkáš na přivedení ideální sestry?“*

Komentář: Z předchozí reakce je zřejmé, že si klientka znovu zvědomila různé časové scény v kterých se pohybuje, což napomáhá orientaci ve vnitřní zážitkové mapě a rozpoznání toho, co je skutečné, co symbolické, což je nutným předpokladem pro pokračování PBSP sezení.

*A: „Můžeme to zkusit, jen teď ještě přemýšlím, že tam není nikde otec.“*

Komentář: A. Pesso předpokládá, že se každý z nás rodí s gramatickou strukturou příbuzenských vztahů. Klientky žádost o ideálního otce podtrhuje toto geneticky dané očekávání, že každé dítě má dva rodiče, nejen matku či otce. To by mohlo být nebezpečím v realitě, které popisuje teorie mezer v rolích.

*T: „Co s tím můžeme udělat?“*

Komentář: Terapeut možností volby vytváří sféru možností, prostor, kde jsou respektovány a naplňovány potřeby jedince a rozvíjena jeho jedinečnost...impulzy by měly v co největší míře přicházet od klienta, nikoli od terapeuta.

*A: „Chtěla bych tu mít oba ideální rodiče a ideální sestru.“*

*T: „Pojď je sem přivést.“*

Komentář: Od chvíle přivedení ideálních postav přecházíme z historické scény do scény symbolické, léčivé, první krok byl proveden již přítomností ideální matky na scéně.

*A: Klientka vybírá do rolí své kolegy ze skupiny a kolegové opakují po terapeutovi: „Vstupuji do role ideální sestry, která by nikdy nezemřela, Vstupuji do role ideálního...“*

*T: „Kde by měli stát? Umísti je někam do prostoru.“*

*A: Klientka se dlouze rozhlíží a poté je usazuje kolem sebe do kruhu a chytá se s nimi za ruce.*

Komentář: Klientka je řízena vnitřními impulzy, jak by měla ideální scéna vypadat. Jedná se o subtilní práci na základě vizuálně prostorového vnímání a elementární pocitové reaktivity (Širínek, 2005).

*IR: „Kdyby my jsme byli tvoji ideální rodiče, když ti bylo 7 let, pak bychom tvořili takovouto pevnou rodinu a sedali bychom si zrovna takovým způsobem.“*

*IS: „Kdybych já byla tvoje ideální setra, nikdy bych nezemřela a byla bych součástí této rodiny a tvoji sestřičkou. Seděla bych vedle tebe a držela tě za ruku vždy, když by to bylo třeba.“*

*K: Klientka se usmívá a hraje si s rukama sestry a matky.*

*IR: „Kdyby my jsme byli tenkrát tvoji ideální rodiče, mohla by sis s námi a svojí sestrou takto hrát a my bychom se radovali, jakou máme spontánní dceru, která se umí radovat!“*

Komentář: Terapeut poskytuje klientce četné interakce s ideálními rodiči a ideální sestrou. Je třeba se dotazovat, zda by chtěla v tuto chvíli ještě něco slyšet, nebo udělat

a tím se neustále vytváří léčivá symbolická scéna, v které klientka zažívá nové zkušenosti, jež jí chyběly v jejím vývoji.

*IR: „Kdyby my jsme byli tví ideální rodiče, nikdy bychom tě nenechali osamocenou a vždy bychom ti byli nablízku v těžkých chvílích.“*

Komentář: Klientka se navrátila k pocitům z počátku struktury, kdy vyprávěla o svém osamocení. V tento moment je důležité ji podporovat, aby dostala vše, co nyní cítí a potřebuje. Je zde prostor na jakákoli slova a interakce, která naplňují neadekvátní sycení potřeb v průběhu historie, ať již deficitní či traumatické. Terapeut musí sledovat po celou dobu klientovu pracovní alianci, která je viditelná na neverbálních projevech, jako je např. úsměv, pokývnutí apod. (Schrenker, 2008). Neustále je dobré brát na zřetel klientova přání jako motivaci k dalšímu kroku v symbolické scéně.

...pokračuje interakce klientky s ideálními postavami až do momentu, kdy v tuto chvíli pociťuje dobrý konec ve vymezeném čase.

Komentář: Pokud je interakce s ideálními postavami skutečně harmonická, odráží se pocit spokojenosti viditelně na celém těle klienta. Tělo se hluboce uvolňuje, klientka drží na jedné straně ruku ideální matky, na druhé ideální sestry a dívá se střídavě na všechny postavy včetně ideálního otce. Její tvář odráží vnitřní spokojenost malého dítěte. To je jasný signál, že je čas dokončit strukturu a přejít k fázi kotvení. Otevírá se tak rituální scéna pro klienta, který je požádán, aby si zvnitřnil, „nasál do sebe“ všechny tyto pocity, blízkost ideálních rodičů a ideální sestry, aby tuto zkušenost mohl internalizovat na emocionální i tělesné úrovni. Při této fázi se objevuje několikaminutové absolutní ticho. Tuto novou zkušenostní perspektivu považuje PBSP terapie za zdroj léčení. Obvykle je posledním rituálním krokem fáze hojení derolování ideálních postav, svědků, hlasů, placeholderů.

*T: „Byl tu hlas disociace.....fuu.....už tu není, stejně jako postava svědka.“*

*IR + IS: Ideální otec, matka a sestra vystupují z role naráz. „Vystupuji z role ....a jsem opět...“*

Komentář: Terapeut nejdříve deroluje hlasy, postavu svědka, placeholder a odjímá jim symbolický význam, poté vystupují z role ideální postavy, které opouští scénu antidota společně, aby nedošlo k fragmentaci obrazu, který si klientka zvnitřnila. J. Siřínek říká: Zkušenosti potvrzují, že vydařené antidotum generuje významy a možnosti i po skončení struktury“ (Siřínek, 2005). Jedinci vystoupení z rolí se opět vrací na své místo.

Po struktuře následuje sdílení pocitů členů skupiny, klient si v daný čas nalézá pro sebe klidné místo, kde může z povzdálí poslouchat zážitky ostatních, nebo být ještě ponořen v doznívající zkušenosti ze strukturální práce.

Když se navrátíme k obr. č. 18, můžeme porozumět rozdílným krokům v terapeutickém procesu u jedinců s traumatickou zkušeností, u klientů s nedostatečně naplňovanými potřebami v dětství či jedinci s mezerami v rolích. Výše uvedená kazuistika má pro naši rigorózní práci značný význam, neboť přibližuje čtenářům podrobný způsob PBSP práce s traumatizovanými klienty a vysvětluje intervence z psychologického pohledu. Stejně tak zajímavou oblastí jsou zbylé dva způsoby neadekvátního syčení potřeb a terapeutická práce s nimi. Z praxe víme, že tyto tři základní podoby narušené saturace se prolínají a málokdy se vyskytují zcela osamocně.

Pojďme si představit zbylé dva postupy práce v následujícím úseku fiktivní kazuistiky, která pomocí komentářů přiblíží možný průběh reálného terapeutického sezení. K rozhodnutí začlenit do této části též kazuistiku ilustrující práci s mezerami v rolích a deficitní přispěla forma empirického výzkumu, v níž analyzujeme videonahrávky terapeutické práce nejen klientů traumatizovaných, ale i jedinců bez posttraumatických symptomů.

Pro přiblížení zbylých teoretických konceptů v praxi nám poslouží úsek terapeutického sezení vysokoškolského studenta, který vyrůstal sám s matkou a sourozenci v malém městě poté, co je opustil otec.

.....(struktura již běží)

*T: Takže jsi vyrůstal se svou matkou.*

*K: Ano, spolu s mými sourozenci. Pamatuji si, jak pořád hodně pracovala. Buď byla doma nebo v práci. Neměla na nás moc času.*

*T: Kolik ti bylo let?*

*K: Asi 7.*

*T: Takže se nám zde objevuje další předznamenání ideální matky.*

Komentář: „předznamenání“ je užívaný český překlad PBSP termínu zvaného bookmark, neboli záložka. Vytváří u klienta představu ideální matky, která zde ještě není zhmotněná, ale již se zde objevuje ve formě antidotární představy. Pojem „další“ poukazuje na opakované užití bookmarku v průběhu struktury.

*T: Chtěl bys sem vzít ideální matku, která by měla na tebe tolik času, kolik bys potřebovala, když ti bylo 7 let?*

Komentář: Terapeut po malých krocích mapuje, zda je tato představa dosti uvěřitelná a zda-li je klient připraven na výstavbu léčivé scény v podobě opaků k vlastní historii.

*K. Můžeme to zkusit.*

Komentář: Klient dává zprávu o svém nastavení, přestože si není stoprocentně jistý. Úkolem terapeuta je být natolik citlivý, aby rozpoznal dle emočního výrazu klienta, zda nese symbolický prostor struktury možnost uvěřitelnosti.

*T: Vyber si někoho do role ideální matky.*

*K: Petro, můžu tě poprosit?*



Komentář: Klient vybral svoji kolegyni. Volba role je vedena určitými pravidly, se kterými je každý ze skupiny seznámen před začátkem struktury. Mezi ně patří např. pravidlo, že si opakovaně nevolíme stejné lidi do struktury, doporučuje se dělat výběr podle neutrálního zabrvení vztahu a ne podle největších sympatií, je potřebné vyvarovat se výběru jedinců, jejichž tělesné či psychické charakteristiky korespondují se znaky či vlastnostmi reálných osob.

*P: Ano. Vstupuji do role ideální matky.*

*T: Umísti ji.*

*K: Chtěl bych, aby si sedla naproti mě a občas se na mě podívala a usmála. (klient se dívá na ideální matku....jeho výraz v tváři se výrazně nepozměnil).*

Komentář: Terapeut citlivě sleduje jakoukoli změnu v pohybu těla, pohledu očí či v mimice. Při příchodu ideálních postav na scénu obvykle objevuje první vlna pozitivních pocitů, povětšinou spojených se zmírněním napětí a s úlevou.

*T: Co se změnilo?*

Komentář: Terapeut po každé nové akci kontroluje klientovo prožívání a myšlení dotazem, co se nyní děje, nebo co se změnilo. Důvodem této intervence je pomoci klientovi zvědomit jeho vnitřní prožívání a zmapovat funkci a směr změny pro klienta.

*K: Já tomu nějak nemohu uvěřit, že tu jen tak sedí, vždyť by nestihla všechno, co má, když je na nás sama.*

Komentář: Jak je ze slov klienta patrné, nelze uvěřit ideálnosti zvolené postavy. Pochybnosti o tom, zda matka bude dostatečně ideální a vše stihne, nám napovídají, že klient porovnává ideální scénu s reálnou a navrácí se do své vlastní historie. Když nastane tato situace, A. Pesso uvažuje o mezerách v rolích.

*T: To vypadá, jako bychom se dotýkali staré historie, kde jsi o maminku pečoval. Budu chvíli v roli učitele a řeknu ti, jak přemýšlím o tom, co vidím a slyším. Je to možné?*

Komentář: I během edukace je důležité, aby klient rozhodoval o dalších krocích, jen tak může zůstat s vědomím slov, co k němu přichází a s pocitem, že není manipulován a může o dalších fázích svobodně rozhodovat.

*K: Jo, třeba tomu víc porozumím, teď mám trochu chaos.*

*T: Když jako malé děti otevíráme v sobě citlivost pro příběhy blízkých lidí a zažíváme s nimi porozumění a soucit, spolu s tím jedna naše část chce zmírnit emoce druhému a stává se jeho pomocníkem. Jinými slovy, místo, aby malému dítěti byly naplňovány jeho potřeby, on začíná sytit potřeby svému okolí. Dává ti to nějakou souvislost?*

Komentář: Významem otázky je zjistit, zda teoretická úvaha zapadá klientovi do jeho zkušeností. Pokud ano, může terapeut přistoupit k návrhu na tvoření dalších symbolických scén v podobě „filmu“, tzn. terapeutických intervencí zaměřených na práci s mezerami v rolích. Filmeme nazývá A. Pesso ideální scénu pro reálné postavy, kde dochází

k sycení jejich deficitů z minulosti. Pokud v realitě klient tyto nedostatky plní matce svojí osobou, vstupuje do záchranářské role a není možné přijmout prostor péče od ideální matky ve struktuře ani v životě. K tomu slouží právě terapeutická intervence filmu. Klient se dívá na proces, jak na jeho místo vedle reálné matky přichází ideální postava a zažívá s matkou vše tak, jak by potřebovala. Prostřednictvím sledování této nové části příběhu může klient pocítit úlevu a začít se věnovat svým potřebám.

*K: No, já jsem vždycky večer maminku poslouchal, jak pláče, nebo viděl, jak je unavená. Tak jsem se jí snažil hodně pomáhat a rozveselovat ji. Někdy mě to ale taky štvalo.*

Komentář: Zde se potvrzuje hypotéza o přítomných mezerách v rolích, neboť zjišťujeme na konkrétní rovině, jak vytvářel klient dobrý protitvar tomu, co maminka potřebuje.

*T: Část tebe se stala jejím partnerem.*

*T: Co se děje? Usmíváš se.*

*K: Představil jsem si, jak by to bylo všechno jednoduchý, kdyby si naši rozuměli a nikdy se nerozvedli.*

Komentář: Tato věta upozorňuje terapeuta, že se mění klientovo prožívání v jeho představách vzhledem ke staré historii jeho maminky.

*T: Svědek by viděl, jak pokojně se cítíš, kdyby to mohlo být všechno takto jednoduché.*

*K: Jo, je to hezká představa.*

*T: Teď se nezastavíme, můžeme dát tvoji reálné matce ideálního partnera, film pomůže udělat krok dál. (terapeut nechává vybrat klienta symbol za jeho reálnou matku ve věku, kdy byla mladou ženou a měla před svatbou, a jejího ideálního partnera, budoucího manžela).*

Komentář: V tomto okamžiku terapeut podněcuje externalizaci klientovy představy a připravuje léčivou scénu pro reálnou matku klienta. Zajímavým momentem je terapeutovo věkové umístění matky. Je důležité, aby bylo pro klienta zjevné, že se jedná o mladou ženu čekající na svůj první partnerský vztah. Pokud by nebyla tato situace takto specifikována, mohli bychom ideální scénu kontaminovat pochybnostmi a prvky z životní zkušenosti matky. Díky tomu by se scéna nestala uvěřitelnou.

*T: Dívej se. Zde je tvoje matka jako mladá žena, která ještě nikdy předtím nebyla vdaná. Toto je její ideální partner, který by byl šťastný, že by mohl tvoji matku požádat o ruku a být jí partnerem po celý život. Ideální partner by matce říkal: „Kdybych já byl tvůj ideální partner ve tvých 18 letech, požádal bych tě o ruku a nikdy bych se s tebou nerozvedl. Celý náš život bych ti pomáhal, abys měla odpočinku kolik bys potřebovala a život ve dvou by byl takhle jednoduchý“.*

*K: (Klient se usmívá a pokyvuje hlavou...).*

Komentář: Neverbální signály napovídají o probíhajících kladných emocích u klienta. Přesto je nutné opět zkontrolovat následující otázku, jakou změnu klient prožívá a zaznamenává při pohledu na matku.

*T: Co se děje s tvoji matkou, když má ideálního partnera?*

*K: Představuji si, jaké by to opravdu byl... Byla by šťastná.*

*K: (Lehá si dozadu, jakoby odpadla nějaká tíže).*

*T: Kdyby tady byl svědek, viděl by, kolik hřejivých pocitů a dojetí cítíš, kdyby byla tvoje matka takto šťastná.*

Komentář: Svědek je opět přítomný, aby zvědomoval pocity spojené s díváním se na film o reálné matce a jejím ideálním partnerem.

*K: (Tišše pokyvuje hlavou).*

*T: Pak by se ideální partner otočil ven z našeho filmu (terapeut hýbě se symbolem ideálního partnera, který nyní směřuje k obličejí klienta, podíval by se na tebe a řekl by: „To je moje práce dělat ji šťastnou, ne tvoje!“*

Komentář: Tento moment je zásadní částí filmu, kdy dochází k novému emočnímu uspořádání vztahu matka-syn-ideální partner v situaci sycení potřeb. Klient dostal a emočně prožil zprávu, že se nemusí starat o svoji matku, neboť tato funkce patří někomu jinému. Vždy když se klient podívá na film, uvidí, jak je matka v blízkosti svého ideálního partnera a znovu si vybaví kladné emoce s tím spojené. Tento zážitek umožňuje klientovi obrátit svůj pohled k sobě samému a svým potřebám.

*T: Co se děje teď?*

*K: Je to k vzteku, všechno mohlo být jinak.*

Komentář: Při sledování filmu se objevuje u klientů velmi často dojetí spojené s představou o nasycených potřebách reálných lidí ve filmu, zároveň může vyvstávat vztek či lítost, který poukazuje na nedokonalou realitu.

*T: Kdyby tu byl svědek, svědek by viděl, jak vzpuzený se cítíš při představě, že všechno mohlo být jinak.*

*K: Začíná mě trochu zajímat moje ideální matka.*

Komentář: Cílem realizace filmů je napomoci klientovi odpoutat se svojí péčí o někoho jiného a přiblížit se zájmu o svůj život a své touhy, pocity a myšlenky. V tuto chvíli se zdá, že pohled na film splnil svoji funkci a v klientovi se otevírá více chuti a možnosti být v interakci se svou ideální matkou.

*T: Jo, když se dělají filmy, slouží k tomu, abychom mohli poopravit kus naší historie, která nás drží v našich scénářích.*

Komentář: Jak je vidět, právě edukace může v tuto chvíli posloužit k integraci zážitků z filmu prostřednictvím osvětlení jeho funkce.

*T: Co bys rád slyšel od své ideální matky?*

*K: Že si bude se mnou hrát a můžu za ní přijít kdykoli a s čímkoli a že na mě bude mít čas i jindy než po práci.*

Komentář: Slova klienta je nutné převést co do nejpřesnější podoby věty formulované v podmiňovacím způsobu a sdělované jeho ideální matkou. Právě podmiňovací způsob

napomáhá vytvářet symbolickou léčivou scénu a preciznost řečeného dělá zážitek uvěřitelným.

*T: Řekni to: Kdybych já byla tenkrát tvoje ideální matka, hrála bych si s tebou pokaždé, kdybys chtěl a mohl bys přijít za mnou kdykoli a s čímkoli. (Petra v roli ideální matky opakuje slova terapeuta).*

Komentář: Vedle obsahu sdělení je stejně významný i způsob řečeného. Často klienti chtějí slova zopakovat s větším důrazem, laskavostí, jemostí apod.

*K: Hmm, není to úplně ono. (klient poplácává místo po své pravici).*

Komentář: Terapeut si všímá neverbálních signálů se stejnou citlivostí, jako obsahu slov. Pohyb ruky naznačuje, jakoby někdo v daném prostoru chyběl. Ze znalosti torie a ze zkušenosti víme, že k celistosti příbuzenských vztahů patří oba rodiče. Dítě se rodí matce a otci a tento fakt si neseme v podobě geneticky zakódované informace i vnitřní vědomé touhy mít kompletní rodinu. V souvislosti s neúplnou rodinou klienta v jeho reálném životě je dobré mu poskytnout novou léčivou scénu s oběma rodiči. Je však nutné se ho zeptat a terapeutovu domněnku potvrdit.

*T: Co se děje?*

*K: Mám chuť tady mít i ideálního tátu, aby na to byli vždycky dva.*

Komentář: Můžeme vidět, jak si je klient jistý pocitem zažít oba dva rodiče najednou.

*T: Jo, to je dobrý nápad. Rozhlédni se kolem a vyber.....*

*....struktura pokračuje výstavbou antidotární scény s oběma ideálními rodiči. Po ní následuje fáze internalizaci zážitku, odrolování symbolické scény se všemi postavami včetně filmu a check out kolečko na závěr.*

V této krátké ukázce jsme mohli vidět proces sycení potřeb (klient potřeboval zažít matku, která by měla dost sil a času na kontakt s ním, na hraní si apod.) poté, co byly naplněny mezery v rolích (terapeut vytvořil ideální scénu pro klientovu reálnou matku s jejím ideálním partnerem, což umožňuje klientovi odpoutání se od pečovatelského historického vzorce a napomůže k přijetí jeho vlastní léčivé scény v podobě interakce jeho s ideálními rodiči).

V praxi byl tak potvrzen terapeutický postup propracovaný na teoretické rovině v obr. č. 18.

## **2. 2 Léčba klientů s traumatickou zkušeností**

Lze říci, že většina lidí, která prošla adekvátním vývojem z dětství do dospělosti věří, že je možné nacházet smysl v jejich životě a že je cenné potkávat dobré věci. Když však přijde trauma, jedinec ztrácí kontrolu nad tím, co se děje kolem něho, stává se více zranitelným a svět více nebezpečným a bezsmyslným.

Prvním krokem v léčbě traumatu je rozpoznání jeho dopadů na naše pocity, myšlenky, vztahy, chování, postoje, sny, naděje, ale i na naše tělo. Přesto psychologická věda přistupuje k traumatu především s ohledem na jeho vliv na psychiku, což je podle P. A. Levina pouze polovina cesty

(Levine, 2002). Pro B. van der Kolka je naše tělo více než naše myšlenky, neboť tělo je hlavní entitou, která řídí reakci na trauma (van der Kolk, 1994). Traumatické události narušují autonomii jedince na úrovni psychické, ale i tělesné integrity. Pokud se nebudeme dívat na člověka v jeho plné celistvosti, nebudeme schopni porozumět traumatu v celé jeho hloubce, ani jej léčit (Williams, Poijula, 2002).

Podle P. M. A. Ogden a K. Minton se tradiční psychoterapie nejčastěji zaměřují na kognitivní a emoční prvky traumatu, ale postrádají techniky, které pracují s tělovými prvky, a to navzdory skutečnosti, že trauma má hluboký dopad v tělové oblasti, což je patrné na somatických příznacích traumatu (Ogden, Minton, 2000).

Psychosomatické reakce nalezneme téměř u všech traumatizovaných osob. Jejich podoba, jako např. narušená regulace tělesných stavů, přetrvávající zvýšená dráždivost, poruchy spánkového cyklu, bolesti hlavy, páteře, chvění, pocení, potíže se zažívacím traktem či gynekologické obtíže, často vede tyto jedince k somatickým lékařům. Léky mohou poskytnout čas na stabilizaci traumatizované osoby, ale při dlouhodobém užívání mohou blokovat proces léčby, neboť potlačují pokusy vlastního těla o znovunastolení rovnováhy (Hofman, 2007, Levine, 2002).

Podle P. A. Levina zapojují fyzickou i psychickou složku člověka při léčbě traumatu za výrazné podpory komunity četné koncepty, postupy a tradice mnoha „primitivních“ kultur (Levine, 2002), a právě atmosféra společenství ostatních lidí nám poukazuje na další významný princip léčby traumatu. Člověk, který přežil traumatickou událost a jehož ústřední zkušenost s ní souvisela s pocity bezmoci, nepochopení a osamění, se nemůže uzdravit v izolaci (Mollica, 1988). Obnovením kontaktů s lidmi zároveň obnovuje i své potlačené či zdeformované psychické schopnosti jako je důvěra k lidem, schopnost být autonomní bytostí, vyvíjet iniciativu, být kompetentní, mít identitu a být schopný intimity (Herman, 2001).

Jako přínosné se ukazují všechny metody, které integrují senzomotorické, kognitivní a emoční postupy zpracování traumatického zážitku. Existuje řada programů, které využívají tělovou zkušenost a fyzickou akci jako léčebný prvek traumatického zážitku (Solomon, Heide, 2005). Tyto postupy napomáhají obnovovat kompetenci pro jeho zvládnání. Zabývají se stavy zamrznutí či nadměrného podráždění, podporují fyzický pocit vlastního já, zmírňují disociaci od fyzických zkušeností, řeší somatické příznaky a obnovují pocit bezpečí a smysl pro život ve společnosti (Ogden, Minton, 2000). Je tedy nutné důkladně prozkoumat, jak zážitek sám o sobě a kontrolovaná tělesná činnost ve skupině i jednotlivě může pomoci překonat opakující se sérii stresových odpovědí útoku či úniku (Pesso, at al., 2002).

Typické pro traumatizované lidi je zadržovaná energie, která blízce souvisí se zážitkem traumatu. Musíme si však uvědomit, že samotná katarze energie k vyřešení traumatu nepostačí. K. H. Steele představila na konci 80. let abreaktivní konceptuální model pro zpracování traumatických vzpomínek, v rámci kterého zdůraznila, že pokud má být abreaktivní činnost v rámci terapie účinná, musí být s katarzí spojena kognitivní restrukturalizace (Steele, 1989). Se stejnými myšlenky přišel

o pár let později C. G. Fine, který uvádí, že účelem odreagování je informovat, vzdělávat a vychovávat k uvolnění potlačeného afektu, aby paměť mohla znovu dosáhnout kontinuity, povolit tělesně zapouzdřené trauma a přeformulovat svá přesvědčení (Fine, 1991).

V souvislosti s danými poznatky se ukazuje jako jeden z významných kroků při léčbě traumatu proces edukace, který úzce souvisí s hledáním významu a smyslu prožitého traumatu. P. Levine i J. L. Herman mají zkušenosti s určitým momentem v léčbě, kdy klienti vyslovují otázku „proč?“ (Herman, 2001, Levine, 2002). Přestože se odpověď nalézá za hranicemi naší racionality, vede nás tato otázka cestou pochopení hloubky našeho utrpení skrz rekonstrukci, reinterpretování traumatické zkušenosti, která potvrzuje důstojnost a hodnotu člověka, zastavuje se u otázek viny a zodpovědnosti, u systému hodnot a víry, které mohou dát tíživým pocitům smysl.

Lidé, kteří prožili traumatickou událost, především tu spáchanou jinými lidmi, mají pozoruhodně společné emocionální reakce. Pokud budeme pozorně naslouchat, můžeme slyšet následující pocity: strach („*Mám strach, že umřu.*“); pocit ztráty („*Nic už nebude jako dřív.*“); pocity viny („*Mohl jsem tomu zabránit.*“); pocity osamocení („*Nikdo to nemůže pochopit, musím si poradit sám.*“); pocity smutku („*Tu tíhu u srdce nevydržím.*“); zloba („*Proč se to stalo zrovna mně, co jsem komu udělal?*“) (Clemans, 2008). Protože v dlouhodobém horizontu trauma poškozuje schopnost cítit se bezpečně a mít věci pod kontrolou, je důležité mít toto na paměti v celém kontextu práce s klientem.

S. E. Clemans, J. L. Herman, P. A. Levine, F. M. Ochberg a další odborníci zabývající se traumatem přinášejí základní způsoby, jak pomoci přeživším: být psychicky připraven pomoci; zhodnotit okamžité bazální potřeby klienta; normalizovat pocity klienta; nesoudit; poslouchat; poskytovat informace a vzdělávat; vytvořit co nejvíce bezpečné prostředí; povolit převypravovat a slyšet příběh znovu a znovu; respektovat individuální tempo hojení u každého klienta; podporovat propojenost s ostatními; zvyšovat sociální integraci (Clemans, 2008, Herman, 2001, Levine, 2002, Ochberg, 1991). Jiná technika, která je efektivní pomocí při rekonstrukci traumatické události, se odráží v pojmu „holistické zdraví“, jak jej pojímá M. Merwin a B. Smith-Kurz. Autorky si povšimly, jak fyzická aktivita, výživa, duchovno či humor přispívají k uzdravení člověka (Merwin, Smith-Kurz, 1988).

F. M. Ochberg se pokusil o průřezovou studii a definoval společné prvky v rozdílných terapeutických přístupech. Za jednu z důležitých zásad považuje **princip normalizace**. Ujistění klienta: „*To je normální*“, znamená, že zdravý proces hojení probíhá a od terapeuta vyžaduje edukaci ohledně pochopení příčiny a průběhu příznaků. **Princip spolupráce** je nezbytný pro navrácení kontroly a důstojnosti do rukou přeživšího, neboť při expozici traumatogenního podnětu dochází ke snížení pocitu bezpečí a zvýšení pocitů bezmoci. Třetím principem se stává **princip individuality**, který nezahrnuje pouze pohled na jedinečnost vzniku traumatu, ale především se dívá na osobitou cestu k zotavení po traumatické události (Ochberg, 1991).

Přestože se v našich úvahách více méně pohybujeme na poli odborné péče, je žádoucí připomenout, že mnoho trauma přeživších nikdy terapii za účelem řešit dopad hroživé situace na jejich osobnost a každodenní život nenavštíví. F. M. Ochberg velmi otevřeně komentuje danou situaci: „pokud jedinci vyhledají pomoc, budou zklamaní, ... ve světě není dost terapeutů léčit miliony mužů, žen a dětí, kteří byli napadeni, zneužíváni a narušeni v důsledku války, tyranie, kriminality, neštěstí či násilí v rodině (Ochberg, 1991, str. 31). Teprve v posledních desetiletích se věnuje velké úsilí vytváření manuálů a postupů pro práci s jedinci akutně traumatizovanými i pro osoby s rozvinutými posttraumatickými symptomy. Po zařazení posttraumatické stresové poruchy do DSM-III (American psychiatric association, 2000) byl zaznamenán nárůst odborných studií, vědeckých článků, nových publikací, které přispěly, stejně jako četné osobní příběhy, k pochopení účinků traumatické události na jedince, ale i k rozvoji rozmanitých možností další léčby a hojení (Pointon, 2004).

Proces uzdravy jedinců s traumatickou zkušeností probíhá i v rámci každodenních vztahů s blízkými lidmi a běžných aktivit, jak zmíníme v následující části.

## **2. 2. 1 Vybrané léčebné postupy s traumatizovanými klienty**

C. S. Hall a G. Lindzey říkají, že největším přínosem různých teorií je jejich schopnost podněcovat zvědavost, vyvolávat pochybnosti, povzbuzovat nás k přemýšlení o důležitých otázkách a nastolovat snahu o přesnější ověření tvrzení. Je jisté, že teorie jsou často vášnivým úsilím o pochopení lidské podstaty (Hall, Lindzey, 1999).

Dnes můžeme chápat traumatickou reakci jako výsledek vnější stimulace biologických systémů. Současné výzkumy mozku potvrzují změny v neurohumorální aktivitě i v paměťových systémech (van der Kolk, 1994, van der Kolk, van der Hart, 1989). J. C. Rüegg v této souvislosti mluví o „traumatické paměti“ a klade si otázku, zda a jakým způsobem je možné dosáhnout trvalého úspěchu léčby? (Rüegg, 2007). Tradiční psychoterapie přistupují k léčbě traumatu skrz jeho porozumění a snaží se začlenit traumatický zážitek do širší životní perspektivy. Avšak v návaznosti na stále se prohlubující znalosti týkající se neurobiologie traumatu a uznání, že tělo hraje důležitou roli pro průběh traumatu, je nutné začít vnímat realitu novým způsobem a začlenit tyto poznatky do léčby lidí s touto nadlimitní zkušeností.

Touto cestou se vydává Trauma centrum v Bostonu, které kromě nejrůznějších psychoterapeutických modelů práce s traumatem začleňuje do péče o lidi s traumatickou zkušeností seberegulační činnosti jako je jóga, T'ai chi nebo tanec, které pomáhají mít dobrý kontakt se svým tělem a zůstat uzemněný. Jinou součástí v celkové léčbě traumatizovaných klientů jsou divadelní setkání, kde všichni účastníci skupiny společně píší scénáře, hrají a sjednocují jejich individuální příběhy a vytváří nové zážitky, kde dobrý konec je na prvním místě. Protože traumatická zkušenost má nepříznivý vliv na plánování budoucnosti - kam se obrátit, co dělat, hraní divadla může lidem

pomoci znovu organizovat své myšlenkové procesy a cítit se více kompetentní při zvládnání životních nástrah (Kisiel, at al. 2006).

Divadlo či různé společenské aktivity a rituály zahrnující pohyb, představivost, transformaci jsou nejstarší způsoby, jak se společnost potýkala s traumatem. Lze tedy využít tato stará paradigmatu pro nový způsob zacházení s traumatickou událostí v dnešní době. Způsoby přirozeného zacházení s traumatickou zkušeností souvisí s tzv. copingovými strategiemi, souborem behaviorálních, kognitivních nebo sociálních reakcí jedince, kterými se snaží zvládnout celou řadu nejrůznějších projevů traumatického zážitku. Tyto reakce se nevyskytují pouze u jedinců primárně traumatizovaných, ale mohou být přítomny i u těch, kteří byli svědky, slyšeli o traumatu, nebo poskytují podporu blízkým. P. Levine předkládá v článku „Common responses to trauma and coping strategie“ seznam užitečných strategií zvládnání jako např. hovořit či psát o traumatické zkušenosti, plakat, zapojit tělo v jakémkoli pohybu, podporovat humor, modlit se či meditovat, udržovat vyváženou stravu a spánek, čerpat podporu od přátel. Jako klíčové slovo vnímá autor slovo „spojení,“ což je pro něho symbolem následujícího: požádat o pomoc, podporu, pochopení a příležitost mluvit (Levine, 2003).

Nezáleží, zda procházíme léčbou traumatu pohybem, tancem, zpěvem, divadlem, tvůrčími aktivitami, obyčejným mluvením ve spontánním běhu života nebo v rámci terapie. Důležitým momentem je, pokud máme pocit smysluplné cesty, kterou kráčíme k větší spokojenosti, integrovanosti a harmoničtějším vztahům s okolím. Na základě vlastní praxe se A. C. Pearson domnívá, že traumatizovaní lidé potřebují často více než jednu uzdravnou strategii (Pearson, 2007).

Většina odborníků (lékaři, psychologové, sociální pracovníci) používá kombinace přístupů v závislosti na jejich odborné přípravě. Domníváme se však, že potřeby klienta by měly být konečnou determinantou přístupu terapeuta při jeho léčbě. Při formování hojivých intervencí je třeba zvážit též klientovo kulturní a sociální zázemí.

Ať již zvolíme jakýkoli terapeutický přístup, cílem léčby je najít způsob, který nám dovolí integrovat naše vytěsněné a potlačené části. Následující část přináší konkrétní pohledy na různé terapeutické formy a přístupy, které je možné využívat a dle potřeb kombinovat při péči o lidi s traumatickou zkušeností.

Vedle individuální a rodinné terapie se v západních zemích ve velké míře užívá skupinová terapie, kterou S. E. Clemans pojímá jako vzájemnou pomoc unikátních postupů, kdy členové skupiny mohou čerpat ze své vlastní zkušenosti a hlubokého pocitu, že potřebují vzájemnou pomoc (Clemans, 2008). Aby skupinová práce s traumatizovanými jedinci mohla být efektivní, je nezbytné zahrnout do vzájemné pomoci několik aspektů. Skupina by měla být poskládána z lidí, kteří mají zkušenost s traumatizující událostí; obtížná témata jsou často halena do studu a tajemství; všichni členové skupiny jsou na „jedné lodi“, což posiluje vnitřní kohezi skupiny; každý je individuální bytost a má své potřeby; je prostor mluvit opakovaně o zážitcích, které se staly; je důležité být informován o pravidlech a účelu scházení se skupiny (Clemans, 2008).



Bez ohledu na skutečnost, zda aplikujeme terapeutické principy v procesu skupinovém či individuálním, se pozastavíme u jednotlivých, nejčastěji v literatuře zmiňovaných léčebných systémů, mezi něž patří psychodynamická psychoterapie, KBT, EMDR či bodyterapeutické přístupy.

V západních zemích se vyskytuje **KRÁTKÁ FORMA PSYCHODYNAMICKÉ PSYCHOTERAPIE**, což je zkrácená podoba psychodynamické terapie, v níž se léčba zaměřuje na emocionální konflikty způsobené traumatickým zážitkem, zejména pokud se prožitky klienta týkají raného dětství. Převypravování traumatické události, které zprvu velmi často postrádá klid, empatii, soucit, zvládnání silných emocí, náhled na situaci, vede klienta k větší soběstačnosti, úctě, k užívání účinnějších coping strategií a především schopnosti zvládat silné emoce (Marmar, Weiss, Pynoos, 1995). Během celého procesu napomáhá terapeut klientovi určit aktuální situace, které spouštějí traumatické vzpomínky a zhoršují symptomy PTSD. V tomto modelu léčby se užívá pojmů jako popření, odreagování a katarze.

K. B. Burton zjistil, že pomocí psychoanalytického přístupu byli klienti schopni přijmout znovu své trauma, integrovat traumatickou událost do svého života (Burton, 2004). Reaktivování vzpomínek na traumatickou událost prostřednictvím verbalizace potvrzuje klientovi, že se trauma opravdu stalo, napomáhá emoční abreakci a znovuzískání nadvlády nad situací, která byla dříve zkušeností bezmoci. Psychiatrička M. Horowitz tento proces integrace dokládá ve svých postulátech o významu znovuprožívání a znovupřehrávání traumatických obsahů (Horowitz, 2001).

**KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE (KBT)**, jak sám název napovídá, kombinuje dva typy psychoterapie: behaviorální a kognitivní terapii. První druh terapie je založen na teorii učení a je účinný při oslabování spojení mezi situací a reakcí na ni, kdežto kognitivní terapie se zaměřuje na některé myšlenkové vzorce, které mohou být příčinou obtíží. KBT bere v úvahu názory jedince, stejně jako jeho vzorce chování vycházející z traumatické zkušenosti a poskytuje terapeutické nástroje jak pro zmírnění příznaků u klienta, tak pro obnovení jeho běžného fungování (Solomon, Heide, 2005).

I když kognitivně behaviorální terapie neléčí fyziologické účinky traumatu, je efektivní v součinnosti s tělově orientovanými přístupy či EMDR. Při práci s traumatizovanými jedinci nejvíce využívá techniky získání dovedností pro zvládnání úzkosti (dechová cvičení, feedback), techniky rozvoje sociálních dovedností (jak adekvátně komunikovat s lidmi), relaxační techniky a především techniky expozice a postupy z kognitivní terapie.

Kognitivní postupy identifikují vzorce a myšlenky, které analyzují a nabízí alternativní způsoby myšlení, reálnější a pozitivnější. Vychází z názoru, že jsme ovlivňováni automatickými vzorci chování a myšlenkami, které si neuvědomujeme a které mohou ovlivňovat naši schopnost vidět skutečnost jasně a tím způsobovat újmu (Rothbaum, at al., 2000)

Expoziční postupy vybízejí klienta k přímé konfrontaci s traumatem, při němž osoba vizualizuje události, mluví o nich a postupně se vystavuje podnětům připomínající traumatickou

událost (Cook, Schnurr, Foa, 2004). Pomocí této metody se traumatická paměť stává běžnou pamětí a emoce doprovázející traumatický zážitek se stávají méně intenzivní. Rozdílem mezi expozicí a opakující se vzpomínkou v posttraumatickém obrazu, je stupeň kontroly, což eliminuje prožívání bezmoci.

Metodu **EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing)**, která se opírá o KBT postupy, vytvořila v 80. letech F. Shapirová na základě vlastní zkušenosti s rakovinovým onemocněním (Shapiro, Forrest, 2004). Autorka si povšimla bilaterálních očních pohybů, když si znovu uvědomovala své tíživé zážitky. Na základě různých experimentů, které prováděla na sobě samé, zjistila, že při úmyslně vyvolaném pohybu očí ze strany na stranu zneklidňující myšlenky vymizí a ztratí svůj silný emoční náboj. Původně behaviorální způsob práce zaměřený na zbavení se úzkosti pomocí řízených očních pohybů modifikovala a doplnila o kognitivní restrukturu traumatických vzpomínek.

Ve své práci F. Shapirová předpokládá, že lidé mají vrozený adaptivní systém, který směřuje k obnově zdraví na somato-psychické rovině (Shapiro, Forrest, 2004, Sweet, 1995). Při působení traumatogenní události dochází k vytváření patologických vzorců v oblasti emocí i kognitivních procesů, posléze osobnostní struktury. Traumatická informace je zablokována a uzamčená v neurofyzilogickém systému. Při rozpomínání si na traumatické události má mnoho lidí pocit, jako když se tato událost znovu odehrává před jejich očima a oni sami jsou stále uvězněni v dané situaci, z které se nelze osvobodit. Klient si pomocí obrázků připomíná prožité trauma a sleduje pohybující se terapeutův prst sem a tam. Zdá se, že pohyby očí stimulují zpracování informací, které se přirozeně vyskytuje v průběhu spánku a které úzce souvisí s pamětí.

Terapeutický proces EMDR je členěn do osmi základních fází a stejně jako u PBSP je jednou z nich důkladné seznámení s metodou či body scan, prozkoumávání tělových pocitů. Rozdílem je podrobné mapování klientovy historie, nácvik relaxačních technik či „vymazávání vzpomínek“ klienta. Důležitou fází průběhu sezení EMDR je posilování pozitivního poznání a sebepojetí a navracení klienta do stavu emoční rovnováhy (Shapiro, Forrest, 2004).

Podle D. Servan-Schreiber EMDR účinně propojuje tělové zaměření (bottom-up zpracování) a kognitivně-behaviorální (top-down zpracování) léčby (Servan-Schreiber, 2000).

EMDR přináší nové a odlišné paradigma v terapii a tím prochází hodnocením odborné veřejnosti. Nalezneme názory, které postrádají teoretické základy, empirická data a metodologické zázemí účinnosti této formy psychoterapie (Resick, 2001), ale i přes vyvíjející se teorii a výzkum existují důkazy, podle kterých metoda usnadňuje přístup k traumatickým vzpomínkám a jejich zpracování (Hyer, Brandsma, 1997, Sečet, 1995, Servan-Schreiber, 2000).

Na základě četných výzkumů B. van der Kolk vyzdvihuje schopnost traumatizovaných lidí si představit změnu současné situace. Autor je přesvědčen, že za tento vnitřní proces odpovídá prefrontální kůra mozková, a její funkce nám je přístupná skrz neustálé pozorování a uvědomování si, co se uvnitř nás odehrává (van der Kolk, Fisler, 1995). Výchozím bodem pro lidi, co zažili trauma,

je neustálá podpora potřeby cítit se bezpečně ve svém těle. Děje se tak prostřednictvím zvyšování povědomí o hluboké tělesné zkušenosti a citlivost ke svému tělu skrz pohyb. Příběh o tom, co se stalo, je třeba říct, ale pro léčebnou změnu je nutné jít přes hluboký „vnitřní pocit smyslu“.

Z těchto poznatků v léčbě klientů s traumatickou historií vychází **BODYTERAPIE**, které využívají jedinečnou schopnost těla k sebeúdržavným mechanismům. Těžištěm terapií je jejich zaměřenost na tělesné vjemy, spíše než na myšlenky a na vzpomínky traumatických událostí.

Soustředěním se na tělové pocity se klient postupně dostává do kontaktu s energií a napětím souvisejícím s prožitým traumatem. Bodyterapie prostřednictvím práce s pohybem, dotykem a hlasem vedou k opětovnému proudění energie v těle a emoce získávají volný průchod tělem. Obnovený kontakt s tělově emočním prožíváním umožňuje klientovi hledat nové způsoby vyjadřování a vztahování se k vnějšímu okolí prostřednictvím svých potřeb (Evropan association for body-psychotherapy, 2010, Hofman, 2007).

Pohybový a dotykový interaktivní způsob práce propojený s všímavostí k vlastním vnitřním procesům vytváří protiváhu negativním tělově emočním stopám traumatického zážitku. Dochází k přerušování toku disociovaného prožívání a postupnému obnovování kontaktu se sebou samým a důvěry ve vztahování se ke klientově okolí. Aby terapie byla účinná, nestačí pouhé zaměření se na tělové prožívání, ale je nutná integrace senzomotorického, emočního a kognitivního zpracování, což naplňuje biosyntéza, PBSP, Hakomi terapie a další tělově orientované přístupy.

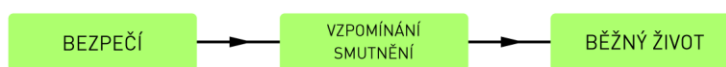
V neposlední řadě se vyskytuje jako součást léčby klientů s traumatickou zkušeností **FARMAKOTERAPIE**, která zastává důležité podpůrné místo v celém systému péče o tyto klienty. Přestože v současnosti neexistuje žádný konkrétní lék, který by se ukazoval jako definitivní způsob léčby PTSD, terapie pomocí antidepresiv je úspěšná v poskytování úlevy od nejrůznějších traumatických symptomů jako je úzkost, deprese, nespavost apod. (Praško, 2004).

Jakmile jsou klienti schopni kontrolovat své příznaky pomocí farmakoterapie, je pro ně možné účinněji participovat v psychoterapii.

Vzhledem ke skutečnosti, že trauma zasahuje do všech aspektů fungování jedince, při jeho léčbě se uplatňují přístupy, které jsou komplexní. K ilustraci nám poslouží následující vybrané, teoreticky integrující modely péče o traumatizované jedince bez ohledu na příslušnost k určitému terapeutickému rámci. V těchto modelech jsou obsaženy viditelně či skrytě fáze hojení traumatu. Na snížení příznaků a stabilizaci se zaměřuje především model autorky J. L. Herman (Herman, 2001). Po tomto cíli přichází úkol zpracovat traumatické vzpomínky a s tím spojené emoce a opětovně se zapojit do každodenního života. Jelikož se dané modely překrývají v oblasti cílů, zaměření a kroků v léčbě, je pravděpodobné, že terapeuti je mohou užívat libovolně s dosažením podobných výsledků.

**MODEL J. L. HERMAN** se vyvíjel postupně od 70. let, kdy se o tuto oblast začala autorka zajímat teoreticky i prakticky. Její postup přináší konkrétní kroky při léčbě traumatizovaných lidí a obnovování vztahů v souvislosti mezi veřejným a soukromým světem, mezi jedincem a společností,

mezi muži a ženami apod. Popisuje tři etapy hojení: stabilizování, rozpomínání a smutnění a znovuzapojení do běžného života (Herman, 2001), jak je možné vidět na obr. č. 19.



Obr. 19 Základní etapy hojení dle J. L. Herman.

V **první fázi, fázi bezpečí**, dochází ke stabilizaci a navrácení pocitu bezpečí pomocí léčivého vztahu, neboť nikdo se nemůže uzdravit v izolaci. Důležité je znovu obnovení kontaktu se sebou samým, svými emocemi, ale i lidmi kolem, neboť traumatizovaní jsou poznamenáni osamocněním, strachem z nepředvídatelného nebezpečí, ztrátou důvěry a pocitu bezpečí. Hojení přichází prostřednictvím terapeutického vztahu, který poskytuje klientům kontrolu terapeutického prostředí, navrácí možnost výběru a rozhodování, vliv na probíhajících událostech a sebekontrolu. Načasování a zaměření léčby je v rukou klienta v závislosti na jeho potřebách. „Role terapeuta je intelektuální vztahová a pomáhá vnitřnímu pochopení stejně jako emfatickému kontaktu“ (Herman, 2001, str. 188). Podstatnou součástí terapie je poučení, které jak uvidíme, je jednou z hlavní fází v Modelu tří třetin.

Až po fázi navození bezpečného prostředí je možné přejít k **druhé etapě, etapě vzpomínání a smutnění**. Traumatická událost způsobuje klientům četné obtíže v současnosti, a proto jsou klienti povzbuzováni a podporováni k přiblížení se k traumatickým vzpomínkám za účelem jejich transformace a včlenění do životního příběhu lidí, kteří jej zažili. Cílem této fáze je sdílet svůj příběh o traumatu s terapeutem, který napomáhá klientovi hledat rovnováhu mezi minulostí a bezpečností, aby nebyl ochromen emocemi a nedošlo k opětovné disociaci či prohloubení symptomů. Terapeut pomocí různých technik (např. pomocí hypnoterapie) přispívá k rozvzpomínání a zaplňování „mezer“ v paměti tak, aby se vzpomínky staly obsahem vědomí, a zároveň posiluje a podporuje klienta, aby měl odvahu se konfrontovat s těžkou minulostí (Herman, 2001).

Nevyhnutelným výsledkem traumatické události je prožívání smutku díky ztrátě, kterou utrpěli. Ztrátou se nemyslí pouze fyzické zranění či smrt někoho blízkého, ale i ztráta integrity, bezpečných vztahů, důvěry ve svět, „normálního, obyčejného“ života. Terapeutovým úkolem je pomoci klientovi přijmout smutek více jako akt odvahy než jako akt porážky. Výsledkem může být znovuoobnovení schopnosti cítit celou škálu emocí.

Když se osoba přežije trauma vypořádá se svojí traumatickou historií, stojí před otázkou, co dělat se svojí budoucností. V průběhu terapie vytváří klienti pojítka mezi novým Já, smiřují se s minulostí, vyvíjí iniciativu obnovovat svoji autonomii a schopnost intimity s ostatními lidmi. V této **třetí etapě, v etapě navázání spojení s běžným životem**, se stává možným opět důvěřovat sobě i ostatním. Cílem je zůstat autonomní a rozvíjet fungování v běžném životě, obnovovat mezilidské vztahy, hledat nové životní poslání (Herman, 2001).

Méně strukturovaný, leč v mnohých bodech korespondující s ostatními postupy, je Léčebný trauma manuál E. Schmooklera, který vznikl z potřeb aktuální situace. Původně byl vytvořen jako návod pro lidi pracující s ženami, které přežily znásilňování v Bosně. Dle slov samotného autora může být používán v širším záběru jako vodítko pro pomoc lidí s traumatickou zkušeností bez ohledu na pohlaví přeživšího a druh traumatu (Schmookler, 1996). Oproti tomu „Model tří třetin“ vznikl na základě dlouhodobé práce různých odborníků v Belgii, USA a tento model převzala a do Čech přinesla Y. Lucká (Lucká, Kobrle, 2005)<sup>8</sup>.

**LÉČEBNÝ MANUÁL E. SCHMOOKLERA** je rozdělen do dvou zásadních oblastí. Odborníkům připomíná a zdůvodňuje, jaké jsou nejdůležitější potřeby traumatizovaných lidí a jakým způsobem lze vést terapeutickou práci, aby nebyla pro klienta retraumatizující a respektovala jeho aktuální situaci a jeho potřeby.

Pokud člověk prošel hroznou událostí a naučil se velké nedůvěře a strachu z okolí, je důležité vytvořit prostor, kde by se klienti mohli cítit co nejvíce bezpečně. Pro navrácení tohoto pocitu je třeba znát a naplňovat následující oblasti:

- respektovat hranice klienta
- nedotýkat se klienta, pokud k tomu nedá svolení
- nesoudit klienty a přistupovat k nim s úctou a uznáním
- důvěřovat klientovi a nezpochybňovat pravost jeho tvrzení
- věnovat pozornost klientovým pocitům
- respektovat klientovu potřebu být o samotě
- trpělivě naslouchat a poskytnout klientovi cokoli sdílet
- nechat klienta odejít, kdykoli bude potřebovat (Schmookler, 1996).

Terapeut napomáhá v léčení již svojí „pouhou“ přítomností a zájmem o člověka jako takového a ne o jeho příběh. Protože mnoho událostí, které je možno slyšet, může vyvolat silné pocity jako vztek, smutek, zděšení, šok a lidé mají tendenci se vůči nim ochránit disociací, terapeut jim pomáhá přijít do kontaktu s vlastními potlačenými emocemi. Tento způsob práce žádá od terapeuta vlastní emoční neutralitu, aby jeho pocity nezabíraly místo emocím klienta.

Co může terapeut udělat pro klienta s traumatickou zkušeností?

- na počátku sezení vytvořit dohodu, jak se bude vyvíjet vzájemná spolupráce a pomoc terapeuta
- zajímat se o klienta, nemluvit ihned o traumatické události
- nechat vést terapeutický proces klienta, důvěřovat v možnosti hojení
- ptát se a zajímat se o klienta

---

<sup>8</sup> LUCKÁ, Y., KOBRLÉ, L. (2005). *Trauma*. Praha: Remedium, 2005. ústní sdělení v rámci odborného kurzu, text autorizován dne 19.3. 2010.

- neustále pracovat s dohodou a povolením, nikdy netlačit klienta (do katarze, do vyprávění apod.)
- nechat lidi vyprávět svůj příběh
- podporovat vyjadřování všech pocitů (neustále reflektovat, co terapeut vidí a slyší)
- zvyšovat pocit bezpečí
- pomoc klientům rozpoznat a rozvíjet jejich zdroje (Schmookler, 1996).

V daném manuálu jsou detailním způsobem rozpracovány intervence, které napomáhají odborníkům při léčbě klientů. Výše zmíněné oblasti jsou doplněny ukázkami rozhovoru mezi klientem a terapeutem, aby bylo přiblíženo užívání jazyka v podobě adekvátních formulací. Bohužel formát dané práce neumožňuje postihnout celou problematiku, proto odkazujeme přímo na dané manuály, kterých je možné se dopátrat v různých internetových vyhledávacích či pomocí informačních databází (např. EBSCO host, PubMed či ProQuest), mimo následujícího léčebného postupu, kterému zde věnujeme největší pozornost.

**LÉČEBNÝ SYSTÉM „MODEL TŘÍ TŘETIN“** na různých stážích ve světě převzala a v České republice rozvíjí Y. Lucká jako jeden z modelů práce s lidmi se zkušeností traumatu (viz obr. č. 20) (Lucká, Koblí, 2005)<sup>9</sup>. Protože se stává tento způsob péče hlavním výukovým modelem v kurzech *Krizové intervence*, lze se domnívat, že je i jedním z nejužívanějších postupů v naší zemi.



Obr. 20 Model tří třetin dle Y. Lucké.

Model tří třetin, jak sám název napovídá, je složený ze stejně hodnotných částí, které se vyskytují v průběhu práce s aktuálně traumatizovanými lidmi i s jedincem s rozvinutou posttraumatickou stresovou poruchou. Zahrnuje v sobě část edukační, práci s emocemi a tělovým prožíváním a v neposlední řadě se zajímá o každodenní fungování jedince v běžném životě.

### 1/3 Edukace

Z důvodu narušené schopnosti vstřípení a uchování informací díky traumatickému zážitku a následnému souboru příznaků posttraumatického stresu mohou lidé trpět tzv. „slepými skvrnami“.

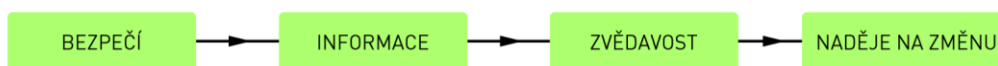
<sup>9</sup> LUCKÁ, Y., KOBŘLÍ, L. (2005). *Trauma*. Praha: Remedium, 2005. ústní sdělení v rámci odborného kurzu, text autorizován dne 19.3. 2010.

V kognitivní oblasti se jedná o amnézií, v tělově emoční rovině o stavy disociace. Někdy popisují blízcí lidé traumatizovaných jedinců také jejich chování jako zvláštní, nesoustředěné, s nepřiléhavou komunikací, s narušeným kontaktem s okolím, kdy se opakovaně dotazují apod.

Jakou roli hraje edukace při léčbě traumatu? Sycení klienta informacemi napomáhá k integraci jeho potlačených zážitků. Veškerá terapeutická práce by měla probíhat v podobě naslouchání, vytváření bezpečí a zdvořilého a trpělivého přístupu ke klientovi. Ptát se lidí: „*Jak smýšlíte o vlastním traumatu, už jste něco o něm četla, jaký na to máte názor?*“. Je nezbytné edukaci předávat s respektem a potvrzením, že je člověk kompetentní vlastní trauma řešit. „*Jedná o normální reakci na nenormální situaci, lidem s podobným zážitkem se stává, že...., lidé po takovéto události mohou cítit.....(dát nabídku)*“ (Lucká, Koblí, 2005)<sup>10</sup>.

Jako důležitá rovina se ukazuje způsob nabízené edukace. Naše poznatky nepředáváme jako fakta, ale pouze jako jednu z možností, jak lze na problematiku nahlížet, jak se jiní lidé cítí, jaká je naše zkušenost z dané oblasti. Neustále posilujeme schopnost volby a svobodného rozhodování klienta. Snahou terapeutů je probudit zájem a zvědavost klientů o sebe samé, o to, čemu se klienti chtěli doposud vyhnout. Součástí zvědavosti jsou jednak otázky, co se stalo a o čem trauma je, ale i okruh témat, co s tím může jedinec dělat, jak si pomoci. Po propracování těchto oblastí může přijít naděje na změnu.

Cílem edukační části je práce na několika krocích: vytváření bezpečného prostoru, sycení informacemi, vzbuzení zvědavosti, rozvinout naději na změnu (viz obr. č. 21).



Obr. 21 Jednotlivé fáze edukace dle modelu tří třetin.

Nebezpečím edukace se stává, pokud odborníci zachází s traumatizovanými lidmi způsobem, aniž by vysvětlili, proč volí tento postup, nebo co si myslí o traumatu. Neadekvátní edukace není pouze v jejím množství, ale i v kvalitě nabízených intervencí, kterými mohou být např. lidové řeči: „*Když se tohle někomu stane, tak už jeho život nebude stát za nic*“, negativní proroctví, magické myšlení, ale i agování: „*Jsem znechucený touto situací*“. Naopak vhodnou terapeutickou intervencí je jedince vyslechnout, pomoci mu porozumět, co se nyní děje a co může nyní v této situaci pro sebe udělat za malé kroky ke změně.

---

<sup>10</sup> Tamtéž.

### 1/3 Emoční abreakce

Emoční abreakce je jako zbylé dvě oblasti neméně důležitou součástí práce s traumatizovanými klienty. Dokonce je v jiných terapeutických modelech při práci s touto klientelou považována za jeden z hlavních léčebných momentů. Pěso Boyden psychomotorická terapie se od daného pojetí odklání a daleko více zaměřuje svůj pohled na integraci pozitivních zkušeností. V modelu tří třetin se s abreakcí zachází s vědomím metafory štítu jako metafory bezpečí. Pod tímto vyjádřením se ukrývá užívání terapeutických prvků nenásilným, nehodnotícím, respektujícím, způsobem, aby nedošlo ke zneužití klienta terapeutovou mocí, následně k znovu zamrznutí, disociaci klienta. V této fázi se propojují emoční a tělové obsahy s cílem jejich integrace.

Úkolem terapeuta je krok za krokem bezpečným způsobem podpořit vyjádření a pozitivně jej posilovat. „*Jak se cítíte, když....., Co dělá vaše tělo.....?*“ a pomoci jim odpoutat se od traumatu změnou jejich prožívání. Uvědomit si, že pro práci s emocemi není nutné znát fakta a nechat se strhnout silou příběhu. Pokud je pro klienta těžké mluvit o události, podporovat ho a ptát se na prožívání např.: „*Jaký nejhorší pocit jste cítil, když se to stalo. Je dobré, abychom TO nějak pojmenovali, jak tomu můžeme říkat? Když se lidem přihodí takováto děsivá věc, mohou na to reagovat.....*“ i v tomto okamžiku práce s emocemi je dobré se navracet k edukaci a napomáhat klientovi s vyjádřením všech možných, stinných a ambivalentních emocí, kterými mohou být pocity viny, zoufalství, bezmoci, vzteku, touha po odpuštění i touha po potrestání.(Lucká, Koblle, 2005)<sup>11</sup>.

Nejen vyjádření a rozmluva o emocích, ale i tělové intervence zde mají své místo. Dotazovat se klienta na oblasti, které by mu vyhovovaly, nabízet drobné kroky aplikovatelné do života, jako např. masáže, péče o sebe, nevykonové sporty apod.

### 1/3 Zaměření se na každodenní život

Již několikrát byl vyzdvižen zájem o klienta jako o lidskou bytost oproti tomu, co se mu přihodilo. Terapeut mapuje klientův současný emoční život. Díky tomuto navazování spojení s běžným životem se zvyšuje jeho kompetence a zaměřenost na momenty, jak se s nimi vypořádává., např. „*Na co si musíte dát pozor? Co vám částečně nebo zcela funguje? Co vám pomáhalo před terapií?*“ Společně vytváří modely, jak zvládat obtíže v životě (Lucká, Koblle, 2005)<sup>12</sup>. Oproti dynamickým směrům je pozornost upřena na to, co funguje, a na pomoc klientovi rozvíjet

---

<sup>11</sup> LUCKÁ, Y., KOBRLE, L. (2005). *Trauma*. (odborný kurz). Praha: Remedium, 2005. ústní sdělení v rámci odborného kurzu, text autorizován dne 19.3. 2010.

<sup>12</sup> tamtéž



schopnost uvidět pozitivní věci v jeho životě, které se zdají, že jsou aktuálně nepřítomné. Důležitou podmínkou pro efektivní působení terapeuta v této oblasti je jeho vyhýbání se hodnocení klienta a jeho života.

Všechny tyto složky péče, o kterých bylo doposud psáno, by měly být cíleny ke třem kanálům: k tělovému prožívání, emočnímu životu a kognitivnímu zpracování. Výše zmíněné tři třetiny práce nejdou po sobě, jak je uvedeno, ale prolínají se. Začínáme práci s klientem tam, kde se nyní klient vyskytuje se svým prožíváním, potřebami, domněnkami či přáními.

## II. EMPIRICKÁ ČÁST

### 3. Uvedení do empirické části

#### 3. 1 Výzkumná východiska

Psychoterapie od svého vzniku aplikuje vědecké poznatky do terapeutické praxe a snaží se podložit tyto kroky empirickými zjištěními pomocí nejrůznějších výzkumných projektů. Ty napomáhají zvyšovat její vědeckou hodnotu a z oblasti umění přechází na pole vědy. V současnosti se výzkumy psychoterapie nejčastěji zabývají otázkou výzkumu efektu nejrůznějších psychoterapeutických směrů a jeho procesu, tedy otázkami, zda a jakým způsobem různé druhy psychoterapie fungují.

Vědecká ověření výchozích teoretických konstruktů a zjišťování účinnosti na tělo zaměřených postupů nejsou prováděna v takové míře, jak jsme na ně zvyklí u jiných, obecně uznávanějších terapeutických systémů. Důvodem může být menší rozšířenost tělově orientovaných směrů v psychoterapeutickém světě stejně jako nedostatečná propojenost s vědeckými a akademickými institucemi.

Na webových stránkách Evropské asociace pro body-psychoterapii je možné se dočíst o různorodých výzkumných projektech, které retrospektivně mapují oblast bodyterapie (European association for Body-psychotherapy, 2010). Z posledních let stojí za zmínku „Studie účinnosti na tělo zaměřené terapie u ambulantních pacientů v Německu a Švýcarsku“ pod vedením M. Koemeda-Lutze (Koemeda-Lutz, 2006). Výsledky studie zachycovaly zlepšení pacientů ve většině sledovaných symptomů. Avšak je nutné si kriticky položit otázku, jaké faktory byly příčinou tohoto zlepšení, neboť nad tím se daná studie nepozastavuje. Mezi další empirické studie potvrzující pozitivní efekty na tělo zaměřené psychoterapie patří práce C. Price nebo F. Röhrichta a S. Priebeho, jejichž výzkumnou skupinou se stali schizofrenní pacienti, sexuálně zneužívané ženy v dětství a ženy s posttraumatickou poruchou (Price, 2005, Röhricht, Priebe, 2006).

O jiný klinický výzkum, tentokrát z oblasti traumatu, se pokusil kolektiv odborníků v čele s P. A. Frewenem. Za pomoci zobrazovacích metod se výzkumníci snažili ověřit hypotézu, že u lidí s posttraumatickou stresovou poruchou je znatelné snížení úrovně vnímání a seberegulace emocí (Frewen, at al., 2008). Zobrazovací metody byly použity i v americko-české studii „Efekt dvou sezení PBSP psychoterapie na aktivaci mozku v odpovědi na stimuly evokující trauma“ (The effect of two sessions of PBSP psychotherapy on brain activation in response to trauma-related stimuli the pilot fMRI study in traumatized persons), podpořené MŠMT ČR (Fischer-Bartelmann, 2004, Horáček, at al., 2005). Výzkum využívající funkční magnetickou rezonanci za účelem zkoumání vlivu terapie na neurobiologické změny v mozku nepatří mezi běžně užívané výzkumné experimenty.

Nám se tento výzkum stal výchozím zdrojem informací a materiálů pro naši výzkumnou činnost, což je důvodem, proč mu v následující části věnujeme pozornost.

Cílem této česko-americké pilotní studie byla jednak identifikace oblastí mozku, které jsou aktivovány či utlumeny prostřednictvím emocionální stimulace (expozice obrázku, který má funkci traumatogenního podnětu), a také změření efektu terapeutického působení na oblast mozku zasažené traumatem u traumatizovaných osob (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Horáček, 2005).

Výzkum probíhal v několika etapách: 2 sezení PBSP, před kterými byly účastníci seznámeni s platformou metody, psychometrické měření a procedura funkční magnetické rezonance.

První částí byl scan mozku prostřednictvím funkční magnetické rezonance (fMRI), při němž byla prováděna vizuální prezentace fotografií dle vlastního výběru, která evokovala traumatickou zkušenost probandů. Přitom byly sledovány oblasti mozku, které se aktivovaly zrakovým, trauma vyvolávajícím stimulem. Jako kontrolní podnět pro srovnání s trauma vyvolávajícími obrazy byly použity neutrální fotografie, jež byly rovněž promítány klientům v době scanování mozku. Tento postup střídání znepokojující a uklidňující fotografie byl opakován celkem osmkrát u každé osoby (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, Fischer-Bartelmann, 2004b, Horáček, 2005). Mezi dvěma měřeními fMRI každý jedinec absolvoval dvě vlastní struktury vedené A. Pessem.

Součástí výzkumu bylo užití psychometrických testů k měření intenzity symptomů vzešlých z traumatických událostí „Měřítka dopadu událostí (IES-R, Impact of event scale)“; ke zhodnocení míry depresivity „Beckův test depresivity (BDI); ke zhodnocení hladiny úzkosti „Sebehodnotící stupnice úzkosti (SAS- Self rating anxiety scale). Respondenti vyplňovali testy v den procedury fMRI a byli požádáni, aby ohodnotili každou položku v testech podle posledních 7 dnů (Horáček, at al., 2005).

Podle A. M. Hulla jsou neurobiologické změny v mozku po vystavení traumatickým událostem nejčastěji studovány v rámci posttraumatické stresové poruchy (Hull, 2002). Použití zobrazovacích metod mozku u lidí s PTSD přineslo výsledky o lokalizaci dysfunkcí v limbických, paralimbických a prefrontálních oblastech mozku, jak uvádí mnoho autorů (Bremner, 1999, Horáček, 2005, Hull, 2002, Liberzon, at al., 1999). Méně časté jsou výsledky aktivace mozku u traumatizovaných subjektů po různých léčebných metodách, jako je např. psychoterapie.

Výsledky studie výzkumného týmu J. Horáčka ukázaly vzorce mozkové aktivace analogické s předchozími nálezy v rámci PTSD uvedené výše (Horáček, 2005). Po dvou sezeních terapie PBSP se objevil významný rozdíl na výsledcích scanu oproti prvnímu testování pomocí fMRI. „Podle nich byla u probandů aktivována některá centra frontálního kortexu, jež se podílejí na zvládnutí emocí a regulaci emocí. Zejména se jednalo o cingulate cortex (místo pozornosti) a okrajovou část frontálního laloku (místo procesu rozhodování)“ (Boyden, Pessa, Vrtbovská, 2009, str. 194). Údaje dle autorů poukazují na efektivitu léčebných intervencí PBSP, které komentovali též probandi

skrz změnu vlastního prožívání. Ti udávali, že nadále necítí zahlcující a nevladatelnou sílu emocí jako před terapeutickým sezením, což dokládají závěry ze statistického zpracování dotazníků.

Přestože daný výzkum poskytl informace o měřitelnosti efektu PBSP terapie na aktivitě mozku v oblastech, které generují opakující se neodbytné symptomy a zároveň posilují centra zodpovědná za zvládání i velmi silných emocionálních impulzů, vnímáme tuto studii pouze jako první krok do mapování tak složitého komplexního systému, jakým je jedinec s traumatickou historií. Zůstává mnoho oblastí, které by bylo užitečné a možné zkoumat v návaznosti na tuto studii, jako např. výzkum účinku a subjektivního prožívání terapeutických intervencí u klientů; zjišťování, co je podstatou terapeutického efektu; čím se odlišuje PBSP metoda od ostatních terapeutických systémů; jak koresponduje práce s traumatem v PBSP s jinými obecně užívanými modely; jaká je terapeutická hodnota určitých prvků PBSP procesu či jaký má efekt výcviku v psychoterapii? Tyto i další otázky se staly významným podnětem při volbě tématu diplomové práce a sestavování výzkumného designu, na který navazujeme v rigorózní práci.

V rigorózní práci si klademe za cíl především přispět k poznání PBSP metody a podnítit další výzkum v této oblasti. Prostřednictvím deskriptivního zkoumání terapeutického procesu a s tím spjatých testů hypotéz se snažíme blíže porozumět dějům, které psychomotorická terapie obsahuje. Mezi dílčí segmenty procesu, kterým budeme věnovat pozornost, zahrnujeme především práci s emocemi, edukaci, zaměřenost na konkrétní život a nově oblast historické scény. Z výsledků výzkumu se chceme zamyslet nad skutečností, jak korespondují teoretické znalosti PBSP při práci s traumatizovanými klienty s praxí?

### **3. 2 Výzkumný projekt, jeho cíle a hypotézy**

První kroky ke konkretizaci výzkumných cílů směřovaly skrz úvahy o našich časových možnostech, o výzkumných zkušenostech, o dostupných prostředcích nutných k sestavení výzkumného designu, který by byl proveditelný, smysluplný a bez etických pochybení. Tématu etiky bychom se rádi věnovali v samostatné části, neboť tato oblast tvořila důležitou součást našeho výzkumu, kterou jsme museli velmi citlivě začlenit do naší práce.

Výzkum rigorózní práce je zacílen na podrobné mapování časových a obsahových proporcí vybraných fenoménů v terapeutickém procesu u dvou různých skupin. Vycházíme ze základních výzkumných otázek: *„Existuje rozdíl v zastoupení práce s emocemi, edukací a zaměřeností na každodenní život mezi skupinami jedinců s posttraumatickými symptomy a jedinci bez daných příznaků? Které výše jmenované oblasti se různí mezi danými skupinami? Jak koresponduje PBSP teorie se svým aplikačním rámcem?“*

Pro podrobné zkoumání vybraných segmentů terapeutického procesu se budeme opírat o nahrávky terapeutického sezení, v PBSP jazyce tzv. „terapeutické struktury“. Předpokládáme, že na základě videonahrávek, jejich přepisů a překladů budeme moci identifikovat

oblasti, kterými jsou edukace (vyskytující se v rámci struktury a prestrukturální etapy), práce s emocemi (prostřednictvím užívání hlasů, postavy svědka, stavění symbolické scény pomocí ideálních postav, check-inu), a zaměření se na každodenní život (v rámci check out fáze). Po sběru dat bude následovat testování hypotéz, které může přinést další zajímavé údaje o četnosti užívání, popř. efektivitě jednotlivých kroků v rámci Pesso Boyden psychomotorické terapie.

V souvislosti s předpokládanou formou nasbíraných dat a s ohledem na relevantní literaturu konkrétně formulujeme hypotézy následujícím způsobem:

#### PRO OBLAST EMOCÍ

1. **HO:** *Neexistuje rozdíl v relativních časech věnovaných práci s emocemi v rámci celkového sezení (tzn. v rámci struktury i prestrukturální a poststrukturální fáze, viz dále nazýváno jako „celkové sezení“) ve skupině lidí s posttraumatickými symptomy a ve skupině jedinců bez posttraumatických příznaků (viz dále nazýváno „zkoumanými skupinami“).*  
**HA:** *Mezi zkoumanými skupinami existuje rozdíl v relativních časech věnovaných práci s emocemi v rámci celkového sezení.*
2. **HO:** *Mezi zkoumanými skupinami neexistuje rozdíl v relativních časech věnovaných práci s emocemi v rámci struktury (tzn. v rámci vlastní terapeutické práce, viz dále pouze „struktura“).*  
**HA:** *Mezi zkoumanými skupinami existuje rozdíl v relativních časech věnovaných práci s emocemi v rámci struktury.*
3. **HO:** *Mezi zkoumanými skupinami neexistuje rozdíl v absolutních počtech slov použitých postavou Svědka v rámci struktury.*  
**HA:** *Mezi zkoumanými skupinami existuje rozdíl v absolutních počtech slov použitých postavou Svědka v rámci struktury.*
4. **HO:** *Mezi zkoumanými skupinami neexistuje rozdíl v absolutních počtech slov použitých postavou Hlasu v rámci struktury.*  
**HA:** *Mezi zkoumanými skupinami existuje rozdíl v absolutních počtech slov použitých postavou Hlasu v rámci struktury.*

5. **HO:** *Mezi zkoumanými skupinami neexistuje rozdíl v relativních počtech slov použitých v rámci struktury k vytvoření antidotární scény.*  
**HA:** *Mezi zkoumanými skupinami existuje rozdíl v relativních počtech slov použitých v rámci struktury k vytvoření antidotární scény.*

#### PRO OBLAST EDUKACE

6. **HO:** *Mezi zkoumanými skupinami neexistuje rozdíl v relativních počtech slov použitých v rámci celkového sezení k vysvětlení teoretického rámce Pesso Boyden psychomotorické terapie.*  
**HA:** *Mezi zkoumanými skupinami existuje rozdíl v relativních počtech slov použitých v rámci celkového sezení k vysvětlení teoretického rámce Pesso Boyden psychomotorické terapie.*
7. **HO:** *Mezi zkoumanými skupinami neexistuje rozdíl v relativních počtech slov použitých v rámci struktury k vysvětlení teoretického rámce Pesso Boyden psychomotorické terapie.*  
**HA:** *Mezi zkoumanými skupinami existuje rozdíl v relativních počtech slov použitých v rámci struktury k vysvětlení teoretického rámce Pesso Boyden psychomotorické terapie.*

#### PRO OBLAST ZÁJMU O KAŽDODENNOST

8. **HO:** *Mezi zkoumanými skupinami neexistuje rozdíl v relativních počtech slov použitých v rámci celkového sezení k mapování každodennosti a zájmu o běžný život.*  
**HA:** *Mezi zkoumanými skupinami existuje rozdíl v relativních počtech slov použitých v rámci celkového sezení k mapování každodennosti a zájmu o běžný život.*

#### PRO OBLAST HISTORIE KLIENTA

9. **HO:** *Mezi zkoumanými skupinami neexistuje rozdíl v relativních počtech slov použitých v rámci celkového sezení k mapování historické scény.*  
**HA:** *Mezi zkoumanými skupinami existuje rozdíl v relativních počtech slov použitých v rámci celkového sezení k mapování historické scény.*
10. **HO:** *Mezi zkoumanými skupinami neexistuje rozdíl v relativních počtech slov použitých v rámci struktury k mapování historické scény.*  
**HA:** *Mezi zkoumanými skupinami existuje rozdíl v relativních počtech slov použitých v rámci struktury k mapování historické scény.*

11. **HO:** Mezi zkoumanými skupinami neexistuje rozdíl v relativních časech věnovaných mapování historie klienta v rámci celkového sezení.  
**HA:** Existuje rozdíl v relativních časech věnovaných mapování historie klienta v rámci celkového sezení.
12. **HO:** Mezi zkoumanými skupinami neexistuje rozdíl v relativních časech věnovaných mapování historie klienta v rámci struktury.  
**HA:** Mezi zkoumanými skupinami existuje rozdíl v relativních časech věnovaných mapování historie klienta v rámci struktury.

Prvotním krokem před provedením srovnávacího procesu obou skupin jedinců je nutné provést deskriptivní statistiku pro následné vyvození smysluplných zveřejnění. Podle P. Gavory deskriptivní výzkumný problém hledá odpovědi na otázku „jaké to je“? Tento typ výzkumného problému zjišťuje a popisuje situaci či výskyt určitého jevu, na rozdíl od výzkumného problému relačního či kauzálního (Gavora, 2000).

Pro celý proces specifikace explorovaných teoretických jevů PBSP jsme si vytvořili jednotný posuzovací rámec, který vychází z teoretického konceptu „Modelu tří třetin“ (Lucká, Koblí, 2005)<sup>13</sup>, jednoho z nejvíce užívaných postupů při práci s traumatizovanými lidmi v České republice. Mapované jevy známé z teorie jsou vyabstrahované s ohledem ke znalosti daného modelu, jak lze vidět v tabulce č. 1.

MODEL TŘÍ TŘETIN	FENOMÉNY Z PBSP
EDUKACE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edukace v rámci prestrukturální fáze</li> <li>• Edukace v rámci struktury</li> </ul>
PRÁCE S EMOCEMI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Check-in fáze (sdílení pocitů)</li> <li>• Microtracking (užívání hlasů a postavy svědka)</li> <li>• Stavění symbolické scény</li> </ul>
ZAMĚŘENOST NA KAŽDODENNÍ ŽIVOT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• V rámci struktury na rovině "teď a tady"</li> <li>• Check-out fáze</li> </ul>

Tab. 1 Srovnání modelu tří třetin s jednotlivými prvky PBSP.

Je nutné si uvědomit, že dané tři fenomény v modelu nepokrývají celý proces PBSP, neboť zbylá část psychotherapeutické sese zahrnuje oblast, kterou díky svým kvalitám řadíme do práce s historií neboli klientovou životní scénou.

<sup>13</sup> LUCKÁ, Y., KOBRLÍ, L. (2005). *Trauma*. (odborný kurz). Praha: Remedium, 2005. ústní sdělení v rámci odborného kurzu, text autorizován dne 19.3. 2010.

V našem výzkumu navazujeme na výsledky výzkumu diplomové práce, z nichž víme, že se jednotlivé časové a obsahové proporce jevů (práce s emocemi, edukací a zameřeností na každodenní život) v psychoterapeutickém procesu v práci s traumatizovanými jedinci liší. Zároveň je zřejmé, že dané výsledky nekorrespondují s obecně užívaným Modelem tří třetin, který je jednou z možných, efektivních forem práce s jedinci s traumatickou historií. Nejvýraznější rozdíl se ukázal v nízké zaměřenosti PBSP práce na každodenní život oproti práci s emocemi, která byla obsažena více jak třetinovým poměrem (z hlediska obsahu 38,6 %, z časového hlediska 48,4%). Za úvahu stojí i kvalitativní analýza výsledků poměrového zastoupení edukace v psychoterapeutickém procesu. Přestože celkové výsledky zahrnují opět více jak 30% celkového sezení z hlediska obsahu (přesně 38,7%), edukace pojímající téma traumatu je v samotné struktuře pouze 9,3% (Čepelíková, 2010b).

Výše zmapované četnosti určitých fenoménů známých z teorie PBSP doplníme o deskriptivní charakteristiku dat kontrolní skupiny, které budeme analyzovat stejnými postupy. M. Miovský metodu prostého výčtu, kterou zde využíváme, řadí na pomezí kvalitativní a kvantitativní metodologie (Miovský, 2006).

Naše práce má explorativní charakter a v počáteční fázi se v ní přikláníme ke kvalitativnímu postupu zpracování dat, jenž nám pomáhá vidět, popsat a pochopit jevy, o kterých toho ještě moc nevíme. Neboť závěrečnému procesu induktivní statistiky, porovnání daných jevů u obou skupin, předchází analytické, interpretativní postupy, které se odvíjí od hluboké znalosti PBSP teorie a zkušenosti s daným psychoterapeutickým rámcem v praktické podobě.

### **3. 3 Charakteristika výzkumného souboru**

V našem výzkumu používáme data nashromážděná ze dvou souborů; první výzkumnou skupinu, experimentální, tvoří lidé s traumatickou zkušeností, u kterých byly aktuálně diagnostikovány v návaznosti na traumatickou historii posttraumatické symptomy. Druhá skupina má charakter kontrolní skupiny a zahrnuje jedince bez zkušenosti s traumatickými podněty ve svém vývoji takového charakteru, které by se vyvinuly do aktuálně přítomných posttraumatických fenoménů.

#### **VÝZKUMNÝ VZOREK I (EXPERIMENTÁLNÍ)**

Z důvodu návaznosti na uskutečněnou česko americkou studii: „Efekt dvou sezení PBSP psychoterapie na aktivaci mozku v odpovědi na stimuly evokující trauma“ (Horáček, at al., 2005) z roku 2004 jsme objektivně limitovaní počtem sledovaných respondentů i jejich výběrem v experimentální skupině. Jsme si vědomi, že tento výběrový postup není zcela obvyklý jako metoda sběru dat, přesto jsme daný způsob zvolili vzhledem ke shodnosti námi stanovených kritérií pro výběr respondentů a k předem dané zabezpečení určitých intervenujících proměnných (jednotná národnost respondentů, obdobná jazyková vybavenost a prvotní kontakt s PBSP metodou). Důležitým



momentem sestavování výzkumného vzorku byla skutečnost, aby výzkumný vzorek tvořili lidé s diagnostikovanými posttraumatickými symptomy, které vznikly v návaznosti na proběhlou traumatickou událost, zároveň aby s danými jedinci bylo pracováno PBSP metodou A. Pessem a v rámci terapeutické práce jedinci komunikovali anglickým jazykem bez potřeby překladatele.

Tento studovaný soubor byl sestaven v česko-americké studii nepravděpodobnosti metodou „záměrného výběru přes instituci“. Při ní „využíváme určitého typu služeb nebo činnosti nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá“ (Miovský, 2006, str. 138). Původní výzkumný vzorek tvořilo sedm jedinců, kteří byli v péči různých pražských psychoterapeutických klinik. Kriterialem pro zařazení jedinců do studie byla jejich dřívější traumatická zkušenost, jejíž následné symptomy vyžadovaly v současnosti psychoterapeutický zásah. Pět subjektů v této analýze odpovídalo poruše přizpůsobení dle diagnostického kritéria DMS IV a dva posttraumatické stresové poruše (Horáček, at al. 2005).

Výzkumný soubor pilotní studie tvořilo 7 dobrovolníků (5 žen a 2 muži), ve věku mezi 26,0-34,5 let (medián 28,5 let, průměr taktéž), s délkou vzdělání mezi 12-20 let (medián 17, průměr 16,5 let odpovídá vysokoškolskému vzdělání). Probandi měli ve své historii traumata definovaná jako únos a zajetí, potrat, psychické a sexuální zneužívání. Za účelem vyloučení jakékoli jiné duševní či somatické poruchy byly vyhodnoceny rodinné a lékařské záznamy o kterýchkoli duševních poruchách, provedeny strukturované pohovory a zdravotní prohlídky včetně biochemického vyšetření.

Z technických důvodů se nám bohužel nepodařilo zkontaktovat 2 účastníky z daného souboru, tudíž jsme nemohli použít existující videonahrávky s ohledem na etické aspekty výzkumu. Zároveň jsme neměli k dispozici konkrétní údaje o jednotlivých probandech, ale pouze deskriptivní statistiku celé skupiny, jak je uvedeno výše, proto zde uvádíme popisná data pro výzkumný soubor pilotního projektu. Do experimentální skupiny našeho výzkumu jsme tedy oslovili pět jedinců, 2 muže a 3 ženy, kteří poskytli svolení k provedení výzkumu pomocí existujících videonahrávek.

#### VÝZKUMNÝ VZOREK II (KONTROLNÍ)

Jedinci do kontrolní skupiny byli vybíráni opětovně metodou záměrného výběru, s dopředu formulovanými požadavky. Požadovali jsme klientskou zkušenost jedinců pod vedením A. Pessa, popř. jiných světově uznávaných PBSP terapeutů, u kterých se lze domnívat, že daní terapeuti používají PBSP terapii v její čisté podobě a se začleněnými novými terapeutickými prvky.

Kontrolní vzorek tvořili frekventanti 4letého psychoterapeutického výcvikového programu Pesso Boyden psychomotorického systému, kteří se nejvíce blížili našim potřebám. Tzn. jedinci nemají ve své individuální historii traumatickou zkušenost (dle definice PBSP), v jejíž návaznosti se aktuálně nevyskytují posttraumatické fenomény, probandi prováděli terapeutickou práci s A. Pessem, popř. dalšími zahraničními výcvikovými therapy, která je zaznamenána, samotná

terapeutická práce byla vedena v anglickém jazyce, jedinci netrpí v současnosti psychickým či somatickým onemocněním.

Po dohodě a svolení od pořádající organizace Diabasis o.s. bylo osloveno celkem 15 osob emailovou podobou, u kterých byl proveden záznam z jejich klientské terapeutické práce s A. Pessem či dalšími lektory, což bylo hlavním požadavkem k uskutečnění výzkumu. Jedna osoba nezareagovala na daný dotaz a tři lidé nespĺňovali kritérium somatického zdraví či absence traumatické zkušenosti s přítomností posttraumatických symptomů. Do souboru bylo následně vybráno 11 lidí, kteří odpovídali kritériím výběru. Tito všichni jedinci souhlasili se zařazením do vzorku výzkumu.

Kontrolní skupina se sestává z 11 osob (5 mužů, 6 žen) ve věku 28,6-41,0 let (medián 32,9 let, průměr taktéž), s délkou vzdělání 15-20 let (medián 17 let, průměr 17let odpovídá vysokoškolskému vzdělání).

VÝZKUMNÁ SKUPINA	N video nahrávky	N respondenti	věkový rozptyl	medián věku	rozptyl délky vdělání	medián délky vzdělání	aritmetický průměr délky vzdělání
EXPERIMENTÁLNÍ SKUPINA	9	5 (3 ženy, 2 muži)	26,0 - 34,5	28,5	12 - 20	17	16,5
KONTROLNÍ SKUPINA	11	11 (6 žen, 5 mužů)	28,6 - 41,0	32,9	15 - 20	17	17

Tab. 2 Základní demografické charakteristiky výzkumných vzorků.

Výše prezentované popisné údaje souboru jedinců s posttraumatickými symptomy a jedinců bez traumatické zkušenosti přehledně znázorňuje tabulka č. 2. Nejvýraznější odlišnost mezi oběma skupinami je dána mediánovou a průměrnou hodnotou věku (28,5 u kontrolní skupiny; 32,9 u experimentální skupiny) a počtem probandů v jednotlivých skupinách (5; 11), od kterých pocházely analyzované videonahrávky (počet 9 u kontrolní skupiny, 11 u skupiny experimentální). Oba soubory si jsou blízké z hlediska délky vzdělání, jenž svědčí pro dosažení vysokoškolského vzdělání bakalářského či magisterského stupně.

Je nutné podotknout, že vzorky byly vybrány s ohledem k předem daným kritériím a nikoliv k reprezentativnosti vůči populační struktuře naší země. Z tohoto důvodu je generalizace na populaci problematická. I přes tuto skutečnost mohou mít výsledky z inferenční statistiky, zhodnocující významnost rozdílů mezi soubory dat, hodnotu vědecké užitečnosti.

### 3. 4 Použité metody

Při stanovování výzkumného plánu je nutné mimo jiné detailně naplánovat formu sběru a následného zpracování dat. V rámci daných procesů je žádoucí postupovat s důrazem na co nejpřesnější získání gnozeologické hodnoty množiny dat o sledovaných událostech a s co největším vědomím nezbytnosti minimalizace chyb a možných zkreslení.

#### 3. 4. 1 Metody sběru a registrace dat

Vzhledem k povaze dat, které jsou fixovány v podobě videonahrávky, volíme metodu transkripce a následného překladu videonahrávky jako první krok úpravy dat pro další použití. Posléze je nutné provést obsahovou analýzu dat, čímž vyčleníme určité charakteristické fenomény, které jsou v souladu s naší výzkumnou otázkou a stanovenými hypotézami.

##### TRANSKRIPCE VIDEONAHRAVKY

J. Hendl považuje transkripci za „proces převodu mluveného projevu z interview nebo ze skupinové diskuse do písemné podoby“ (Hendl, 2008, str. 208). P. Mayring uvádí její čtyři způsoby, mezi něž řadí techniku doslovné transkripce, kterou jsme zvolili pro náš výzkum (Mayring, 2002).

Přípravit kompletní přepis struktury vedené v anglickém jazyce je nákladný postup z hlediska času, s čímž je nutné počítat od samého počátku výzkumu. Tento proces společně s překladem do českého jazyka jsme odhadovali na cca 12 hodin, jak se však záhy ukázalo při prvním zpracování, přepis a překlad zabral více čistého času na jednu strukturu, než bylo očekáváno. Celkem jsme u překladu a transkripce strávili 345 hodin.

S určitým časovým odstupem následovala ještě kontrola opakovaným poslechem, kdy byl porovnáván původní záznam s jeho transkribovanou podobou, neboť jsme si byli vědomi, že transkripce má pro náš výzkum značný význam a chtěli jsme předejít zbytečnému zkreslení či ztrátě dat. Tento systém kontroly (reliability) byl pro nás jediným možným způsobem, neboť všechny ostatní metody kontroly vyžadují přítomnost další osoby, což díky etice nebylo možné.

A. Leix upozorňuje na pravidla týkající se složitosti a podrobnosti transkripce, tedy hloubku a šíři sledování a zaznamenávání artikulovaných slov, ale i dalších znaků jako je síla hlasu, intonace apod. v závislosti na výzkumném tématu a cíli studie (Leix, 2003). Při naší transkripci docházelo k primární redukci dat, neboť nebylo možné zachytit vše. Systematicky a plánovitě jsme si vydefinovali pravidla pro provádění transkripce, abychom postihli co nejjednodněji určité jevy. Nonverbální projevy jsme v transkripci zcela eliminovali. Pro větší přehlednost a systematickosti jsme si vytvořili šablonu textového souboru pro transkripci audiovideozáznamu, kterou zde přikládáme pro ukázkou (viz tab. č. 2). Jak lze vidět v předložené tabulce, za významovou jednotku jsme si zvolili

větu (popř. souvětí), s níž jsme pracovali při analýze textu. Věty sloužily jako prvotní analytické hledisko, posléze se základní jednotkou stalo slovo.

POZNÁMKY	POŘADÍ VĚT	POČET SLOV	AKTÉR	OBSAH	ČAS/sec.	POZNÁMKY
S/11	58	22	T	Kdyby tu byl svědek, svědek by řekl: "Vidím, kolik dojetí cítíš, když máš vedle sebe někoho, kdo ti rozumí i beze slov".	20	Klientka pokyvuje hlavou a potichu pláče.
Em/25	59	3	K	Uklidňuje mě to.	30	Klientka z hluboka dýchá a přestává plakat.
Ed/4	60	14	T	Když lidé zažívají traumatickou zkušenost, jedna z věcí, která se narušuje, je pocit bezpečí.	20	
HS/7	61	25	K	Právě ten sen mi připomněl, jak jsem se bála v dětství a připadalo mi to znovu a znovu, že se to už déle nedá vydržet.	20	Klientka začíná mít třes kolem úst.
S/12	62	18	T	Kdyby tu byl svědek, svědek by řekl: "Vidím, jak zasažená jsi tím, co ti připomněl sen z dětství.	20	
HS/8	63	15	K	Slyšela jsem klíče v zámku a hned jsem celá ztuhlá, jako bych skoro přestala dýchat.	10	
Ed/5	64	6	T	Vypadá to na obrannou reakci zamrznutím.	10	
Ed/6	65	19	T	Tato reakce se objevuje vždy, když ...	20	

Poznámky: S- svědek, Em - emoce, Ed - edukace, HS - historická scéna, T-terapeut, K-klient

Tab.3 Ukázka šablony pro transkripci videozáznamu.

U skupiny s traumatizovanými jedinci jsme prováděli přepis celkem 9 videozáznamů. Na každé nahrávce byla zaznamenána pouze jedna struktura vedená A. Pessem s probandem (popř. s jinými lektory), včetně fáze check-inu a check-outu. Do našeho výzkumu bylo zahrnuto u skupiny traumatizovaných osob celkem 5 respondentů, z nichž až na jednu výjimku měl každý jedinec dva videozáznamy se dvěma strukturami. Jedna žena měla pouze jednu nahrávku struktury, neboť bylo respektováno její přání nepořizovat videozáznam z druhé terapeutické práce. Kontrolní skupinu tvořilo 11 osob s jedním videozáznamem.

Nezbytným předpokladem pro pořízení videozáznamu v rámci česko-americké studie i v rámci psychoterapeutického výcviku byl souhlas (viz příloha č. 3) všech účastníků našeho výzkumu v době před vznikem videonahrávky. Jeho součástí byla i dohoda, kde budou nahrávky uloženy a kdo bude zodpovídat za ochranu údajů. Na základě této domluvy pro nás vyplývala povinnost získat informovaný souhlas nejen všech probandů viděných na daných videonahrávkách (viz příloha č. 3), ale vytvořit dohodu mezi námi a A. Pessem skrz pořádající zaštitující organizace, kterou je v Čechách Diabasis o.s. (viz příloha č. 2).

Jednotlivé kroky tohoto procesu vedly přes oslovení A. Pessa, M. Vančury jako odpovědné osoby za Diabasis o.s ke konečnému zkontaktování účastníků výzkumu pomocí třetí osoby, kterou byl též M. Vančura. Probandi byli osloveni prostřednictvím emailového dopisu a přiloženého informovaného souhlasu. Důvodem tohoto jednání bylo zachování naprosté anonymity všech zúčastněných lidí. Zároveň byla stanovena pravidla A. Pessem týkající se použití daných videonahrávek, které nesmí být šířeny, viděny třetí osobou, pořizovány z nich kopie a veřejně

nakládáno s jejich přepisy, aby byly dodrženy veškeré dohodnuté podmínky bezpečí a ochrany soukromí před vnějším světem.

#### PŘEKLAD VIDEONAHŘÁVKY

Pro usnadnění následující práce s daty jsme se rozhodli transkribovaný text přeložit do českého jazyka. Jsme si vědomi, že tímto procesem mohlo dojít k dalším ztrátám a nepřesnostem údajů. Proto jsme i v tomto případě zvolili techniku opakovaného překladu a obě varianty vzájemně porovnali. Při nejasnosti, která nastala asi ve čtrnácti případech, jsme kontaktovali kanadského rodilého mluvčího trvale žijícího v Čechách, který provedl kontrolu příslušných textových segmentů, které ničím nenapovídaly o zdroji, z kterého pochází.

#### OBSAHOVÁ ANALÝZA

Abychom mohli zvolit adekvátní metodu statistické analýzy a provést testování pravděpodobnosti našich hypotéz, je nezbytné mít nasbíraná data v optimální podobě, k čemuž nám dopomůže obsahová analýza přeložených a transkribovaných videonahrávek PBSP struktur. Z tohoto důvodu řadíme metodu obsahové analýzy do části metody sběru a registrace dat, i když si uvědomujeme, že se pohybujeme s danou činností na pomezí oblasti zpracování dat.

K. Pavlica charakterizuje proces zpracování dat pomocí obsahové analýzy jako postup výběru obecnějších kategorií, o kterých zkoumaný text vypovídá, a děje se tak v souladu s výzkumným cílem. Dané kategorie jsou pak operacionalizovány do dílčích jednotek, které mohou, ale nemusí být kvantitativně zpracovávány (Pavlica, et al., 2000). Obsahovou analýzu můžeme uskutečňovat tedy kvantitativním či kvalitativním způsobem v závislosti na druhu vyčleněných jevů, s kterými pracujeme (Gavora, 2000). Toto pojetí podtrhávají i další autoři jako např. L. Maršalová, M. Mijovský či O. Mikšík (Maršalová, Mikšík, 1990, Mijovský, 2006).

V našem případě budeme vyjadřovat vlastnost určitého jevu, která se týká četnosti výskytu daných jevů v terapeutickém procesu. Tuto metodu nazývá M. Mijovský jako **metodu prostého výčtu** a pojímá ji na hranici mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem (Mijovský, 2006). I. Čermák a I. Štěpaníková v této souvislosti upozorňují na fakt, že počet je kategorií a frekvence výskytu nám může přinést zajímavé informace o kvalitě (Čermák, Štěpaníková, 1998). Kvantita se může stát nositelem důležitého významu pro interpretaci kvalitativních údajů, jak ukazují výsledky výzkumu.

Aby mohlo dojít ke kvantifikaci a následné interpretaci textu, je nutné stanovit významovou jednotku počáteční mikroanalýzy překladu videonahrávky. Pro naše účely jsme si zvolili za významovou jednotku textu větu, popř. souvětí a za časovou jednotku 10 vteřin. Následně jsme si určili analytické kategorie, které klasifikují významové jednotky a vychází z příslušného stanoveného problému. Podle J. Janouška na přesnosti vymezených kategorií závisí reliabilita obsahové analýzy textu (Janoušek, 1986). Hlavním požadavkem daných kategorií je, aby se vzájemně vylučovaly a nevstupovaly jedna do druhé. Zároveň musí být jejich charakteristika vyčerpávající a zahrnovat každý možný prvek obsahu.

Protože v analýze dat usilujeme o extrahování esence určité zkušenosti, začali jsme tyto esence zkušenosti v podobě osmi předem definovaných kategorií hledat opakovaným, důkladným pročítáním z anglického jazyka přeložených prepisů videonahrávek. Kategorie (viz tab. č. 4) jsou vyabstrahovány z teorie PBSP na základě tří základních oblastí (práce s emocemi, edukace, zájem o běžný život), které jsou známé z Modelu tří třetin při práci s traumatizovanými klienty. Pro jejich podrobnou charakteristiku se odvoláváme na teoretickou část rigorózní práce. Aby však bylo možné s kategoriálními systémy pracovat, je nutné je definovat. Bez této primární charakteristiky by nebylo možné provést jednoznačné rozhodnutí o přiřazení do kategorie.

Zde je zachycujeme následujícím způsobem, který nám umožňuje jejich identifikaci v textu:

KATEGORIE Z OBLASTI PRÁCE S EMOCEMI:	
POSTAVA SVĚDKA	→ hypotetická postava svědka se objevuje skrz ústa terapeuta, který říká: „Kdyby tu byl svědek, svědek by řekl, vidím, jak... se cítíš, když vyprávíš o... (kontext).“
HLASY	→ hlas se objevuje skrz ústa a gesto terapeuta: „Je tu... hlas, který říká...!“ → hlas může mít nejrůznější kvalitu: hlas obviňující, žádající, stěžující, hlas disociace, hlas pravdy
SYMBOLICKÁ SCÉNA (ANTIDOTUM)	→ formování symbolické scény začíná v momentě příchodu ideálních postav na scénu a interakcí klienta s nimi → symbolická scéna končí derolováním ideálních postav → specifickým případem ideálních postav jsou ochranné ideální postavy, které se objevují na rovině „teď a tady“ v procesu terapie a jsou též antidotem, napomáhají zvládnout emoce vynořující se z historie
SDÍLENÍ EMOCÍ V RÁMCI CHECK-IN FÁZE	→ sdílení pocitů, které provane aktuálně prožívá či prožíval v uplynulé době
KATEGORIE Z OBLASTI ZAMĚŘENÉ NA KAŽDODENNÍ ŽIVOT:	
KAŽDODENNÍ ŽIVOT V RÁMCI STRUKTURY NA ROVINĚ „TEĎ A TADY“	→ informace o aktuální životní situaci probanda
KAŽDODENNÍ ŽIVOT V RÁMCI CHECK-OUT FÁZE	→ zaměření pozornosti na potřeby probandů a na situaci, do které se navrací a která je čeká → informace z běžně žité reality

KATEGORIE Z OBLASTI EDUKACE:	
EDUKACE V RÁMCI PRESTRUKTURÁLNÍ FÁZE	<p>účastníci při teoretickém seznamování s PBSP metodou získávají informace ohledně:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ pravidel chování ve skupině v různých fázích terapeutické práce</li> <li>→ průběhu terapeutického sezení a jeho jednotlivých fází a časových rovinách</li> <li>→ užívání a funkci specifických terapeutických prvků (hlasy, postava svědka, placeholder, historická scéna, symbolická scéna, ideální postavy)</li> <li>→ vývoje jedince (systém bazálních a sekundárních potřeb, optimální a patologický vývoj, význam a vliv různých interakcí na život jedince, teorie deficitů, traumatu a mezer v rolích, funkce pilota)</li> </ul>
EDUKACE V RÁMCI STRUKTURY	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ navracení se k teorii PBSP a znovu vysvětlování výše zmíněných prvků, které se dávají do souvislosti s aktuální situací</li> </ul>

Tab. 4 Charakteristika osmi základních kategorií pro užití obsahové analýzy.

Při analýze PBSP procesu se objevila již ve výzkumu diplomové práce ještě jedna oblast, která nebyla shodná s Modelem tří třetin a tím pádem nebyla zahrnuta pod výše vymezené kategorie ani jí nebyla věnována pozornost. My jsem se rozhodli danou oblast začlenit pro celistvost deskripce psychoterapeutického popisu a zahrnout do svých úvah. Danou kategorii jsme nazvali „historii klienta“ neboli tzv. „historickou scénou“. Jedná se nejčastěji o verbální rekonstrukci minulé události často spojené s tělově emoční prožíváním. V rámci terapeutické sezení klient hovoří o svých vzpomínkách na různé mezilidské interakce, různorodé pocity či prožívané tělové reakce uložené ve své autobiografické paměti (Wächter, 2009). Teorie Pesso Boyden psychomotorické terapie se na tyto okamžiky dívá jako na psycho-fyziologické deficity klientových potřeb, které posléze používá k výstavbě hojivé scény antidota (Lea, 1997).

Začlenění zkoumání historické scény do výzkumného plánu je zajímavé i pro nejednotnost názorů nejrůznějších odborníků při práci s ní. A. Pesso spolu s D. Boyden se vymezují vůči pojetí významnosti, s jakou někteří odborníci přistupují k propracování historické scény. Pro ilustraci si uveďme např. jména P. A. Levine či J. L. Herman, jejichž postoj vysvětluje důležitost navracení se ke starým událostem opakovaným „propovídáním“ určitých životních okamžiků. Touto rekonstrukcí všeho, co se stalo v minulosti, dochází k transformaci traumatické vzpomínky a k integraci těchto zážitků do psychiky jedince (Herman, 2001, Levine, 2002). Nezapomeňme si však doplnit pohled R. J. Stenberga na danou problematiku, podle něhož je možné, že při každém převyprávění zkušenosti reorganizujeme a konstruujeme své vzpomínky tak, že se ve skutečnosti přesnost toho, co reprodukuje, zmenšuje, zatímco živost toho, co z reprodukování informace

vnímáme, roste (Sternberg, 2002).

A. Pessoa své úvahy opírá o poznatky procesu učení a „znovuprožívání či verbalizaci traumatizujících událostí považuje za retraumatizující proces v současnosti“ (Pessoa, 2010a). Již před sto lety si H. Ebbinghaus povšiml, že opakování udržuje informaci aktivní a ovlivňuje tak konsolidaci informace v dlouhodobé paměti (Ebbinghaus, 1913). Podle J. Bohannona je důsledkem častého opakování významné události právě živost reprodukované informace (Bohannon, 1988).

Výše zmíněné kategorie a informace s nimi spojené jsme se rozhodli pro přehlednost utřídit do tabulky č. 3, která nám nesloužila pouze pro transkripci a překlad daného materiálu, ale i pro analýzu dat. Graficky, barevně či popisem jsme vyznačovali výroky, které spadaly svým významem do určité, výše uvedené kategorie. Např. „S/II“ značí použití postavy svědka, číslo za lomítkem nás informuje o četnosti jevu v daném transkriptu a zelená barva políčka o sdělení ústy terapeuta. Jiné značky, jako např. „Ed“ nás informují o kategorii edukace, „Em“ o oblasti emocí, „HS“ o historických souvislostech klienta.

Je nutno podotknout, že paralelně probíhala též analýza časových charakteristik vybraných fenoménů. Nejmenší možnou jednotkou času se stalo 10 sekund a dané fenomény tak byly též sledovány a zaznamenávány z hlediska jejich trvání. V časové analýze našly své místo i nonverbální charakteristiky komunikace, pomlky, ticho, pláč apod.

Postup založený na tabulkové metodě pro analýzu dat je metoda rámcové analýzy. Její autoři, J. Ritchie a L. Spencer, ji považují za předběžnou fázi interpretativních postupů a dle nich slouží k usnadnění systematického prozkoumávání dat (Ritchie, Spencer, 1994). Prvním krokem práce s materiálem je jeho *organizace*, kdy jde o pečlivé roztřídění a redukci dat. Druhým krokem je vlastní *interpretace*, která vede k popisné nebo explanatorní zprávě o zkoumané oblasti (Hendl, 2008, str. 217).

Součástí explorační je kvantifikace analytických kategorií, které nám přinesly informace o výskytu četnosti definovaných jevů, tj. o jejich relativním počtu, v případě kategorie svědka a hlasu o jejich absolutním počtu. Důvodem volby deskriptivního souboru je následné užití induktivní statistiky a interpretace výsledků vzhledem k formulovaným hypotézám.

### **3. 4. 2 Použité metody analýzy dat**

Přestože v této části nastíníme postup zpracovávání získaných dat, podrobnou prezentací a interpretací výsledků se budeme zabývat v následující kapitole nazvané „Zpracování výsledků výzkumu“. Naším prvním úkolem byl popis nashromážděných dat způsobem, který by poskytoval co možná nejpresnější a přehlednou informaci o měřených jevech. Druhou částí byla aplikace metod inferenční statistiky, která napomáhá při rozhodování o odlišnostech či absenci rozdílů mezi sledovanými jevy a na základě výsledků ověřování hypotéz tak přináší dosažené výsledky.



## METODY DESKRIPTIVNÍ STATISTIKY

Vzhledem k charakteru výzkumného procesu, který při zpracování výsledků analýzy videozáznamu žádal deskriptivní, analytické a interpretativní postupy, se nám kvalitativní metodologie zdála jako nejvhodnější způsob prvotní práce s daty před užitím popisné statistiky. Pro tento proces, kdy sledované jevy jsou v procesu změny a připouštějí odchylky ztvárnění, bylo nutné široké teoretické zázemí PBSP metody, od kterého se odvíjelo definování kategorií, které byly následně identifikovány v textu. Při kvalitativní analýze jsme zohledňovali celý kontext řečeného.

Pro vyvození smysluplných zevšeobecnění nestačí pouhé systematické a přehledné uspořádání nasbíraných dat, ale i jejich charakteristika za použití deskriptivní statistiky. Pomocí číselných ukazatelů seřazených v tabulce jsme postihli základní charakteristiky popisovaných souborů. Zaměřili jsme se především na medián, aritmetický průměr, hodnoty minima a maxima společně s údaji o variačním rozpětí.

## METODY INDUKTIVNÍ STATISTIKY

Jak uvádí J. Ferjenčík, „podstatou induktivní statistiky je zpravidla porovnávání a analýza menších skupin dat (vzorků) a na tomto základě vyvozování závěrů o celé množině objektů (populace)“ (Ferjenčík, 2000, str. 234).

Vzhledem k nízkému počtu probandů a nejistotě, zda náš soubor má charakteristiky normálního rozdělení, jsme použili neparametrický test zvaný Mann-Whitneyův k porovnání dvou nezávislých vzorků dat. S ohledem na skutečnost, že testujeme řadu hypotéz, pro jistější posouzení výsledku testu uvažujeme rovněž přísnější hladinu významnosti určenou pomocí Bonferroniho korekce na mnohočetné testování. Tím snižujeme pravděpodobnost, že bude nalezen významný rozdíl pouze náhodou. Pro  $N=12$  se jedná o opravenou „přísnější“ hladinu  $p = \sim 0,0042$ . Pokud výsledná hodnota Mann-Whitneyho testu překročí stanovenou kritickou hodnotu pro tento test na stanovené hladině významnosti  $p < 0,05$  popř. na přísnější hladině významnosti  $p < 0,0042$ , znamená to, že existují důvody odmítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní.

Protože jsme v následujícím kroku pomocí Kolmogorov-Smirnovova testu nezjistili signifikantní rozdíly rozdělení sledovaných veličin od normálního rozdělení, doplnili jsme analýzu i parametrickým t-testem. Ačkoli teoreticky má tento test o něco větší sílu, výsledky se v zásadě nezměnily, jak si ukážeme v části nazvané „Výsledky výzkumné části II“.

### 3. 5 Zpracování výsledků výzkumu

Již od počátku výzkumu jsme stanovili výzkumný záměr, který byly spojený:

- s analýzou videonahrávek, které pocházely ze studie „Efekt dvou sezení PBSP psychoterapie na aktivaci mozku v odpovědi na stimuly evokující trauma“. Tato první skupina osob na videonahrávkách tvořila experimentální skupinu, jejíž hlavní charakteristikou byla v osobní historii přítomnost traumatogenního podnětu s následným vznikem posttraumatických symptomů.
- s analýzou videonahrávek, které pocházely z kontrolního vzorku, z psychoterapeutické výcvikové skupiny vedené A. Pessem, kde jedinci zahrnutí do výzkumu nevykazují v současnosti posttraumatické symptomy a mají absentující zkušenost s traumatickými podněty v jejich minulosti.

Analýza dat se zaměřovala na určení časové a obsahové četnosti vybraných PBSP fenoménů z teorie PBSP (výsledky výzkumné části I) a určení vzájemných vztahů mezi experimentální a kontrolní skupinou v závislosti na stanovených hypotézách (výsledky výzkumné části II).

#### 3. 5. 1 Výsledky výzkumné části I

Jedním z cílů výzkumu byla snaha zachytit a popsat zvolené fenomény z teorie PBSP v práci s traumatizovanými klienty a v práci s jedinci bez aktuálně vyskytujících se traumatických symptomů. Data z provedené popisné statistiky analyzovaných transkripcí videonahrávek experimentální i kontrolní skupiny nalezneme v následujícím textu.

První analytická část výzkumu odpovídala na otázku: *„S jakou obsahovou proporcí se vyskytuje v dostupných materiálech fenomén edukace, práce s emocemi, zaměření se na běžný život a navracení se k historii klienta?“*

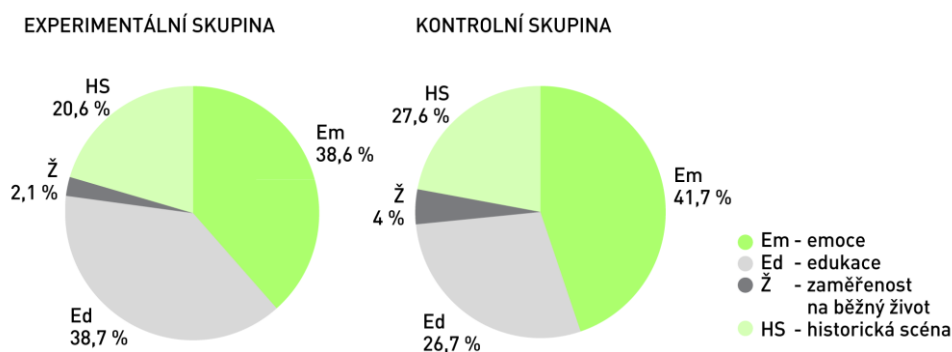
Výše uvedené kategorie jsme obsadili teoretickými koncepty známými z Pesso Boyden psychomotorické terapie a vymezili jsme dané jevy z hlediska obsahu, z hlediska četnosti verbálních intervencí, jak pro celkový proces PBSP (tab. č. 5), tak pro vlastní terapeutickou práci v rámci struktury (tab. č. 6). Pro větší přehlednost jsme doplnili tabulky grafickým ztvárněním údajů pomocí výšečových diagramů.

Deskriptivní výsledky specifikující charakteristiky zvolených kategorií v celkovém procesu PBSP u obou výzkumných skupin jsou shrnuty v následující tabulce č. 5.

OBSAHOVÉ CHARAKTERISTIKY ZVOLENÝCH KATEGORIÍ V RÁMCI CELKOVÉHO SEZENÍ PBSP (PRESTRUKTURÁLNÍ, STRUKTURÁLNÍ A POSTSTRUKTURÁLNÍ FÁZE)				
KATEGORIE	průměrný počet slov u daných fenoménů v terapeutickém procesu PBSP		relativní obsahová četnost daných fenoménů v terapeutickém procesu PBSP (%)	
	Experimentální skupina	Kontrolní skupina	Experimentální skupina	Kontrolní skupina
EMOCE	258	332	38,6 %	41,7 %
EDUKACE	260	213	38,7 %	26,7 %
ZAMĚŘENOST NA KAŽDODENNÍ ŽIVOT	14	32	2,1 %	4 %
HISTORICKÁ SCÉNA	142	220	20,6 %	27,6 %
PBSP PROCES	674	797	100 %	100 %

Tab. 5 Obsahové vymezení jednotlivých fenoménů v rámci celkového sezení PBSP.

Ze závěrů výzkumu diplomové práce „Možnosti a meze Pesso Boyden psychomotorické terapie při práci s traumatizovanými klienty“ (dále jen diplomové práce) víme, že kategorie vyspecifikované dle Modelu tří třetin nejsou syceny třetinově (Čepelíková, 2010b). Toto zjištění koresponduje též s výsledky získané z kontrolní skupiny.



Obr. 22 Diagramy vymezující jednotlivé fenomény v rámci celkového sezení PBSP (z obsahového hlediska).

Výše znázorněné koláčové diagramy napomáhají vytvářet jasnější představu rozložených četností jednotlivých kategorií (obr.č. 22). Největší verbální prostor v celkovém terapeutické procesu zabírá téměř ve stejném poměru edukační činnost (38,7%) a práce s emocemi (38,6%) u experimentální skupiny, oproti zvýšené míře práce s emocemi (41,7%) ve srovnání s edukací (26,7%) u skupiny kontrolní. Zájem, s jakým se klienti navrací k vlastní historii, je vyšší u skupiny kontrolní (27,6%) na rozdíl od skupiny jedinců s traumatickým zážitkem (20,6%). Běžnému životu se v PBSP terapii věnujeme jak ve struktuře, tak v check-out fázi, přesto je obsahové vymezení téměř

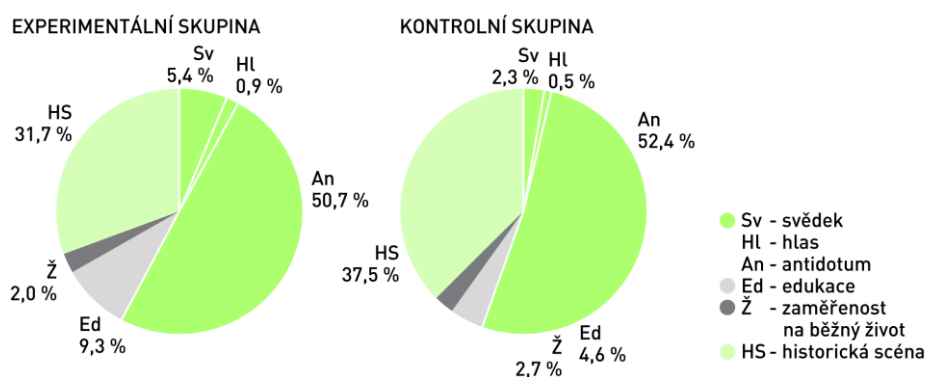
zanedbatelně u obou skupin, i když se u skupiny kontrolní vyskytuje téměř s dvojnásobnou četností (4%).

Pro zajímavost uvedme, že osoby v kontrolní skupině vyslovili během struktury průměrně o 123 slov více, avšak za stejnou dobu trvání terapeutického procesu (106 min), jak uvidíme v tabulkách týkající se časových charakteristik. Tento výsledek implicitně mluví o různé rychlosti prožívání a verbalizace mezi oběma skupinami.

OBSAHOVÉ CHARAKTERISTIKY ZVOLENÝCH KATEGORIÍ V RÁMCI PBSP STRUKTURY				
KATEGORIE	průměrný počet slov u daných fenoménů v PBSP struktuře		relativní obsahová četnost daných fenoménů v PBSP struktuře [%]	
	Experimentální skupina	Kontrolní skupina	Experimentální skupina	Kontrolní skupina
EMOCE	255	325	57,0 %	55,2 %
SVĚDEK	24	14	5,4 %	2,3 %
HLAS	4	3	0,9 %	0,5 %
ANTIDOTUM	227	308	50,7 %	52,4 %
EDUKACE	42	27	9,3 %	4,6 %
ZAMĚŘENOST NA KAŽDODENNÍ ŽIVOT	9	16	2,0 %	2,7 %
HISTORICKÁ SCÉNA	142	220	31,7 %	37,5 %
PBSP STRUKTURA	448	588	100 %	100 %

Tab. 6 Obsahové vymezení jednotlivých fenoménů v rámci struktury PBSP.

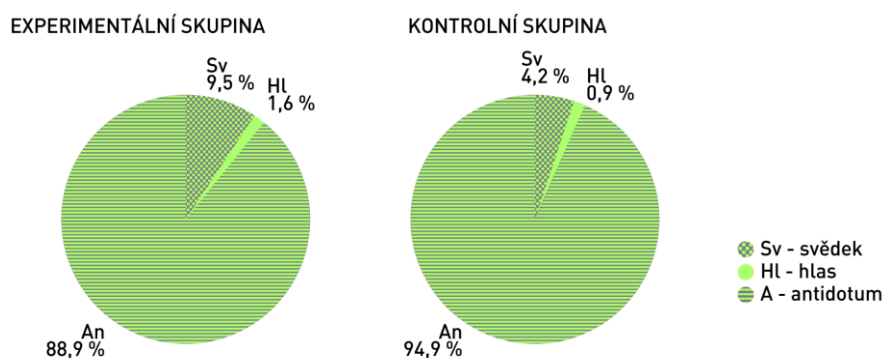
Tabulka č. 6 i výšečový diagram (obr. č. 23) přináší pohled na výsledné údaje ze samotné terapeutické práce v rámci PBSP struktury, kde lze vysledovat poměrově velmi blízké zastoupení jednotlivých fenoménů u obou skupin.



Obr. 23 Diagramy vymezující jednotlivé fenomény v rámci PBSP struktury (z obsahového hlediska).

Největší verbální prostor, obdobně jako v celkovém procesu, náleží oblasti práce s emocemi, avšak při bližším posouzení je zřetelné jeho poměrové navýšení nad hranici poloviny (u experimentální skupiny 57,0 %, u skupiny kontrolní 55,2 %). Toto zjištění je v souladu se subjektivně pocíťovanou významností terapeutických intervencí. Ve výzkumu diplomové práci připisovali klienti nejvyšší subjektivní hodnotu terapeutické intervence právě v oblasti práce s emocemi; především při stavění symbolické scény, v rámci níž dochází k emočně korektivní zkušenosti a používání postavy svědka k odečítání emočního tělového výrazu a zpřítomňování a prohlubování aktuálního prožívání (Čepelíková, 2010b).

Tabulka č. 6 a výšečový diagram (obr. č. 23, 24) nám prezentují podrobné zastoupení různých intervencí zabývající se emoční složkou jedince. Důvodem podrobného mapování této kategorie se staly jednak zmiňované výsledky výzkumu diplomové práce, na něž navazujeme, a znalost PBSP teorie, která především složku emoční reedukace považuje za významný přínos Pessu Boyden psychomotorické terapie.



Obr. 24 Diagramy zachycující podrobnou práci s emocemi v PBSP struktuře z obsahového hlediska.

Z detailních výsledků vyplývají rozdíly především v kategorii použití svědka, která je u experimentální skupiny více jak 2,3 x větší (5,4%) na rozdíl od skupiny kontrolní (2,3%). U ostatních oblastí jsou vzájemné odlišnosti méně výrazné. V tvorbě antidotární scény, kde je mezi poměry cca 2% odlišnost ve prospěch vzorku lidí bez traumatické zkušenosti (52,4 % oproti 50,7%), je však významné nadpoloviční zastoupení v rámci celé struktury. Použití hlasu za účelem externalizace klientových myšlenek a přesvědčení nepřesáhlo hodnotu 1 % u obou výzkumných vzorků.

Poměrové hodnoty práce s emocemi lze znázornit též samostatně, jak nabízí pohled na výšečový diagram (obr. č. 24). Terapeutická intervence výstavby léčivé scény jako nejdůležitější objímá plochu 88,9 % u lidí s traumatickou zkušeností a 94,9 % u jedinců bez posttraumatických symptomů. Výrazné se též jeví použití svědka (9,5 % oproti 4,2 %).

Když se navrátíme zpět k celkovému popisu struktury, někoho by mohlo překvapit druhé místo obsazené verbalizací klientovy minulosti. Tu u obou skupin pozorujeme v poměrovém

zastoupení v 31,7 % u experimentální skupiny, v 37,5 % u skupiny kontrolní. Z poslední přednášky A. Pessa v České republice v zimě 2010 víme, že v posledním roce stále více směřuje A. Pessa jako terapeut k opouštění zaměřenosti na historické okamžiky ze života klienta a přechází ihned k léčebným interakcím s ideálními postavami (Pesso, 2010b). Lze se tedy domnívat, že nejnovější struktury vedené A. Pessem by byly v tomto okamžiku určeny více pozměněným poměrem jednotlivých fenoménů ve výraznější prospěch práce s emocemi, především stavění antidotární scény.

Přestože obsahová četnost použitých slov k popisu historie klienta je přibližně třetinová, časové trvání je pouze pětínové, jak uvidíme dále.

V tabulce č. 7 předkládáme výše uvedené charakteristiky z obou úhlů pohledu současně; z dlouhodobého hlediska PBSP procesu, kde jsou jednotlivé PBSP fenomény mapovány v rámci všech fází terapeutického procesu, v check-inu, struktuře a check-outu, a v rámci struktury jako vlastní terapeutické činnosti (krátkodobé hledisko).

OBSAHOVÉ CHARAKTERISTIKY VYBRANÝCH KATEGORIÍ				
KATEGORIE	relativní obsahová četnost daných fenoménů v terapeutickém procesu PBSP [%]		relativní obsahová četnost daných fenoménů v PBSP struktuře [%]	
	Experimentální skupina	Kontrolní skupina	Experimentální skupina	Kontrolní skupina
EMOCE	38,6 %	41,7 %	57,0 %	55,2 %
EDUKACE	38,7 %	26,7 %	9,3 %	4,6 %
ZAMĚŘENOST NA KAŽDODENNÍ ŽIVOT	2,1 %	4 %	2,0 %	2,7 %
HISTORICKÁ SCÉNA	20,6 %	27,6 %	31,7 %	37,5 %

Tab. 7 Obsahové charakteristiky vybraných kategorií v rámci procesu PBSP a v rámci PBSP struktury.

Při vzájemném porovnání obou hledisek, krátkodobého a dlouhodobého pohledu, se ukazuje nejvýraznější rozdíl v oblasti edukace, emocí, neposledně též v zájmu o klientovu minulost. Ve struktuře terapeut poskytuje informace klientům pouze v 9,3 % u experimentální skupiny a 4,6 % u kontrolní skupiny, kdežto z hlediska celého procesu o 29,4 % více u experimentální skupiny (38,7 %) a o 22,1 % více u kontrolního vzorku (26,7 %). Tyto údaje poukazují na zvýšenou edukaci v prestrukturální fázi, jejíž součástí je informování klienta o průběhu terapie a základních teoretických úvahách, jako např. pojetí deficitních potřeb, traumatické zkušenosti či vstupování klientů do mezer v rolích.

Z předložených výsledků vyplývá prvenství zachované pro oblast emocí u krátkodobého i dlouhodobého procesu PBSP s vyšším procentuálním zastoupením v rámci struktury (o 18,4 %, o 13,5 %). Rozdíl (11,1 %, 9,9 %) se vyskytuje v rámci navracení se klientů v historii k prožitým

událostem ve struktuře. Oblast každodennosti je nejméně sycenou částí terapie z obou časových hledisek.

Před přechodem k mapování časových charakteristik se nabízí rozšíření deskripce kategorií o vybrané míry středu (medián) a míry variability (hodnoty minima a maxima dat společně s jejich variačním rozpětím), jak je shrnuto v následujících tabulkách (tab. č. 8).

OBSAHOVÉ CHARAKTERISTIKY ZVOLENÝCH KATEGORIÍ V RÁMCI CELKOVÉHO PBSP PROCESU (prestrukturální, strukturální a poststrukturální fáze)										
KATEGORIE	Experimentální skupina					Kontrolní skupina				
	aritmetický průměr	medián	minimum	maximum	variační rozpětí	aritmetický průměr	medián	minimum	maximum	variační rozpětí
EMOCE	258	245	194	320	126	332	327	184	483	299
EDUKACE	260	260	248	281	33	213	209	195	250	55
ZAMĚŘENOST NA KAŽDODENNÍ ŽIVOT	14	14	9	21	12	32	25	15	49	34
HISTORICKÁ SCÉNA	142	159	46	231	185	220	197	27	388	361
CELKEM	674	662	590	790	200	797	783	614	1085	471

OBSAHOVÉ CHARAKTERISTIKY ZVOLENÝCH KATEGORIÍ V RÁMCI PBSP STRUKTURY										
KATEGORIE	Experimentální skupina					Kontrolní skupina				
	aritmetický průměr	medián	minimum	maximum	variační rozpětí	aritmetický průměr	medián	minimum	maximum	variační rozpětí
EMOCE	255	239	192	310	118	325	328	180	468	288
EDUKACE	42	41	29	62	33	27	23	9	64	55
ZAMĚŘENOST NA KAŽDODENNÍ ŽIVOT	9	9	5	17	12	16	15	6	32	26
HISTORICKÁ SCÉNA	142	147	46	231	185	220	207	27	388	361
CELKEM	448	436	365	560	195	588	573	412	879	467

Tab. 8 Podrobné obsahové charakteristiky procesu PBSP z dlouhodobého a krátkodobého hlediska.

Z důvodu obsáhlosti dat používáme dvě tabulky pro znázornění údajů v oddělené podobě; pro celkový proces PBSP a pro vlastní terapeutickou činnost PBSP.

Vedle známých hodnot aritmetického průměru jsme umístili pro porovnání hodnoty mediánu reprezentující střed distribuce souboru shromážděných údajů. Užití mediánu je optimálním řešením slabiny distribuce, tedy dat „narušených“ extrémními odchylkami na jednom nebo na druhém konci (Ferjenčík, 2000). U obou výběrových vzorků v oblasti edukace a zaměření se na každodenní život

nejsou data ovlivněna extrémními hodnotami na rozdíl od kategorie emocí, historické scény a celkové charakteristiky struktury či terapeutického procesu jako celku.

Při porovnávání šířky rozsevu údajů, tzn. vzdálenosti mezi nejnižší a nejvyšší hodnotou proměnné, získáváme informace o rozložení údajů v distribuci. Při pozorování získaných hodnot je zřejmé, že počet užitých slov v rámci celkového PBSP procesu i v rámci struktury u kontrolní skupiny má větší varianci. Zjištěné údaje popisují u daného vzorku též vyšší četnost použitých slov mimo kategorii edukace.

Výsledek u experimentální skupiny odpovídá poznatkům z teorie traumatu o nutnosti edukace traumatizovaných klientů. Porozumění situaci i vlastnímu prožívání napomáhá jednak zvyšování schopnosti vlastní seberegulace s odrazem v emoční rovině (rozvoj pocitů bezpečí a snižování pocitů bezmoci), stejně jako propojování implicitně zapamatovaných obrazů, emocí a tělových pocitů s explicitně uloženými fakty (Levine, 2002, Rothschild, 2000).

Druhým hlediskem posuzování četnosti daných jevů se stala kvalita časová v souvislosti s předloženou výzkumnou otázkou: „*S jakou časovou proporcí se vyskytuje v dostupných materiálech fenomén edukace, práce s emocemi, zaměření se na běžný život a práce s klientovou historií?*“ Dané kategorie budou popsány jak z hlediska celkového PBSP procesu, tak z hlediska vlastní terapeutické práce.

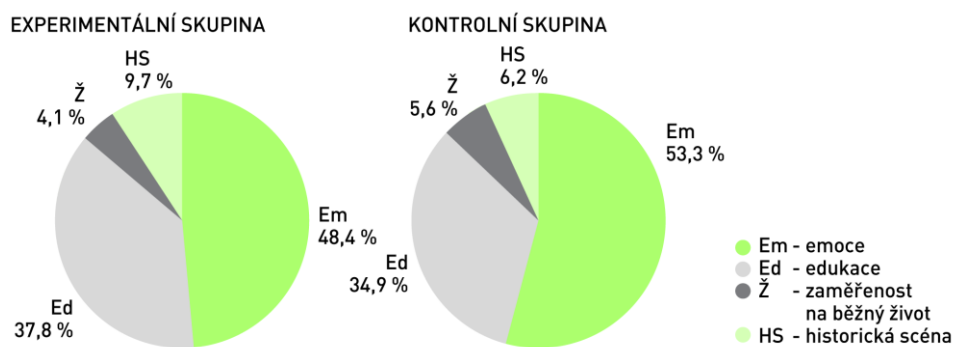
V tabulce č. 9 jsou prezentovány časové charakteristiky jednotlivých fenoménů z dlouhodobého hlediska. Výsledky této části výzkumu ukazují na shodnou průměrnou dobu trvání celkového sezení u obou vzorků, které je dlouhé 106 minut. Při podrobné analýze však zjistíme rozdíly u časových charakteristik jednotlivých fenoménů v PBSP procesu. Ty jsou představeny jak ve formě průměrného počtu minut trvání daných fenoménů, tak v podobě jejich relativních časových četností.

ČASOVÉ CHARAKTERISTIKY ZVOLENÝCH KATEGORIÍ V RÁMCI CELKOVÉHO SEZENÍ PBSP (PRESTRUKTURÁLNÍ, STRUKTURÁLNÍ A POSTSTRUKTURÁLNÍ FÁZE)				
KATEGORIE	průměrný počet minut u daných fenoménů v terapeutickém procesu PBSP		relativní časová četnost daných fenoménů v terapeutickém procesu PBSP [%]	
	Experimentální skupina	Kontrolní skupina	Experimentální skupina	Kontrolní skupina
EMOCE	51	56	48,4 %	53,3 %
EDUKACE	40	37	37,8 %	34,9 %
ZAMĚŘENOST NA KAŽDODENNÍ ŽIVOT	4	6	4,1 %	5,6 %
HISTORICKÁ SCÉNA	11	7	9,7 %	6,2 %
PBSP PROCES	106	106	100 %	100 %



Tab. 9 Časové vymezení jednotlivých fenoménů v celkovém procesu PBSP.

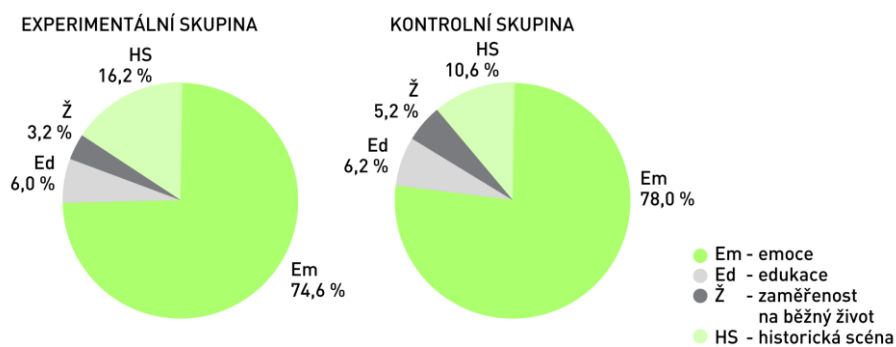
Výšečový diagram (obr. č. 25) zřehledňuje poměrové zastoupení jednotlivých fenoménů, podle něhož práce s emocemi probíhá nejdéle (48,4 % u experimentální skupiny, 53,3 % u skupiny kontrolní), oproti edukaci (37,8 %; 34,9 %) či historické scéně (9,7 %; 6,2 %). Zájmu o běžný život je věnován jak obsahově tak časově nejmenší prostor v rámci struktury i celkového sezení (4,1 %; 5,6 %).



Obr. 25 Diagramy zachycující časové charakteristiky vybraných fenoménů v celkovém procesu PBSP.

Se znalostí teoretického zázemí PBSP metody je nutné připomenout, že oblast edukace je sycena především fází check-inu, oproti samotné terapeutické práci, jak je doloženo v následující tabulce (tab. č. 10).

Z popisu celkového procesu PBSP vyplývalo následující pořadí intervencí dle četnosti: práce s emocemi, edukace, práce s historickou scénou a orientace na každodenní život. Ve struktuře se časový prostor pro práci s historickou scénou a edukací obrátil ve prospěch verbalizace klientovy minulosti. Přibližně tři čtvrtinový časový podíl je věnován emoční práci (74,6 % u experimentální skupiny; 78,0 % u skupiny kontrolní), výrazně méně je pak zastoupena kategorie historie klienta (16,2% oproti 10,6 %). Edukační část (6,0 %; 6,2 %) a oblast zájmu o běžný život (3,2 %; 5,2%) trvají několikanásobně kratší dobu oproti výše zmíněným kategoriím.



Obr. 26 Časové vymezení jednotlivých fenoménů v rámci PBSP struktury.

ČASOVÉ CHARAKTERISTIKY ZVOLENÝCH KATEGORIÍ V RÁMCI PBSP STRUKTURY				
KATEGORIE	průměrný počet minut u daných fenoménů v PBSP struktuře		relativní časová četnost daných fenoménů v PBSP struktuře [%]	
	Experimentální skupina	Kontrolní skupina	Experimentální skupina	Kontrolní skupina
EMOCE	49	49	74,6 %	78,0 %
EDUKACE	4	4	6,0 %	6,2 %
ZAMĚŘENOST NA KAŽDODENNÍ ŽIVOT	2	3	3,2 %	5,2 %
HISTORICKÁ SCÉNA	11	7	16,2 %	10,6 %
PBSP STRUKTURA	66	63	100 %	100 %

Tab. 10 Časové vymezení jednotlivých fenoménů v rámci PBSP struktury.

V literatuře o teorii Pesso Boyden psychomotorické terapie je určena doba trvání struktury na 50 minut. Výsledná data z výzkumu uvádí rozdílný čas průběhu reálné struktury vedené A. Pessem. Ta je u experimentální skupiny o 16 minut delší, u kontrolního vzorku je struktura prodloužena o 13 minut oproti ustanovené době.

U zkoumaných kategorií určujeme z hlediska času též míry středu (medián) a míry variability (hodnoty minima a maxima dat společně s jejich variačním rozpětím). Dané míry nám poskytují adekvátní informace o rozložení dat v našem souboru a jejich případných extrémních odchylkách. Údaje o celkovém procesu PBSP a PBSP struktuře jsou shrnuty v následujících tabulkách č. 11.

ČASOVÉ CHARAKTERISTIKY ZVOLENÝCH KATEGORIÍ V RÁMCI CELKOVÉHO PBSP PROCESU (prestrukturální, strukturální a poststrukturální fáze)										
KATEGORIE	Experimentální skupina					Kontrolní skupina				
	aritmetický průměr	medián	minimum	maximum	variační rozpětí	aritmetický průměr	medián	minimum	maximum	variační rozpětí
EMOCE	51	54	37	66	29	56	56	47	69	22
EDUKACE	40	40	38	42	4	37	37	34	41	7
ZAMĚŘENOST NA KAŽDODENNÍ ŽIVOT	4	4	2	7	5	6	6	3	9	6
HISTORICKÁ SCÉNA	11	7	5	17	12	7	6	2	12	10
CELKEM	106	105	87	119	32	106	105	94	117	23

ČASOVÉ CHARAKTERISTIKY ZVOLENÝCH KATEGORIÍ V RÁMCI PBSP STRUKTURY										
KATEGORIE	Experimentální skupina					Kontrolní skupina				
	aritmetický průměr	medián	minimum	maximum	variační rozpětí	aritmetický průměr	medián	minimum	maximum	variační rozpětí
EMOCE	49	52	33	64	31	49	50	43	56	13
EDUKACE	4	4	2	6	4	4	4	1	8	7
ZAMĚŘENOST NA KAŽDODENNÍ ŽIVOT	2	2	1	4	3	3	3	1	5	4
HISTORICKÁ SCÉNA	11	7	5	17	12	7	4	2	12	10
CELKEM	66	65	48	80	32	63	61	56	72	16

Tab. 11 Časové charakteristiky vybraných kategorií v rámci procesu PBSP a v rámci PBSP struktury.

Rozdíl mezi hodnotami aritmetického průměru a mediánu poukazuje na ovlivnění dat extrémními hodnotami; především u kategorie emocí, historické scény a celkové charakteristiky struktury či terapeutického procesu jako celku. U obou výběrových vzorků v oblasti edukace a orientace na každodenní život jsou hodnoty mediánu shodné s aritmetickým průměrem.

Vzdálenost mezi nejnižší a nejvyšší hodnotou proměnné nám poskytuje informace o rozložení údajů v distribuci. Právě variační rozpětí je výraznější u experimentální skupiny v časových charakteristikách v rámci celkového PBSP procesu i struktury mimo kategorie edukace a každodennosti, zatímco u skupiny kontrolní je větší vzdálenost mezi hodnotami minima a maxima u veškerých obsahových charakteristik. Jinými slovy tyto údaje mluví o výraznějších rozdílech v počtu užitých slov u vzorku lidí bez traumatických symptomů a vyšší diferenci doby trvání jednotlivých kategorií i celku u skupiny lidí s traumatickou zkušeností. Z teorie traumatu a PBSP víme, jak lidé s traumatickou zkušeností jsou ovlivněni zraňujícím prožitkem v podobě posttraumatických symptomů. Jsou nám známy fenomény disociace, pocity bezmoci, narušeného vnímání bezpečí apod. Bohaté spektrum posttraumatických symptomů vnímáme jako základ různorodého trvání jednotlivých kategorií i PBSP procesu jako celku.

Ve vzájemném porovnávání skupin pokračuje tabulka č. 12. Ta souhrnně předkládá a podrobně poukazuje na vzájemné rozdíly i podobnosti celkové terapeutické činnosti a struktury, kde jsou vedle sebe umístěny časové a obsahové charakteristiky jednotlivých oblastí.

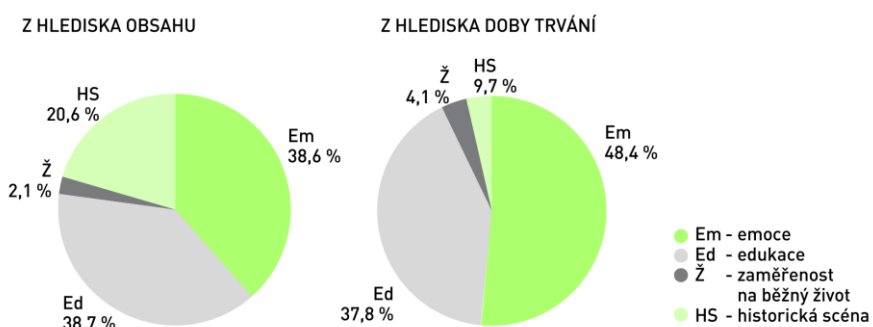
CHARAKTERISTIKY ZVOLENÝCH KATEGORIÍ								
KATEGORIE	V TERAPEUTICKÉM PROCESU PBSP				V PBSP STRUKTUŘE			
	u experimentální skupiny		u kontrolní skupiny		u experimentální skupiny		u kontrolní skupiny	
	z hlediska obsahu	z hlediska doby trvání	z hlediska obsahu	z hlediska doby trvání	z hlediska obsahu	z hlediska doby trvání	z hlediska obsahu	z hlediska doby trvání
EMOCE	38,6 %	48,4 %	41,7 %	53,3 %	57,0 %	74,6 %	55,2 %	78,0 %
EDUKACE	38,7 %	37,8 %	26,7 %	34,9 %	9,3 %	6,0 %	4,6 %	6,2 %
ZAMĚŘENOST NA KAŽDODENNÍ ŽIVOT	2,1 %	4,1 %	4 %	5,6 %	2,0 %	3,2 %	2,7 %	5,2 %
HISTORICKÁ SCÉNA	20,6 %	9,7 %	27,6 %	6,2 %	31,7 %	16,2 %	37,5 %	10,6 %

Tab. 12 Časové charakteristiky vybraných kategorií v rámci procesu PBSP a v rámci PBSP struktury..

Při pohledu na výsledky je možné vystopovat určitou jednotnost pořadí dle četnosti. Za předpokladu, že budeme rozdíl 0,1% mezi prací s emocemi a edukací v prvním sloupečku tabulky č. 12 považovat za minimální a hodnoty tak za shodné, je možné říci, že zaměřenost na práci s emočním prožíváním je v Pesso Boyden psychomotorické terapii prvotní bez rozdílu délky trvání a obsahu slov v terapeutickém procesu.

V rámci celkového procesu PBSP se ukazuje významně též oblast edukace, oproti PBSP struktuře, v níž druhé místo obsazuje navracení se klienta k minulosti. V souhrnném pohledu je patrné zvýšení procentuálního obsazení kategorie emocí a historické scény v rámci krátkodobého pohledu oproti celkových charakteristikám. Snížení četností je naopak viditelné v oblasti edukace stejně jako zaměřenosti na každodenní život v rámci struktury. Orientace na každodennost se zdá být nejstabilnější kategorií bez výraznějších odlišností mezi časovými a obsahovými charakteristikami.

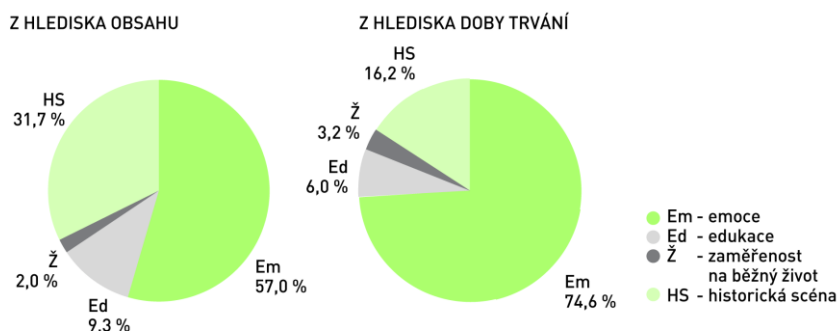
Pro větší přehlednost znázorňujeme data z tabulky č. 12 v grafické podobě pomocí výsečových diagramů (obr. č. 27). V každém obrázku jsou umístěny diagramy popisující jeden výběrový vzorek z hlediska charakteristik času a obsahu v rámci struktury či PBSP sezení. Jednotlivé barevné plochy značí výzkumné kategorie; kategorie emocí, edukace, orientace na každodennost a na historickou scénu.



Obr. 27 Porovnání obsahových a časových charakteristik vybraných kategorií v rámci procesu PBSP u experimentální skupiny.

Na obr. č. 27 můžeme vidět nestejnou úměrnost mezi délkou trvání a počtem vyřčených slov v celkovém PBSP procesu. Vzájemný poměr těchto veličin je mnohem větší u kategorie emocí (38,6 : 48,4) než u procesu edukování klienta (38,7 : 37,8). Na verbalizaci emocí je zapotřebí téměř o 10 % více času než na edukování klienta. Naproti tomu v oblasti historické scény je procentuální vymezení počtu slov vzhledem k jejím časovým charakteristikám více jak dvakrát větší.

Možným vysvětlením může být odlišné tempo řeči užívané v různých fázích terapeutické práce, ale i fakt, že při zahlcení pocity může být obsah verbalizován pomaleji než např. při běžné edukační činnosti. Dalším důvodem je přítomnost jevů jako je ticho, povzdech, pláč, které náležejí do určité etapy (např., etapa stavění symbolické scény). Pomalé tempo mluvy při navracení se jedinců ke své historii koresponduje též s názory o disociaci či alexythimii traumatizovaných jedinců. Jinými slovy se zde rýsuje poznatek o souvislosti mezi hloubkou prožívání a dobou potřebného času k jejich verbalizaci.



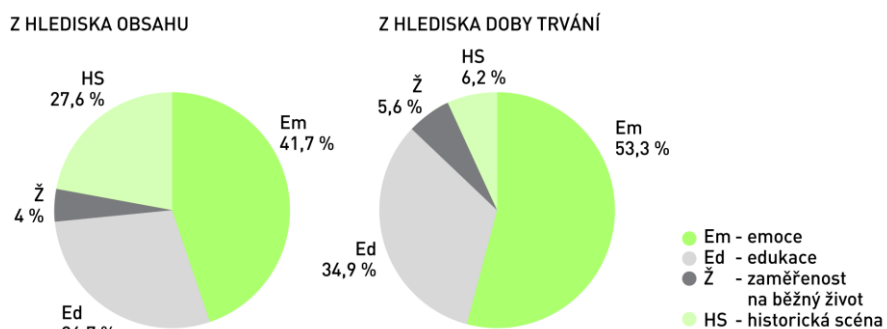
Obr. 28 Porovnání obsahových a časových charakteristik vybraných kategorií v rámci PBSP struktury u experimentální skupiny.

U experimentální skupiny v PBSP struktuře (obr. č. 28) můžeme pozorovat změnu poměrového zastoupení u kategorie historické scény a práce s emocemi vzhledem k celkovým charakteristikám uvedeným výše (obr. č. 27). Procentuální znázornění doby trvání práce s emocemi (74,6 %) a orientace na každodennost (3,2 %) je vyšší než jejich poměrový objem užitých slov (57,0 %; 2,0 %). Oblast historické scény a edukace je z tohoto fenoménu vyjmuta vzhledem k vyšší četnosti slov (31,7 %; 9,3%) oproti potřebnému času (16,2 %; 6,0 %).

Tato skutečnost může mít úzkou souvislost s teorií PBSP. Připomeňme si část terapeutického procesu zabývající se stavěním symbolické scény. Léčivé interakce probíhají stavěním nové symbolické scény jako protiklad k bolavé historii. Tímto procesem vzniká nová korektivní zkušenost ke starým zraněním. Je zřejmé, že antidotární scénu nelze budovat bez znalosti historie klienta. Cílem A. Pessa je však minimalizovat jak obsahově, tak především časově prostor vymezený pro navracení se klienta k jeho minulosti pouze na potřebnou míru z důvodu nebezpečí retraumatizace jedince. To může být i důvodem vyšší četnosti slov při mapování klientovy minulosti oproti samotné době potřebné k verbalizaci.

Při porovnávání obsahových a časových charakteristik celkového procesu PBSP u kontrolní

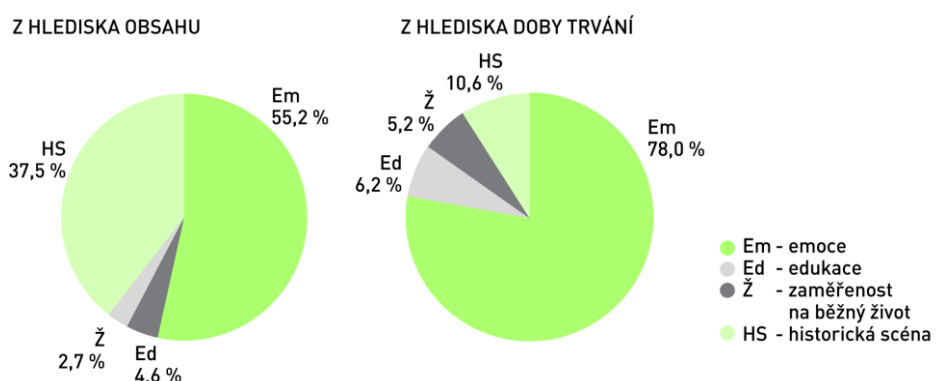
skupiny dostáváme zajímavé výsledky o posloupnosti jednotlivých kategorií (obr. č. 29). Ty se liší od výsledných dat souboru lidí s posttraumatickými symptomy. Nejvíce znatelný rozdíl náleží oblasti edukace (pokles z 38,7 % na 26,7 %), jež není u lidí bez traumatických symptomů tak výrazná, a historické scény (vzrůst z 20,6 % na 27,6 %).



Obr. 29 Porovnání obsahových a časových charakteristik vybraných kategorií v rámci celkového procesu PBSP u kontrolní skupiny.

Ze vzájemného vztahu času a obsahu je znatelné, že obsahově se nejvíce prostoru věnuje práce s emocemi (41,7 %), posléze historické scéně (27,6%) a poskytování informací a učení (26,7 %); z časového hlediska trvá nejdéle práce s emocemi (53,3 %). Edukace zabírá více jak třetinový čas procesu PBSP (34,9 %), avšak čas věnovaný historické scéně oproti obsahovému vymezení se snížil 4,5 krát. Pouze tedy v rámci kategorie historie klienta je použito poměrově více slov než je potřebný čas k jejich vyslovení. Ve všech ostatních případech je daný poměr obrácený ve prospěch délky trvání jednotlivých kategorií.

Jak se pozměnily charakteristiky vybraných kategorií pro proces ve struktuře (obr. č. 30)?



Obr. 30 Porovnání obsahových a časových charakteristik vybraných kategorií v rámci PBSP struktury u kontrolní skupiny.

Viditelný rozdíl je v oblasti emocí, kde práce s nimi vzrostla téměř o 25 % (z 53,3 % na 78,0 %) a edukační činnost se zkrátila o 28,7 % (z 34,9 % na 6,2 %). Ve vzájemném porovnání

času a obsahu, ve stoupajících a klesajících tendencích, jsou výsledky popisu struktury shodné s daty experimentální skupiny.

Ze souhrnného vymezení vyplývá nepochybná různorodost časových a obsahových proporcí jevů v psychoterapeutickém procesu jako celku i v rámci struktury. I přes rozdílnost údajů je možné vystopovat určité společné prvky logicky vycházející ze znalosti PBSP teorie. Právě tato mapující část výzkumu v sobě mimo jiné poznatky ukrývá i odpověď na dílčí výzkumnou otázku: „*Jsou v praxi přítomny vybrané jevy z teorie PBSP při práci s traumatizovanými klienty? Jak korespondují teoretické znalosti PBSP při práci s traumatizovanými jedinci s praxí?*“

Lze s jistotou říci, že se v praxi PBSP vyskytují námi zvolené a v teorii PBSP popsané fenomény a jsou přítomné u všech jedinců bez výjimky. Zároveň se ukazuje odlišné procentuální zastoupení daných kategorií jak ve vzájemném obsahovém a časovém porovnání, tak v porovnání jejich charakteristik v rámci struktury a v rámci celkové struktury.

V souborném pohledu z dlouhodobého hlediska bylo nejvíce vět použito k edukaci u experimentální skupiny a k práci s emocemi u skupiny kontrolní. Je však nutné podotknout, že u experimentální skupiny je práce s emocemi na druhém místě pouze o 0,1 %, tudíž lze danou kategorii vnímat jako stejně početnou jako oblast edukace. Časové charakteristiky zaznamenávají u obou skupin největší frekvenci v oblasti práce s emocemi.

V krátkodobém procesu v rámci struktury u experimentálního i kontrolního výběrového vzorku procentuální prvenství náleží oblasti historické scény jak z hlediska počtu užitých vět, tak v rámci doby trvání. Nejméně sycenou oblastí u obou skupin z krátkodobého i dlouhodobého hlediska je kategorie orientující se na každodenní život. Ta se vyskytuje v rozsahu 1,4 % až 5,6 %.

Analýza procesu Pesso Boyden psychomotorické terapie poukázala na rozdílnost Modelu tří třetin s procesem PBSP a v něm zastoupenými kategoriemi. Tento poznatek byl potvrzen jak v diplomové práci, tak v práci rigorózní u kontrolní skupiny. Zároveň výsledky z výzkumu nabízejí zamyslení a nové podněty k dalšímu zkoumání.

Oblast edukace i práce s emocemi tvoří v PBSP teorii propracovanou část a zjištěné výsledky zapadají do myšlenkového konceptu PBSP. Za nejvíce kontroverzní skupinu výsledků ve výzkumu považujeme oblast historické scény. O ní se v teorii píše jako o oblasti, která prochází minimalizací z důvodu nebezpečí retraumatizace, o to více jsou zajímavá zjištění o jejím obsahovém a časovém zastoupení v rámci PBSP struktury.

Procentuální a průměrové vymezení zvolených fenoménů z hlediska obsahu i doby trvání se stává základem pro navazující část výzkumného plánu (induktivní statistiku), ale zároveň má svým informačním přínosem význam především pro PBSP terapeuty a frekventanty výcviku, neboť dané poznatky nejsou uváděny literatuře a mohou posloužit jako orientační vodítko v učící fázi aplikování PBSP terapie.

### 3. 5. 2 Výsledky výzkumné části II

Tato výzkumná část předkládá výsledky, které poskytují odpovědi na hypotézy stanovené v úvodu empirické části. Za účelem zamítnutí či nezamítnutí nulových hypotéz jsou výzkumná data zpracována pomocí statistického programu SPSS 12.0 for Windows. Pro lepší přehlednost řadíme hypotézy dle určených kategorií: pro oblast emocí, edukace, zájmu o každodenní život a klientovu historii.

Proces směřující k výsledným zjištěním v jednotlivých oblastech vedl přes parametrické a neparametrické testy hypotéz. Konkrétně jsme testovali neparametrickým testem Mann-Whitney na stanovené hladině významnosti  $p < 0,05$ . Vzhledem k testování řady hypotéz, pro konzervativnější posouzení výsledku testu, uvažujeme rovněž přísnější hladinu významnosti určenou pomocí Bonferroniho korekce na mnohočetné testování. Opravená přísnější hladina významnosti pro  $N=12$  je  $p < 0,0042$ .

Posléze, po ověření normality rozdělení pomocí Kolmogorov-Smirnova testu, jsme doplnili analýzu parametrickým t-testem a Fisherovým F-testem shody variancí. Výběr těchto dvou testů se odvíjel od znalosti možných rozdílů vzorků. Ty se mohou lišit buď střední hodnotou nebo variancí. Právě F-test nám ukáže, zda vzorky shodné ve středních hodnotách se různí či nikoli ve variancích.

Pro větší přehlednost jsme výsledky umístili do tabulky, kde jsou vedle testované hypotézy udány hodnoty parametrické statistiky (t) a statistiky neparametrické (U) s příslušnými p-hodnotami. Dosaženou hladinu významnosti (hodnotu p) porovnáváme se zvolenou 5% a přísnější 0,42% hladinou významnosti a základě tohoto procesu dochází k rozhodnutí, zda naše předpoklady o shodě mezi skupinami formulované v rámci nulových hypotéz vejdou v platnost či nikoli. Taková výše p-hodnoty, která značí zamítnutí nulové hypotézy, nese v tabulce odlišné zbarvení podle stanovené hladiny významnosti. Pro hladinu významnosti  $p < 0,05$  jsme určili šedou barvu políčka, oproti zelené barvě patřící přísnějšímu posouzení  $p < 0,0042$ .

V tabulce si můžeme povšimnout u t statistiky kladné či záporné hodnoty. Právě kvalita znaménka nás informuje o velikosti průměrů zkoumaných skupin. Jestliže je t hodnota záporná, můžeme si být jisti, že jsou průměrné hodnoty zkoumané kategorie u druhé skupiny menší než u první; v případě kladných hodnot je tomu naopak.

Je na místě podotknout upřesňující informaci týkající se formulace výroků v následujících tabulkách. Přestože představené hypotézy postrádají dovětek „mezi skupinami“, z podstaty věci samotné je zřejmé, že nulové hypotézy předpokládající shodu v určité oblasti jsou vždy vztaženy ke skupině kontrolní a experimentální.



## A) VÝSLEDNÁ ZJIŠTĚNÍ Z OBLASTI PRÁCE S EMOCEMI

V návaznosti na výsledky výzkumné části diplomové práce, v rámci nichž byla kategorie práce s emocemi představena jako významná součást procesu PBSP, jsme stanovili základní hypotézy týkající se jak jednotlivých intervencí, tak celkových charakteristik práce s tělově emočním prožíváním.

H0 PRO OBLAST EMOCI	NEPARAMETRICKÝ TEST		PARAMETRICKÝ TEST	
	Mann-Whitney U	p-hodnota	t-test t	p-hodnota
1. Neexistuje rozdíl v relativních časech věnovaných práci s emocemi v rámci celkového sezení PBSP.	27,5	0,095	1,937	0,076
2. Neexistuje rozdíl v relativních časech věnovaných práci s emocemi v rámci PBSP struktury.	39,0	0,456	1,209	0,249
3. Neexistuje rozdíl v absolutních počtech slov použitých postavou Svědka v rámci struktury.	8,5	0,001	-4,572	0,000
4. Neexistuje rozdíl v absolutních počtech slov použitých postavou Hlasu v rámci struktury.	33,0	0,231	-1,070	0,299
5. Neexistuje rozdíl v relativních počtech slov použitých při výstavbě antidotární scény v rámci struktury.	33,0	0,603	0,312	0,759

Tab. 13 Výsledky induktivní statistiky pro oblast emocí.

Z tabulky č. 13 je patrné, že u pěti výše uvedených výroků jsou rozdíly příliš velké pouze u jedné z nich, což značí zamítnutí této nulové hypotézy. Ukazuje se významný rozdíl v absolutních počtech slov použitých pro postavu Svědka v rámci PBSP struktury. Výsledky obou testů jsou významné i při přísnější (0,42%) hladině významnosti stanovené dle Bonferroniho korekce.

Když se navrátíme k tab. č. 6 lze vidět víc jak 2,3krát vyšší četnost použití techniky Svědka u skupiny jedinců s traumatickou zkušeností. Ve shodě s poznatky, které jsme uváděli v kapitole 1.3.1 a 2.1.3 víme, že naše prožité zkušenosti uložené v podobě vzpomínek mohou mít vliv na aktuální procesy vědomí. Terapeut vědomě a záměrně pozoruje tělesné pohyby a řeč těla, v kterých je zpráva o klientově prožívání. Na základě znalosti trauma teorie předpokládáme, že osoby s posttraumatickými symptomy, které se často vyskytují ve stavu zvýšené ostražitosti a podrážděnosti, prožívají častěji a intenzivněji emoce než jedinci bez traumatického zranění (van der Kolk, 1998). Na druhou stranu je známá skutečnost, že se tito jedinci mohou stát alexythimickými. Oba tyto důsledky prožitého traumatu se odráží v realitě v podobě zvýšeného užívání tělově emoční diagnostiky ze strany terapeuta s cílem zvědomit klientovi jeho prožívání. Naše výsledky, které zamítají nulovou hypotézu o shodě mezi skupinami na přísnější hladině významnosti (zjištěná p-hodnota je 0,000 v t-testu a 0,001 v U-testu), jsou v souladu s dostupnými teoretickými koncepty.

V odborné literatuře je též poukazováno na disociativní podobu prožívání emocí, kdy si lidé naopak pamatují vše detailně bez emočního doprovodu, což slouží jako sebeochrana organismu (Rothschild, 2000). S daným stavem jedince je v PBSP terapii pracováno pomocí postavy Hlasu

disociace, který zvědomuje klientovi jeho emoční izolaci a narušený způsob integrace vzpomínek na tíživou situaci. Pokud bychom vycházeli z této znalosti o Hlasu disociace, dal by se předpokládat signifikantní rozdíl mezi výzkumnými soubory.

Výsledky však překvapivě ukazují zjištění o nesignifikantním rozdílu mezi skupinou experimentální a kontrolní. Tento fakt je možné vysvětlit existencí rozmanitého množství hlasů a ne každý z nich má charakteristiky typické pro traumatickou symptomatologii. V tuto chvíli se tedy nelze jednoznačně vyjádřit o jednoznačnosti závěru, neboť jsme neprováděli specifickou kvalitativní analýzu Hlasu disociace, ale kategorie Hlasu v jeho obecných charakteristikách. Přítomnost hlasu je odrazem neadekvátního vývoje, mezi který patří forma traumatu pouze jako jedna z možností narušené ontogeneze. Výsledky této části nás tedy nutí přemýšlet o implicitně obsažených informacích, které napovídají o zkušenostech s mezerami v rolích či s nedostatečnou saturací potřeb v průběhu života jedinců.

Jako neměnná oblast, stabilní ve svých obsahových či časových charakteristikách, se ukazuje oblast práce s emocemi v rámci struktury i celkového sezení, stejně jako výstavba antidotární scény. Pesso Boyden psychomotorická terapie považuje práci s tělově emočním prožíváním v rámci léčivých interakcí v symbolickém prostoru za stěžejní část terapeutického procesu. Ve výzkumu diplomové práce toto mínění potvrzovali z hlediska významnosti subjektivního prožívání určitých intervencí účastníci výzkumu (Čepelíková, 2010b).

Z PBSP teorie víme, že se nikdo z nás nerodí do ideálních podmínek a že každý z nás čelí nedokonalostem v naplňování bazálních potřeb v průběhu života v různé míře. Přestože probandí z kontrolního souboru neprožili traumatickou zkušenost, lze předpokládat, že se setkali ve vývoji s jinými obtížemi. Při platnosti tohoto úsudku by naše výsledky mohli vést k úvaze o široké využitelnosti PBSP metody pro klienty s různými obtížemi vzniklými v jejich historii. Pro tento předpoklad by však bylo nutné ještě hlouběji prozkoumat např. vzájemným porovnáním skupin jedinců s traumatickou a deficitní minulostí a skupinou osob, které plnily mezery v rolích.

## B) VÝSLEDNÁ ZJIŠTĚNÍ Z OBLASTI EDUKACE

Jiné srovnávání probíhalo v rámci kategorie edukace, jejíž cílem je porozumět určitým souvislostem z klientovy minulosti ve vztahu k aktuálním symptomům či jejich genezi. Z modelu tří třetin je znám zvýšený důraz odborníků kladený právě na tuto oblast u jedinců s traumatickou zkušeností. Dle Y. Lucké a L. Kobrleho sycení klienta informacemi je nápomocné v procesu integrace jeho potlačených zážitků (Lucká, Kobrle, 2005)<sup>14</sup>. U lidí trpících

---

<sup>14</sup> LUCKÁ, Y., KOBRLÉ, L. (2005). *Trauma*. Praha: Remedium, 2005. ústní sdělení v rámci odborného kurzu, text autorizován dne 19.3. 2010.

posttraumatickými symptomy se vyskytují často tzv. „slepé skvrny“ v důsledku narušené retence a uchovávání informací vzniklé působením nadlimitního zážitku.

H0 PRO OBLAST EDUKACE	NEPARAMETRICKÝ TEST		PARAMETRICKÝ TEST	
	Mann-Whitney U	p-hodnota	t-test t	p-hodnota
6. Neexistuje rozdíl v relativních počtech slov použitých v rámci celkového sezení k vysvětlení teoretického rámce Pesso Boyden psychomotorické terapie.	8,0	0,001	-5,246	0,000
7. Neexistuje rozdíl v relativních počtech slov použitých v rámci struktury k vysvětlení teoretického rámce Pesso Boyden psychomotorické terapie.	13,5	0,004	-3,105	0,007

Tab. 14 Výsledky induktivní statistiky pro oblast edukace.

Výsledky statistického porovnání v tabulce č. 14 potvrzují vzájemnou odlišnost mezi skupinami v oblasti edukace ve prospěch experimentální skupiny. Významný rozdíl se ukazuje jak v relativním počtu slov použitých k edukaci v rámci struktury (u U statistiky je  $p= 0,004$ , u t-statistiky je  $p= 0,007$ ), tak v rámci celkového procesu (u U statistiky je  $p= 0,001$ , u t-statistiky je  $p= 0,000$ ). Mann-Whitney i t-test přináší shodné závěry o zamítnutí nulové hypotézy, v rámci celkového sezení dokonce na přísnější hladině významnosti.

Zvýšená četnost edukační činnosti při práci s traumatizovanými klienty v rámci Pesso Boyden psychomotorické terapie koresponduje s teoretickými koncepty vyzdvihujícími tuto terapeutickou intervenci jako nezbytnou a psychologicky opodstatněnou.

#### C) VÝSLEDNÁ ZJIŠTĚNÍ Z OBLASTI ORIENTACE NA KAŽDODENNÍ ŽIVOT

L Perquin rozpracovává koncept přijetí nové perspektivy, která souvisí nejen s internalizací zážitku léčivé scény, ale i s aplikací antidota do běžného života. K této druhé části se váže pojetí naší kategorie „orientace na běžný život“, kdy jedinec konkretizuje cíle a vytváří plán aplikace zažitých zkušeností a získaných poznatků v rámci antidota do běžného života. „Na zcela konkrétní rovině klade terapeut po skončení struktury otázku: „Co si pamatujete z antidota za důležitá slova, sdělení, pocity, myšlenky? Zkuste daná zjištění vložit do věty, která začíná...věřím..., chci..., potřebuji...“ a najít zcela konkrétní aplikaci dané věty do svého života“ (Perquin, 2010)<sup>15</sup>.

A. Pesso k tomuto bodu dodává: „Čím více se objevují ve struktuře hluboká či potlačená témata a stará zranění, která jsou doprovázena bohatým tělově emočně doprovodem, lze se domnívat, že aktuálně fáze aplikace poznatků z léčivé scény bude minimalizována“ (Pesso, 2010a). Důvodem je delší čas potřebný k internalizaci zážitků z PBSP struktury, aby nedošlo k opětovnému narušení zážitků při jejich vštěpování a uchovávání v paměti (Pesso, 2010a).

<sup>15</sup> PERQUIN, L. (2010). *About „New perspective“ in PBSP*. Praha: Diabasis, 2010. ústní sdělení na přednášce v rámci čtyř letého psychoterapeutického výcvikového programu Pesso Boyden 2007-2011, text autorizován dne 3. 10. 2010.

H0 PRO OBLAST ZÁJMU O KAŽDODENNOST	NEPARAMETRICKÝ TEST		PARAMETRICKÝ TEST	
	Mann-Whitney U	p-hodnota	t-test t	p-hodnota
8. Neexistuje rozdíl v relativních počtech slov použitých v rámci celkového sezení k mapování každodennosti a zájmu o běžný život.	18	0,016	3,624	0,003

Tab. 15 Výsledky induktivní statistiky pro oblast zájmu o každodennost.

V souvislosti se znalostí teorie jsme předpokládali, že relativní počet slov použitých k mapování každodennosti bude nižší u skupiny lidí s traumatickou historií. Jak ukazují výsledky deskriptivní i induktivní statistiky, naše výzkumná zjištění jsou v souladu s výše popsánymi fakty. Zjištěný rozdíl ve prospěch vzorku lidí bez traumatických symptomů se ukazuje jako statisticky významný ( $p=0,016$  u U statistiky,  $p=0,003$  u t-testu). U parametrického testu dokonce na přísnější hladině významnosti (tab. č. 15).

#### D) VÝSLEDNÁ ZJIŠTĚNÍ Z OBLASTI ORIENTUJÍCÍ SE NA HISTORII KLIENTA

Pesso Boyden psychomotorická terapie se představuje v obecné podobě jako léčba novou zkušeností. Ve struktuře, symbolické prostorové realitě, dochází k léčení opakováním paralelního zpracovávání virtuální, slovně-afektivně-motorické zkušenosti v mozku. Podle R. Lea či A. Pessa by mohla být struktura považována za externí model mozkových funkcí sledování a formování sebe sama. V jazyce neurověd se o PBSP procesu mluví jako o psychoterapii vedoucí k re-programování vzorců aktivace a interakce neuronových sítí v mozku (Lea, 1997, Pesso, 2010b).

Pro vytvoření antidotární scény je nezbytné mít jakousi šablonu v podobě znalosti určité části historie klienta. V dostupných informačních zdrojích je mnoho prostoru věnováno výstavbě léčivé scény, avšak podle výsledků našeho výzkumu právě historická scéna zabírá nemalou část terapeutického procesu jak z hlediska doby trvání, tak z hlediska četnosti užitých slov.

V současnosti se vyskytuje obecná tendence minimalizovat zájem o historii klienta do té míry, aby bylo možné z dostupných informací vystavět uspokojující scénu (Pesso, 2010a, Pesso, 2010b). Základ této změny v PBSP procesu vychází z moderních neurologických poznatků. Při objevení vzpomínky na negativní události dochází ve vědomí k aktuálnímu vnímání z historie daného psychofyzilogického deficitu (van der Kolk, 1996). Opakováním této vzpomínky se dle zákonitostí učení upevňuje vybavovaný paměťový obsah a ten může působit jako znovu traumatizující podnět.

Z deskriptivních výsledků týkajících se historické scény víme, že počet slov užitých při vyprávění minulých zážitků klienta je nižší u experimentální skupiny oproti skupině kontrolní, přesto navracení se k historii klienta zabere více času osobám s traumatickou zkušeností. Tento fakt může napovídat o pomalejším tempu verbalizovaného obsahu v důsledku emočního prožívání, alexythimie či zvýšenému používání pomlky a pauzy k rozpomínání se na obsah či zážitek. Tabulka č. 16 nám ukazuje, zda popsána data značí ve statistickém zpracování signifikantní rozdíl či nikoli.

H0 PRO OBLAST HISTORIE KLIENTA	NEPARAMETRICKÝ TEST		PARAMETRICKÝ TEST	
	Mann-Whitney U	p-hodnota	t-test t	p-hodnota
9. Neexistuje rozdíl v relativních počtech slov použitých v rámci celkového sezení k mapování historické scény.	33,5	0,230	1,425	0,172
10. Neexistuje rozdíl v relativních počtech slov použitých v rámci struktury k mapování historické scény.	39,0	0,456	0,920	0,371
11. Neexistuje rozdíl v relativních časech věnovaných mapování historie klienta v rámci celkového sezení.	23,0	0,046	-2,266	0,040
12. Neexistuje rozdíl v relativních časech věnovaných mapování historie klienta v rámci struktury.	25,0	0,067	-2,038	0,062

Tab. 16 Výsledky induktivní statistiky pro oblast historie klienta.

Dle výsledných dat soubor jedinců s traumatickou zkušeností věnuje signifikantně více času mapování vlastní historie v rámci celkového sezení než soubor jedinců bez traumatických symptomů. Nulovou hypotézu o shodnosti obou vzorků je možné zamítnout pouze na pětiprocentní hladině významnosti, na přísnější hladině významnosti ( $p=0,0042$ ) nelze hypotézu vyvrátit. Stejně tak je zřejmá absence důkazů pro zamítnutí zbývajících nulových hypotéz (hypotéza č. 9, 10, 12) pro námi stanovené hladiny významnosti.

#### E) VÝSLEDNÁ ZJIŠTĚNÍ Z OBLASTI CELKOVÝCH CHARAKTERISTIK PBSP PROCESU A PBSP STRUKTURY

Když se vrátíme na počátek tvorby výzkumného plánu, zjistíme, že předpoklady o celkových charakteristikách PBSP procesu z dlouhodobého či krátkodobého procesu v podobě formulovaných hypotéz chybí. K danému kroku zpětně formulovat hypotézy a dodatečně provést statistické zpracování nás dovedly výsledky deskriptivní statistiky a kvalitativní pohled na distribuci dat výzkumných charakteristik. Za tímto účelem byly formulovány PRO OBLAST CELKOVÝCH CHARAKTERISTIK PBSP PROCESU následující hypotézy:

13. **HO:** Mezi zkoumanými skupinami neexistuje rozdíl v absolutních počtech slov použitých v rámci celého PBSP sezení.  
**HA:** Mezi zkoumanými skupinami existuje rozdíl v absolutních počtech slov použitých v rámci celého PBSP sezení.
14. **HO:** Mezi zkoumanými skupinami neexistuje rozdíl v absolutních počtech slov použitých v rámci struktury PBSP.  
**HA:** Mezi zkoumanými skupinami existuje rozdíl v absolutních počtech slov použitých v rámci struktury PBSP.
15. **HO:** Mezi zkoumanými skupinami neexistuje rozdíl v časech trvání PBSP struktury.  
**HA:** Mezi zkoumanými skupinami existuje rozdíl v časech trvání PBSP struktury.

Pro viditelný, různorodý rozptyl dat v souboru byla vyřčena oblast hypotéz zabývající se charakteristikou rozložení dat ve vzorku.

16. **HO:** Mezi zkoumanými skupinami neexistuje rozdíl ve varianci počtu slov použitých v rámci celkového sezení.  
**HA:** Mezi zkoumanými skupinami existuje rozdíl ve varianci počtu slov použitých v rámci celkového sezení.
17. **HO:** Mezi zkoumanými skupinami neexistuje rozdíl ve varianci počtu slov použitých v rámci PBSP struktury  
**HA:** Mezi zkoumanými skupinami existuje rozdíl ve varianci počtu slov použitých v rámci PBSP struktury.
18. **HO:** Mezi zkoumanými skupinami neexistuje rozdíl ve varianci času použitého v rámci celkového sezení PBSP.  
**HA:** Mezi zkoumanými skupinami existuje rozdíl ve varianci času použitého v rámci celkového sezení PBSP.
19. **HO:** Mezi zkoumanými skupinami neexistuje rozdíl ve varianci času použitého v rámci PBSP struktury.  
**HA:** Mezi zkoumanými skupinami existuje rozdíl ve varianci času použitého v rámci PBSP struktury.

Závěry a rozhodnutí týkající se našich výroků představujeme v následující části ve formě přehledné tabulky.

H0 PRO CELKOVÉ CHARAKTERISTIKY	NEPARAMETRICKÝ TEST		PARAMETRICKÝ TEST	
	Mann-Whitney U	p-hodnota	t-test t	p-hodnota
13. Neexistuje rozdíl v absolutních počtech slov použitých v rámci celkového sezení mezi zkoumanými skupinami.	27,0	0,095	2,520	0,025
14. Neexistuje rozdíl v absolutních počtech slov použitých v rámci PBSP struktury mezi zkoumanými skupinami.	20,0	0,025	2,912	0,012
15. Neexistuje rozdíl v absolutních časech použitých v rámci PBSP struktury mezi zkoumanými skupinami.	40,0	0,503	-0,792	0,445

Tab. 17 Výsledky induktivní statistiky pro oblast celkových charakteristik terapeutické práce.

Při pohledu na popisná data v tabulce č. 7, č. 8 zjistíme, že v rámci PBSP terapie bylo použito 674 vět u skupiny experimentální a o 123 vět více u skupiny kontrolní (797 vět). Právě induktivní statistika (tab. č. 17) nás informuje, že podle výsledků neparametrického Mann-Whitneyho testu nelze nulovou hypotézu zamítnout (p-hodnota = 0,095), avšak při použití přesnější t statistiky je dosažena p-hodnota u t-testu 0,025 a rozdíl mezi vzorky je považován za statisticky významný.

Stejný postup jsme provedli u dat popisující obsahové charakteristiky struktury, kde vzájemný rozdíl mezi skupinami činil v průměru 140 slov. Závěry testů hypotéz souhlasně zamítají nulovou hypotézu o existenci shodnosti absolutních počtů slov použitých v rámci PBSP struktury mezi zkoumanými skupinami na pěti procentní hladině významnosti (p-hodnota U-statistiky=0,025 a p-hodnota u t-statistiky= 0,012).

Obsahová analýza a popisná statistika nabídly rozdíly též v časových charakteristikách skupin v rámci struktury. Zjištěný tříminutový rozdíl v délce trvání skupiny však nebyl potvrzen jako statisticky významný (p-hodnota U-statistiky=0,503 a p-hodnota u t-statistiky= 0,445). Vzhledem k zjištěnému faktu, že celková seze trvá u obou skupin v průměru 106 minut, hypotéza o shodnosti časových charakteristik u PBSP procesu by byla zbytečná.

Jak bylo uvedeno, kvalitativní pohled na data nás upozornil na jejich rozličnou varianci. Pro rozhodnutí, zda dva výběry mají shodný rozptyl, jsme použili Fisherův F-test rovnosti rozptylu (výsledky v tab. č. 18).

H0 PRO CELKOVÉ CHARAKTERISTIKY - VARIANCE	PARAMETRICKÝ TEST	
	F-test F	p-hodnota
16. Neexistuje rozdíl ve varianci počtu slov použitých v rámci celkového sezení mezi zkoumanými skupinami.	7,111	0,018
17. Neexistuje rozdíl ve varianci počtu slov použitých v rámci PBSP struktury mezi zkoumanými skupinami.	7,422	0,016
18. Neexistuje rozdíl ve varianci času použitého v rámci celkového sezení mezi zkoumanými skupinami.	0,776	0,291
19. Neexistuje rozdíl ve varianci času použitého v rámci PBSP struktury mezi zkoumanými skupinami.	4,472	0,034

Tab. 18 Výsledky induktivní statistiky pro celkové charakteristiky (variance) terapeutického sezení.

S pomocí výše uvedené statistické metody byly na pěti procentní hladině významnosti prokázány signifikantní rozdíly ve variancích celkových obsahových charakteristik v rámci procesu (p-hodnota u F-testu= 0,018) i PBSP struktury (p-hodnota u F-testu = 0,016) a ve varianci času použitého v rámci PBSP struktury (p-hodnota u F-testu 0,034). Nulová hypotéza o shodnosti variancí času celkového procesu PBSP zůstává v platnosti, neboť nejsou dostatečné důkazy pro její zamítnutí. V této souvislosti stojí za zmínku též fakt, že vyšší míra variance se ukazuje souhlasně u skupiny jedinců bez traumatických symptomů.

### 3. 5. 3 Syntéza výsledků a jejich interpretace

Z důvodu podrobné prezentace výsledných zjištění v předchozí části, jsme se rozhodli použít souhrnný typ náhledu na získaná data, popř. poukázat na vzájemné vztahy mezi zkoumanými skupinami v rámci obou výzkumných částí.

V první části výzkumu, při analýze transkribovaných přepisů videonahrávek s jednotným záznamem terapeutického procesu, jsme se nejdříve snažili uchopit významy jednotlivých částí a následně je zařadit do předem definovaných kategorií a provést jejich kvantifikaci. Z výzkumu diplomové práce jsme měli předem určené skupiny, odpovídající oblastem z Modelu tří třetin, které jsme sytili jednotlivými významovými jednotkami. Tyto kategorie jsme doplnili o oblast historické scény, které v původním plánu nebyla věnována dostatečná pozornost.

Výsledná zjištění potvrdila, že se veškeré kategorie v daných materiálech vyskytovaly, čímž jsme získali i odpověď na výzkumnou otázku, zda se teorie PBSP odráží v její praxi. Informace týkající se poznatků o obsahových a časových proporcích nám nabídla konkrétní data a přinesla představu, jakým způsobem jsou dané fenomény přítomné jak ve struktuře, tak v dalších etapách terapeutického procesu.

Přestože Pesso Boyden psychomotorická terapie poukazuje na významnost propojení tělesné, emoční a kognitivní složky každého z nás, dané tříložkové členění nám nesloužilo jako hlavní vodítko při tvorbě kategorií. Převzali jsme tři základní oblasti z Modelu tří třetin, kde dané postupy práce s traumatizovanými klienty zahrnují práci s emocemi, edukací a oblast zájmu o každodenní život. Tento systém pomoci se nehlásí k žádnému konkrétnímu terapeutickému směru, ale opírá se o integrativní myšlenky péče o klienty s traumatickým zraněním ve své historii. Toto členění jsme rozšířili o mapování klientovy minulosti. Ačkoli se dané kategorie v PBSP procesu nacházejí v jiném procentuálním vymezení, než odpovídá modelu, společnou základnou pro dané postupy při léčbě klientů s traumatickým zraněním je jejich zacílení na ustavičné propojování tělově emočního prožívání s kognitivní oblastí u klienta.

V obou našich výzkumných vzorcích se ukázaly shodné závěry, které vyzdvihují význam práce s emocemi. Poutavým zjištěním je vztah mezi délkou trvání a obsahovými charakteristikami. Ukazuje se u obou výzkumných souborů jednoznačné zjištění pro oblast práci s emocemi a oblast orientace na vlastní život je vyšší míra délky trvání daných intervencí než je jejich procentuální obsahové vymezení. Lze se shodnout, že nejméně nápadným fenoménem z hlediska obsahové i časové četnosti se stal zájem o běžný život.

Přestože výsledky upozorňují na vyšší obsahové i časové zastoupení kategorie edukační činnosti, je nepochybné, že tato terapeutická intervence zasahuje více do prestrukturální fáze procesu, než do samotné terapeutické struktury, a že hraje důležitou roli v aplikační rovině pro soubor jedinců s traumatickou zkušeností. Opačně je tomu u oblasti historické scény, která se vyskytuje ve vyšší míře



v rámci vlastní terapeutické práce. Ačkoli poměrově používá více slov k popisu minulosti skupina jedinců bez posttraumatických symptomů, časové trvání je delší u skupiny experimentální.

Víme, že mapování historie jedince je nezbytným krokem pro vytvoření antidotární hojivé scény. Probandi ve výzkumu diplomové práce v této souvislosti zmiňovali jako jeden z důležitých momentů terapeutické práce tvoření bezpečného prostoru, v PBSP tzv. sféru možností (Čepelíková, 2010b). Domníváme se, že právě v této fázi je bezpečí klienta, jeho důvěra v terapeutický proces, získaná podpora ve vyjadřování a bytí s těžkými emocemi zásadní. Pocit bezpečí musí být zejména v této etapě neustále přítomen, ověřován a rozvíjen, aby se předešlo nebezpečí retraumatizaci klienta, jak o tom hovoří A. Pesso (Pesso, 2007).

V druhé části výzkumů jsme pomocí testů hypotéz (parametrických i neparametrických) rozhodovali o statistické významnosti našich výroků stanovených na podkladě deskriptivní části. Oproti dvanácti původním hypotézám jsme jejich počet rozšířili o sedm dalších na základě kvalitativního a popisného pohledu na zjištěná data. Z devatenácti formulovaných výroků jsme zamítli deset z nich, z toho čtyři hypotézy na 0,42% hladině významnosti (hypotéza č. 3, 6, 7, 8), zbylé na 5% hladině významnosti (11, 13, 14, 16, 17, 19).

Při vzájemném porovnání obou výzkumných souborů zjišťujeme významnou odlišnost v následujících oblastech:

- a) v rámci struktury existují významné rozdíly v počtu slov použitých *během vlastní terapeutické práce; postavou svědka; při edukaci klientů* a rozdíl v relativních časech věnovaných *historii klienta*.
- b) v rámci celého terapeutického sezení existují významné rozdíly v počtu slov použitých *během celého PBSP procesu; v oblasti edukace klientů a k mapování každodennosti*.
- c) jako významné se ukazují rozdíly ve variancích počtu užitých slov *v rámci PBSP struktury i celé terapeutické práce* a ve varianci času *potřebného pro PBSP strukturu*.

Přestože jsme se snažili podložit zjištěné výsledky teoretickými poznatky, základním cílem kapitoly „Zpracování výsledků výzkumu“ byla především jejich přehledná prezentace. Hlavní interpretační část a kritické zamyšlení se nad souhrnem výsledných dat ponecháváme do následné diskuse.

### 3. 6 Etické problémy výzkumu

Evropská asociace pro psychoterapii (EAP) vytvořila jednotný dokument pro koordinaci etických norem, tzv. Etický kodex, v českém překladu nesoucí název „Návrh etických zásad EAP“ (European association for psychotherapy, 2011b). Devátý bod kodexu EAP se vztahuje k výzkumu v oblasti psychoterapie, kde je např. formulována zvláštní ochrana výzkumných dat (Vybíral, Roubal, 2010). S ohledem na dané předpisy a důležitost daných pravidel jsme se rozhodli této oblasti věnovat prostor v naší práci.

Z důvodu používání materiálů ze studie „Efekt dvou sezení PBSP psychoterapie na aktivaci mozku v odpovědi na stimuly evokující trauma“ a materiálů z výcvikové skupiny vedené A. Pessem jsme měli ulehčený proces získávání dat, zároveň jsme o to více museli dbát dodržování předem formulovaných pravidel a etických zásad.

Náš výzkumný záměr si vyžadoval komunikaci s A. Pessem, který nám poskytl svolení použít data jak z pilotní situace, tak z tréninkové psychotherapeutické skupiny. Jeho souhlasu předcházelo vytvoření dohody s účastníky výzkumu a dohody s M. Vančurou, odpovědnou osobou za adekvátní nakládání s videonahrávkami s respektem k ochraně osobních údajů výzkumných jedinců.

V této souvislosti je možné nalézt v přílohové části rigorózní práce informovaný souhlas (viz příloha č. 2) o pravidlech a nakládání se zapůjčenými videonahrávkami. Ve spojitosti s tímto dokumentem se odvoláváme na nemožnost prezentovat transkribované a přeložené texty v této práci. Pro bližší představu o obsahu transkribovaných materiálů jsme začlenili do teoretické části ukázkou komentované fiktivní kazuistiky. Případné videonahrávky je možné získat na základě souhlasu A. Pessa, potvrzující informace o pravdivosti práce s uváděnými daty u M. Vančury či Y. Lucké.

K provedení výzkumu je však nezbytné mít povolení od pořádajících organizací, stejně jako od všech zúčastněných respondentů (obou výzkumných souborů), kteří obdrželi též informovaný souhlas (viz příloha č. 3, 4) a jejichž podoba je součástí příloh práce.

Ačkoli je nám velice blízké pojetí traumatu jako běžné životní zkušenosti, přesto se domníváme, že v daném čase a kontextu není toto vymezení celospolečensky akceptované a traumatická životní historie může i nadále znamenat setkání s hrozivými silami, které lidi na jedné straně ohromuje, na druhé přitahuje a oběti události stigmatizuje. Proto jsme se rozhodli vzhledem k povaze a tématu dané studie vyvarovat se jakýchkoli možných identifikujících údajů, jež by mohly vést k označení výzkumných osob. Z tohoto důvodu se v celé práci neobjeví žádná jména, informace o pohlaví, věku, zaměstnání poskytující vodítka k odhalení určitého životní kontextu a příběhu všech respondentů.

### 3. 7 Diskuse

V úvodu empirické části byla zmíněna východiska v podobě česko-americké pilotní studie a výzkumu diplomové práce, na které navazujeme. Zároveň byly stanoveny v souladu se zvolenou výzkumnou strategií výzkumné otázky, na které jsme hledali odpovědi prostřednictvím dvou výzkumných částí.

Realizace výzkumu je zatížena několika úskalími: s prvním limitem jsme počítali od počátku výzkumu a byl jím omezený počet přístupných videozáznamů z experimentální i kontrolní skupiny. Uvědomovali jsme si skutečnost, že malý vzorek znamená malou statistickou sílu. Protiváhu této nesnázi dodávala statistická znalost, že pokud rozdíly mezi skupinami vyjdou signifikantní, výsledky z nízkého počtu respondentů nejsou nijak zneplatněny, naopak svým způsobem projev signifikantnosti v této situaci naznačuje, že rozdíl mezi skupinami musí být velký, aby byl rozpoznán od běžného náhodného rozdílu.

Ačkoli náš výběrový vzorek není možné považovat za reprezentativní vzhledem k populačním charakteristikám, oba výzkumné soubory si jsou blízké vysokoškolským vzděláním, produktivním věkem (cca 30 let) i počtem struktur. Součástí výzkumného vzorku však nebyly osoby mezi 20-25 lety či 41-65let, jedinci různě handicapovaní či jedinci s nižším stupněm vzdělání než je bakalářské. Bylo by zajímavé do budoucna rozšířit výzkum o tyto jednotlivé kvality i o statistickou analýzu terapeutického procesu při práci s deficitem jedince a jeho mezerami v rolích.

S limitovaným počtem respondentů souvisí otázka navázání adekvátní spolupráce s jedinci pro poskytnutí souhlasu k účasti ve výzkumu. Oba soubory probandů byly kontaktovány písemnou formou pomocí A. Pessa a M. Vančury, což znamenalo ochuzení o osobní kontakt s těmito respondenty. Zároveň s ohledem na citlivost tématu traumatu se zdál být tento způsob vhodný a bezpečný. Další výhodou se může zdát nepřímá práce s probandy, neboť povolení o použití videozáznamu nemá požadavky na jejich časové možnosti a minimalizuje intervenující proměnné dané např. sympatiemi v sociálním kontaktu. Současně se ukázaly překážky v podobě informačních zdrojů, kdy se nám nepodařilo zkontaktovat všechny účastníky pilotní studie z důvodu chybějících kontaktů. Z původních sedmi probandů účastných v pilotní studii jsme oslovili pouze pět z nich, kteří s výzkumem souhlasili.

Jiná situace byla u kontrolní skupiny, u níž jsme byli limitováni počtem záznamů ze struktur vedené A. Pessem, kde klienty byli lidé bez traumatických symptomů a zkušenosti traumatu ve své historii. Jedna osoba neodpověděla na dotaz poskytnutí souhlasu k zařazení jeho struktury do výzkumu, 3 nespĺňovali podmínku psychického a fyzického zdraví, zbylých 11 jedinců dalo kladnou odpověď. V této souvislosti by se dalo uvažovat o případném riziku částečného pozitivního samovýběru.

Z důvodu samorozhodování o podmínce traumatu u oslovených jedinců musíme uvažovat nebezpečí nepravdivosti této skutečnosti, které může být způsobeno např. vytěsněním traumatické

vzpomínky, neochotou výzkumníkovi přiznat zážitek traumatu. Na druhou stranu zkreslení způsobené samovýběrem minimalizuje fakt, že lidé vybírání do výcviku prochází velmi důkladným pohovorem, který mapuje jejich somatické a psychické zdraví nezbytné pro absolvování terapeutického vzdělání. Dále pro snížení pravděpodobnosti nepravdivé informace svědčí kvalitativní analýzy poskytnutých videonahrávek, které neobsahovaly zpracovávání traumatických událostí a neposledním faktem je, že jedinci prochází hlubokou sebezkušeností, které před PBSP zkušeností předcházela ještě terapeutická zkušenost v jiném terapeutickém výcviku.

Na motivaci účastníků participovat na našem výzkumu se mohou podílet různé momenty mezi něž patří: výše zmiňované použití kompletních dat, kdy probandí nemusejí vykonávat další aktivitu, doporučení a podpora výzkumu od A. Pessa, M. Vančury či Y. Lucké pro uskutečnění našeho výzkumného záměru, ale i reciprocita vzájemných zisků mezi výzkumníkem a zkoumanými jedinci. Všem respondentům z obou výzkumných souborů bylo přislíbeno představení výsledků výzkumu a poskytnutí rigorózní práce, v které mohou nalézt uceleně zpracované oblasti PBSP teorie i teorie traumatu.

Výběr probandů do výzkumu byl úzce spjat s již existujícími daty z jejich terapeutické práce. Optimální fixací základního informačního materiálu o realitě se nám stal videozáznam, který vyžadoval úpravu pomocí transkripce a překladu. Přestože záznamy nevznikly pro náš výzkum a v tomto smyslu jsme nemohli ovlivnit jejich standardizaci, vytvořili jsme jednotný proces pro přepis a překlad dat, které byly následně zpracovávány metodou obsahové analýzy. Tu M. Disman považuje za „objektivní, kvantitativní analýzu sdělení jakéhokoli druhu“ (Disman, 2002, str. 131). Ačkoli jsme tento proces odhadovali na cca 12 hodin pro jedno sezení, u překladu a transkripce jsme v závěru strávili 345 hodin.

Po celou dobu práce s daty jsme si byli vědomi jejich redukce a zároveň požadavku, že v daném procesu nesmíme data zbavit jejich kontextu. Abychom co nejvíce minimalizovali jejich ztrátu a zkreslení, pro spolehlivost údajů jsme transkripci, překlad i analýzu dat prováděli dvakrát po sobě s porovnáním rozdílnosti výsledků, což mělo velké nároky na náš čas. Tento systém kontroly (reliability) byl pro nás jediným možným způsobem, neboť všechny ostatní metody kontroly vyžadují přítomnost další osoby, což díky etice nebylo možné. Jedinou výjimkou byla oblast překladu, kde jsme využili v několika málo případech kontrolu textu rodilým mluvčím. Jednotlivé věty jsme však zbavili širokého kontextu, abychom zamezili identifikaci možného zdroje textu. Při procesu analyzování jsme si napomáhali zobrazením dat pomocí tabulek a vnášeli tak do daného materiálu strukturu pomocí barevného označování, grafické úpravy či poznámek v tabulce.

Navrhnutí tabulky jako šablony pro transkripci textu se zprvu zdálo jako jednoduchý úkol, s rozhodnutím využít dané grafické uspořádání dat i pro následnou identifikaci témat a konceptů dle kategorií nás však přinutilo tabulku rozšířit o další dimenze nezbytné pro označení. Pouze tak jsme se mohli přiblížit ke zkoumaným oblastem. Data z videonahrávky jsme analyzovali a kódovali na základě předem daných typů kategorií.

Kategorie pro analýzu a popis transkribovaného materiálu jsme převzali z Modelu tří třetin, dle kterého se pracuje s traumatizovanými jedinci prostřednictvím edukace, zaměřením se na emoce a na oblast běžného života. Z výsledných údajů diplomové práce, na něž navazujeme v našem výzkumu, vyplývalo naše rozhodnutí věnovat pozornost i čtvrté oblasti, historické scéně, která nebyla totožná s prvky z PBSP teorie sytící dané kategorie. Abychom postihli veškeré fenomény přesně, zachovali tak vnitřní konzistenci materiálu a přešli od samého počátku chybným úvahám, neboť k tomuto procesu byla nutná hluboká znalost PBSP teorie i PBSP procesu, ke kontrole jejich adekvátního zařazení jsme využívali rozhovory s PBSP terapeutkou Y. Luckou. I přes to jsme zůstávali otevřeni možnosti, že by se mohly vyskytnout prvky, které jsme do daných oblastí nezahrnuli, a které by přesto splňovaly jejich kritéria. Jak se však ukázalo, naše kategoriální schémata nebyla rozšířena o žádné potencionální subkategorie.

Výsledky našeho výzkumu představily časové a obsahové proporce určitých jevů, jež nebyly doposud z daného úhlu zmapovány. Pomocí výzkumných zjištění přinášíme zároveň důkazy o propojenosti teoretických konceptů s praktickým užitím, jak si ukážeme v rovině konkrétních výsledků. Při porovnání závěrečných poznatků s Modelem tří třetin potvrzujeme závěry z diplomové práce o nejednostnosti kategorií s daným modelem i u skupiny kontrolní. Přestože nedošlo k překrytí modelů, neznačí tato skutečnost jejich neefektivitu. Naopak dle našeho názoru podtrhuje toto zjištění význam různorodých možností péče o traumatizované klienty, které se mohou vzájemně prolínat a doplňovat a jejich společným cílem je propojování kognitivní oblasti s tělově emočním prožíváním. Nové poznatky mohou dále nabízet vzájemnou inspiraci svých efektivních prvků a varovat před limity, které sami objevili. V neposlední řadě mohou informovat širokou laickou i odbornou veřejnost o konkrétních způsobech péče s lidmi s traumatickou historií a napomáhat tak adekvátní volbě terapeutické péče.

Obě části výzkumu shodně upozornily na nejvýznamnější fenomén Pesso Boyden psychomotorické terapie, kterým je práce s emocemi. Z výzkumu diplomové práce víme, že probandi připisovali důležitou hodnotu především výstavbě symbolické scény a postavě svědka. Právě v počtu absolutních slov použitých postavou svědka se objevil signifikantní rozdíl mezi zkoumanými skupinami ve prospěch skupiny jedinců s traumatickou zkušeností. Mezi posttraumatické symptomy patří mimo jiné též alexythimie, disociace nebo naopak přecitlivělost k určitým podnětům (van der Kolk, van der Hart, Marmar, 196). Ke zvědomování těchto příznaků a k adekvátnějšímu zacházení s emočním prožíváním napomáhá postava svědka, která je psychologicky podloženou intervencí s prací s emocemi v PBSP metodě. Výsledky výzkumu tak podtrhují teoretické poznatky PBSP a koncepcí traumatu.

V oblasti zbylých charakteristik zaměřených na práci s emočním prožíváním se významné rozdíly nepotvrdily. Tento fakt může být odrazem obecného popisu PBSP jako metody, která je založená na emočně-korektivní zkušenosti, na formování nové syntetické paměti a vytváření nových mentálních map. Výsledky přinesly přesná data, které zaznamenávají obsahové i časové

proporce. Především v rámci struktury se četnost slov pohybuje kolem 50% a délka trvání kolem 75 % u obou souborů. O emoční oblasti lze dále uvažovat jako o důležité součásti terapeutického procesu, jejíž funkce je přítomná bez rozdílu prožívaných symptomů. V tomto směru by bylo zajímavé konkretizovat PBSP práci pro jedince s nenaplněnými potřebami a pro jedince s mezerami v rolích, aby byl daný předpoklad výzkumně podložen.

U edukační činnosti jsme se zajímali o rozdíl v počtu užitých slov k vysvětlení nezbytných fenoménů mezi skupinami. Předpokládali jsme významně vyšší míru edukace u klientů s traumatickou zkušeností, neboť ze znalosti teorie traumatu víme, že u jedinců s tímto zážitkem dochází vlivem působení nadlimitního podnětu k narušenému uchování a retenci informací. V rámci struktury i dlouhodobého procesu PBSP se ukázaly být naše tvrzení o rozdílu skupin statisticky významné a tím byla potvrzena propojenost mezi teorií a praxí. Zajímavé zjištění se týká též nižší míry edukace v rámci struktury oproti celkovému procesu. Tato informace napovídá, že edukační činnost probíhá významně v prestrukturální fázi. Jinými slovy tento výsledek mluví o nezbytnosti seznamování klientů s teoretickými základy PBSP před vlastní terapeutickou prací. Právě porozumění základům PBSP napomáhá k vytváření bezpečného rámce a klientovy vědomé orientace v procesu během terapie.

Statistická analýza oblasti orientované na každodennost jedinců přinesla závěry o její významně nižší míře u experimentální skupiny. Čím lze tyto výsledky psychologicky podložit? Svoji podstatnou roli může hrát teoretický poznatek A. Pessa, který objasňuje souvislost mezi hlubokým emočním prožíváním v rámci terapeutické práce a delším časem potřebným k internalizaci zážitků s tím spojených. Čím je jedinec více v kontaktu se svými emocemi, aplikace poznatků z léčivé scény bude minimalizována, neboť fázi vštěpování a uchování antidotární zkušeností do paměti je nutné dopřát potřebný čas, aby nedošlo k jejímu opětovnému narušení.

Přestože u jedinců bez posttraumatických symptomů docházelo ve větší míře k aplikaci poznatků z léčivé scény do běžného života, je zajímavé, že celkově tato fáze ve všech případech zasahuje nejmenší prostor terapeutického procesu.

V průběhu výzkumu jsme stále více získávali pohled na jedinečnost a provázanost všech kroků PBSP procesu. Nejinak je tomu v oblasti historické scény, která je nezbytným, základním kamenem pro výstavbu antidota a z druhé strany v sobě může skrývat potencionální nebezpečí retraumatizace klienta při znovuuvědomování minulých zranění. Teorie PBSP si nebezpečí upevňování paměťového obsahu při jeho znovuvybavování a s ním spojené traumatické zážitky uvědomuje a snaží se danou scénu minimalizovat na nejmenší žádoucí míru. To znamená, že v rámci celkového PBSP procesu zahrnuje časový prostor věnovaný historii klienta 6,2% - 9,7%, během struktury 10,6% - 16,2 %.

Rozdíl mezi skupinami v čase věnovanému mapování klientovy minulosti v rámci celého sezení se ukázal jako signifikantní. Možným vysvětlením významně vyšší míry potřebné pro verbalizaci historie u osob s traumatickým zraněním může být souvislost mezi hloubkou prožívání a verbalizací emocí, které mimo jiné korespondují se znalostí o projevu disociace či alexythimie

u traumatizovaných osob a s tím spojenou formou vyprávění, v níž mají své místo pauzy, ticho, pláč apod.

Přestože jsme měli stanovený výzkumný plán s určitým množstvím hypotéz, nezůstali jsme strnulí v tomto počátečním designu a tvořivě jsme reagovali na nové okolnosti, které data v průběhu výzkumného procesu odkrývala. Na základě viditelných rozdílů v absolutních hodnotách a ve variancích celkových charakteristik ve struktuře i v rámci PBSP sezení jsme formulovali sedm hypotéz, které nebyly původně součástí rigorózní procedury statistického testování. Výsledky jejich statistických testů pojmáme jako orientační.

Induktivní statistika poukázala na různost mezi skupinami v oblasti počtu slov ve struktuře i v rámci celkového sezení, přestože časové charakteristiky se významně nelišily. Signifikantní odlišnost se objevila dále ve variancích počtu slov ve struktuře i v celkovém sezení a ve varianci času potřebného pro strukturu. Z těchto závěrů blíže vyplývá zvýšená verbalizace u klientů bez posttraumatických symptomů při kratší době trvání struktury. Můžeme pozorovat též vyšší varianci dat týkající se počtu slov u kontrolní skupiny, kdežto rozptyl dat časových údajů je vyšší u skupiny experimentální, což předznamenává souvislost mezi dobou trvání a hloubkou prožívaných emocí ve spojitosti s přítomností posttraumatických fenoménů. Nezapomínejme však, že hypotézy v této oblasti byly testovány na 5% hladině významnosti, nikoli na přísnější, určené Bonferroniho korekcí.

Jsme si vědomi skutečnosti, že k uvedeným závěrům je třeba přistupovat s určitou mírou obezřetnosti vzhledem k velikosti výzkumného vzorku a k charakteristikám souborů, jejichž výběr se zakládal na potřebách praxe s co nejpřesnějším ohledem na stanovená kritéria. Na základě těchto omezení nelze závěry, které jsme učinili, jednoznačně zobecňovat pro celou širší populaci. Předpokládáme však, že pokud zohledníme výše zmíněné skutečnosti, lze výsledky použít jako adekvátní odpovědi na naše výzkumné otázky a jako podnět k dalšímu bádání v mnohých oblastech.

Domníváme se, že empirická část rigorózní práce i přes výše zmíněné limity obsahuje podstatné množství informací a dat, které mohou posloužit jako zdroj poznání specifík PBSP metody při práci s lidmi s traumatickou historií, jako inspirace pro jiné terapeutické modely pracující s traumatizovanou klientelou i jako podnět k další výzkumné aktivitě.

Jako výzva pro další zkoumání zůstává pokusit se zmapovat do větší hloubky a šířky PBSP procesu u klientů s prožívaným deficitem v sycení bazálních potřeb či mezerami v rolích. Nová zjištění by mohla posloužit jak pro zkvalitnění edukačního procesu budoucích PBSP terapeutů tak pro důkladné pochopení kompletního obrazu neadekvátních způsobů naplňování vývojových potřeb z psychologického hlediska. Za odborný pohled by stála i oblast subjektivního prožívání klientů a terapeutů PBSP intervencí. Možností a výzev pro další práci na vědeckém poli tak zůstává celá řada.

## ZÁVĚR

Každé setkání s novou situací nám poskytuje příležitost rozvíjet nové způsoby používání našich zdrojů, dovedností a schopností. V 60. letech A. Pesso a D. Boyden shledali za tento inspirující moment fenomén potlačeného tělově-emočního prožívání a rozvinuli psychotherapeutický směr zaměřený na léčbu starých emocionálních zranění. PBSP metoda je charakteristická svojí „interaktivní povahou, kdy porozumění přichází se zkušeností“ (Perquin, Rehwinkel, 1999, str. 7).

Snaha představit informace o této relativně mladé, psychotherapeutické metodě Pesso Boyden psychomotorické terapie byl pouze jedním ze záměrů rigorózní práce. Vedle pouhé prezentace této na tělo zaměřené formy psychotherapie bylo hlavním cílem seznámit odborný i laický svět s její psychologickou charakteristikou ve spojitosti s péčí o traumatizované klienty a přispět k poznání PBSP metody v co největší komplexnosti. Citlivě charakterizovat nové oblasti v psychotherapii sebou nese nutnost neopomenout základní styčné myšlenky teorie, bez kterých by nebyla metoda celistvá, a tato skutečnost se může odrážet na délce práce, jak se ukazuje v daném případě.

Předpokladem pro porozumění aplikačnímu rámci PBSP metody je nezbytné uvedení do jejího teoretického zázemí, kterému jsem se věnovala jak z pohledu obecně psychologických témat, tak z oblasti vývoje jedince. Z pohledu psychomotorické terapie jsem podrobně nastínila psychologické pojetí emocí, motivace, či struktury osobnosti, ale i optimální, deficitní či traumatické syčení bazálních vývojových potřeb odpovídajících za kvalitu vývoje jedince. V rámci rigorózní práce byl text diplomové práce doplněn o vybrané poznatky z oblasti teorie emocí a zcela nově vypracována část o vývojovém attachmentu. Součástí představované teorie bylo též podrobné zachycení psychologického profilu psychotherapeutického procesu PBSP ve dvou časových rovinách a definování specifických pojmů vyskytujících se v rámci PBSP, jako např. historická a symbolická scéna, sféra možností, postava svědka a hlasů, microtracking, bookmark, placeholder či antidotum.

Se stejnou důsledností jsem věnovala pozornost oblasti traumatu, jeho genezi, symptomatologickému obrazu, posttraumatické stresové poruše (PTSD) a především rozmanitým možnostem léčby traumatizovaných klientů. V této kapitole upozorňuji na skutečnost, že traumatická událost nemusí mít na člověka pouze negativní dopad, ale za určitých podmínek může přinést i pozitivní změny osobnosti v podobě fenoménu posttraumatického růstu, jenž náleží koncepci pozitivní psychologie.

Myšlenkové propojení obou kapitol teoretické části nabízí fiktivní kazuistika analyzující krok za krokem psychotherapeutickou práci s klientkou, která prožila v sedmi letech traumatický zážitek při náhlém úmrtí své sestry. Zároveň nám tato případová studie i kazuistika zaměřená na fenomén mezer v rolích a deficitů potřeb slouží jako ukázky pro vytvoření přesnější představy o podobě transkripce videonahrávek, které byly analyzovány v empirické části rigorózní práce a které nemohly být z etických důvodů připojeny ve formě příloh.



Hlavním cílem empirického zkoumání bylo zmapování obsahových a časových proporcí vybraných PBSP fenoménů s cílem přispět k hlubšímu poznání metody při práci s traumatizovanými jedinci. Dílčí výzkumné otázky zjišťovaly, zda a jakým způsobem se teorie Pesso Boyden psychomotorické terapie odráží v praxi. K tomuto výzkumnému záměru jsem se přiblížila metodou analýzy transkripcí videonahrávek a statistickým zpracováním popsanych dat. Údaje pocházely ze dvou výzkumných souborů, mezi nimiž byly objeveny rozdílné momenty u všech čtyřech základních kategorií.

Z devatenácti formulovaných hypotéz jsme čtyři z nich zamítli na 0,42 % a šest z nich na 5% hladině významnosti. Pro práci s traumatizovanými jedinci vyplývá jednoznačně z výsledků výzkumu důležitost používání postavy svědka pro prvotní práci s emočním prožíváním a edukace klientů pro porozumění průběhu PBSP práce a pochopení dynamiky traumatu. Neméně význačná oblast je spojená s vytvářením bezpečného terapeutického prostoru snižováním rizika retraumatizace při navrácení se k zraňující historii klienta. Za zamyšlení stojí proces orientující se na každodennost. Přestože je nenahraditelný ve fázi aplikace zkušeností z terapeutického procesu do běžného života, výzkumné závěry upozorňují na sníženou schopnost okamžitého propojování zážitků z terapie s každodenností z důvodu postupně probíhajícího procesu internalizace a integrace léčivé zkušenosti u traumatizovaných jedinců

V diskusní části jsem se snažila důkladně rozpracovat možnosti a limity mnou sestaveného výzkumného designu, podívat se znovu na jeho proces a na dosažené výsledky, které dle mého názoru naplňují výzkumné cíle a shromažďují řadu zajímavých poznatků. Zobrazují do té doby statisticky nepodložené charakteristiky procesu psychomotorické terapie při práci s traumatizovanými klienty i s jedinci bez posttraumatických symptomů. Na závěr jsem se věnovala výzvám pro další vědeckou činnost a možným podnětům zkoumání.

V rámci spolupráce s účastníky ve výzkumu jsem přislíbila všem probandům poskytnout (z odborného hlediska zkontrolovaný) text rigorózní práce k jejich vlastnímu užití. Ráda bych i nadále rozvíjela svůj zájem o zkoumané oblasti v praxi s traumatizovanými lidmi a nasbírané informace začlenila a zužitkovala v dalších výzkumných aktivitách či v rámci přednáškové činnosti.

Čas trávený prohlubováním poznatků o PBSP a oblasti traumatu a tvořivá činnost výzkumného procesu rigorózní práce mne naplňovaly zvědavostí a „směr větru“ této příležitosti zněl slovy T. Lessinga: „*Jen to je ztraceno, čeho se sami vzdáváme*“.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ODBORNÝCH PRAMENŮ

- ALLPORT, G.W. (1966). *Geneze osobnosti*. 1. vyd. Praha: Krajský pedagogický ústav, 1966. 83 s.
- ALLPORT, G.W. (1960). *Personality : a psychological interpretation*. 1st. ed. New York : Holt, 1960. pp. 12-48.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 2000. pp. 429-484. ISBN 0-89042-025-4.
- ANDRLOVÁ, M. (2005). *Současné směry v české psychoterapii: rozhovory s významnými psychoterapeuty*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 220 s. ISBN 80-7254-603-1.
- BACHG, M. (2004). Microtracking in der Pesso-therapie. *Psychotherapie*. 2004, Nr. 2, Jg 2. s. 283-293.
- BALCAR, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. 2. vyd. Chrudim: Mach, 1991. 217 s.
- BALDWIN, D. (2010). About trauma. [online]. 2010 [cit. 2010-2-1]. Přístupné z WWW: <http://www.trauma-pages.com/trauma.php/>.
- BANDURA, A. (1965). *Social learning and personality development*. 1st ed. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1965. 329 p.
- BELANOFF, J. K., ET AL. (2001). Corticosteroids and cognition. *Journal of psychiatric research*. 2001, vol. 35, no. 3. pp. 127-145.
- BOHANNON, J. (1988). Flashbulb memories for the space shuttle disaster : A tale of two theories. *Cognition*. 2004, vol. 29, no. 2. pp. 179-196.
- BOWLBY, J. (1997). *Attachment and loss*. 1st ed. London: Pimlico, 1997. 425 p. ISBN 0-7126-7471-3.
- BOWLBY, J., AINSWOTRH, M. D. S. (1965). *Child care and the growth of love*. 2nd ed. Baltimore: Penguin Books, 1965. 254 p.
- BOYDEN, D. (1987). Diane Boyden-Pesso on PBSP technique. [online]. 1987 [cit. 2010-2-11]. Přístupné z WWW: <http://www.pbsp.com/books&articles/DPB/dionpbsp.htm/>.
- BOYDEN, D., PESSO, D., VRTBOVSKÁ, P. (2009). *Úvod do Pesso Boyden System Psychomotor (PBSP jako terapeutický systém v kontextu neurobiologie a teorie attachmentu)*. 1. vyd. Tišnov: SCAN, 2009. 210 s. ISBN 80-86620-15-8.
- BREHM, J. W. (1999). The intensity of emotion. *Personality and social psychology review*. 1999, vol. 3, no. 1. pp. 2-22.
- BREMNER, J. D. (1999). Neural correlates of exposure to traumatic pictures and sound in Vietnam combat veterans with and without posttraumatic stress disorder : a positron emission tomography study. *Biol Psychiatry*. 1999, vol. 45, no. 7, pp. 806–816.

- BRETHERTON, I., MUNHOLLAND, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationship : a construct of revisited. In J. Cassidy, P. R. Shaver (eds). *Handbook of attachment : theory, research and clinical applications*. New York: Guilford Press, 1999, pp. 89-114. ISBN 1-57230-826-5.
- BUCK, R. (1994). *The communication of emotion*. 1st ed. . New York: Guilford Press, 1994, 391 p. ISBN 978-0898629156.
- BURTON, K. B. (2004). Resilience in the face of psychological trauma. *Psychiatry*. 2004, vol. 67, no. 3. pp. 231-234.
- CLARKE, C. L., CHAVES, D. (1991). Using psychomotor in private practice with individual clients. In A. Pessó, J. Crandell (eds.). *Moving psychotherapy*. 1st ed. Cambridge: Brookline Books, 1991, 18. chapter, pp. 219-232. ISBN 0-914797-72-7.
- CLEMANS, S. E. (2008). Trauma and group work : thoughts on delicate practice. *Journal of jewish communal service*. 2008, vol. 83, no. 2/3, pp. 238-242.
- COMPTON, R. J. (2003). The interface between emotion and attention : a review of evidence from psychology and neuroscience. *Behavioral and cognitive neuroscience reviews*. 2003, vol. 2, no. 2. pp. 115-129.
- COOK, J. M., SCHNURR, P. P, FOA, E. B. (2004). Bridging the gap between post-traumatic stress disorder research and clinical practise : the example of exposure therapy. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*. 2004, vol. 41, no. 4, pp. 374-387.
- CORSON, Y., VERRIER, N. (2007). Emotions and false memories : valence or arousal?. *Psychological science*. 2007, vol. 18, no. 3. pp. 208-211.
- CRANDELL, J., PESSO, A. (1991). *Moving psychotherapy. Theory and application of Pessó System/Psychomotor Therapy*. 1st ed. Cambridge: Brookline Books, 1991. 306 p. ISBN 0-914797-72-7.
- ČEPELÍKOVÁ, Z. (2010a). *Jak porozumět dětským vývojovým potřebám aneb o potřebě místa, péče, podpory, bezpečí a limitů*. In L. Šulová, et al. (eds.). *Problémové dítě a hra - 31*. Praha: Raabe, 2010. 31 s. ISBN 80-86307-15-8.
- ČEPELÍKOVÁ, Z. (2010b). *Možnosti a meze Pessó Boyden psychomotorické terapie při práci s traumatizovanými klienty*. Praha: Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra psychologie, 2010. 147 s. Vedoucí diplomové práce. PhDr. Vendula Junková.
- ČERMÁK, I., ŠTĚPANÍKOVÁ, I. (1998). Metody kontroly validity dat v kvalitativním psychologickém výzkumu. *Československá psychologie*. 1998, roč. 1, č. 42, s. 50-62.
- DAMASIO, A. R. (2004). *Der Spinoza-effekt*. 1. Aufl. München: List Verlag, 2004. 292 s. ISBN 3548604943.
- DAMASIO, A. R. (2000). *Descartův omyl: emoce, rozum a lidský mozek*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2000. 259 s. ISBN 80-204-0844-4.

- DARWIN, CH. (2001). *O původu člověka*. 2. vyd. Praha: Academia, 2001. 357 s. ISBN 80-200-1423-3.
- DEFFENBACHER, K. A., ET AL. (2004). A meta-analytic review of the effect of high stress on eyewitness memory. *Law and human behavior*. 2004, vol. 28, no. 6. pp. 687-706.
- DISMAN, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
- DOWNEY, L. (2007). *Calmer classrooms*. 1. vyd. Melbourne, Victoria: Child Safety Commissioner, 2007. 35s.
- EBBINGHAUS, H. (1913). *Memory. A contribution to experimental psychology*. 1st ed. New York: Teachers College, Columbia University, 1913. 1. chapter, pp. 1-6.
- EUROPEAN ASSOCIATION FOR BODY – PSYCHOTHERAPY. (2010). About body psychotherapy. [online]. 2010 [cit. 2010-2-11]. Přístupné z WWW: [http:// eabp.org/about.php/](http://eabp.org/about.php/).
- EUROPEAN ASSOCIATION FOR BODY – PSYCHOTHERAPY. (2011a). Terms and language particular to Body Psychotherapy. [online]. 2011 [cit. 2011-1-2]. Přístupné z WWW: <http://eabp.org/about-terms-and-language.php/>.
- EUROPEAN ASSOCIATION FOR PSYCHOTHERAPY. (2011b). Statement of ethical principles. [online]. 2011 [cit. 2011-1-3]. Přístupné z WWW: <http://www.europsyche.org/contents/13134/statement-of-ethical-principles/>.
- ERIKSON, E. H. (2002). *Dětství a společnost*. 1. vyd. Praha: Argo, 2002. 175 s. ISBN 80-7203-380-8.
- EYSENCK, H. J. (1961). *Dimensions of personality*. 5th ed. London: Routledge & Kegan Paul, 1961, 1. chapter, pp. 1-32.
- FEISS, G. J. (1979). *Mind therapies, body therapies*. 1st ed. Millbrae: Celestial Art, 1979. 159 p. ISBN 0-89087-247-3.
- FERJENČÍK, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 255 s. ISBN 80-7178-367-6.
- FINE, C. G. (1991). Treatment stabilization and crisis intervention : pacing the therapy of the multiple personality disorder patient. *Psychiatric clinics of North America*. 1991, vol. 14, no. 3, pp. 661-675.
- FINKENAUER, C., ET AL. (1998). Flashbulb memories and the underlying mechanism of their formation : toward and emotional –integrative model. *Memory and cognition*. 1998, vol. 26, no. 3. pp. 516-531.
- FISCHER-BARTELMANN, B. (2005). Einführung in die Pesso-Therapie. In K. D. S. Sulz, L. Schrenker, Ch. Schrickler (eds.). *Die psychotherapie entdeckt den körper*. München: CIP Medien, 2005, s. 277-301. ISBN 978-3-932096-38-X.

- FISCHER-BARTELMANN, B., ROTH-BILZ, H. (2004). Holes in roles : Löcher im Rollengefüge der Familie. *Pesso bulletin*. 2004, Nr. 11, s. 3-11.
- FISCHER-BARTELMANN, B. (2004). Pesso-therapie in brain-scans. *Pesso bulletin*. 2004, Nr. 10, 2 s.
- FISCHER-BARTELMANN, B. (2010a). Pesso-Therapie (Pesso Boyden System Psychomotor-PBSP): In: Konferenzmappe Symposion "Gehirn und Körper" Heidelberg März 2008. [online]. 2010 [cit. 2010-2-11]. Přístupné z WWW: <http://www.fischer-bartelmann.privat.t-online.de/Texte/Konferenzmappe%20Symposion%20Gehirn%20und%20Koerper%20Beitrag%20Fischer-Bartelmann.pdf/>>.
- FISCHER-BARTELMANN, B. (2006). Pesso-Therapie und systemic therapy. *Psychotherapie*. 2006, Nr. 11, Jg. 1, s. 97-110.
- FISCHER-BARTELMANN, B. (2010b). Umgang mit widerstand in der Pesso-Therapie. [online]. 2010 [cit. 2010-2-11]. Přístupné z WWW: <http://www.fischer-bartelmann.de/Texte/Widerstand%20in%20der%20Pesso-Therapie.html/>>.
- FRANKL, V. E. (2006). *Vůle ke smyslu : vybrané přednášky o logoterapii*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2006. 212 s. ISBN 80-7295-084-3.
- FREUD, A. (2006). *Já a obranné mechanismy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 119 s. ISBN 80-7367-084-4.
- FREUD, S. (1991). *Přednášky k Úvodu do psychoanalýzy*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1991. 464 s. ISBN 80-201-0225-6.
- FREUD, S. (1960). *The Ego and The Id*. 1st ed. New York: Norton, 1960. pp. 16-25.
- FREWEN, P. A., AT AL. (2008). Clinical and neural correlates of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal psychology*. 2008, vol. 117, no. 1, pp, 171-181.
- FRIJDA, N. H., KUIPERS, P., SCHURE, E. (1989). Relations among emotion, appraisal, and emotional action readiness. *Journal of personality and social psychology*. 1989, vol. 57, no. 2. pp, 212-228.
- GABLE, P. A., HARMON-JONES, E. (2008). Approach –motivated positive affect reduces breadth of attention. *Psychological science*. 2008, vol. 19, pp. 476-482.
- GAVORA, P. (2000). *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
- GLENN, M. , JAFFE, J., SEGAL, J. (2005). Emotional and psychological trauma : causes and effects, symptoms and treatment. [online]. 2005 [cit. 2009-12-11]. Přístupné z WWW: [http://www.traumaresources.org/emotional\\_trauma\\_overview.htm/](http://www.traumaresources.org/emotional_trauma_overview.htm/)>.
- GREENBERG, L. (2008). Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of affect. *Canadian psychology*. 2008, vol. 49, no. 1. pp. 49-59.

- GRENCAVAGE, L. M., NORCROSS, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional psychology : research and practise*. 1990, vol. 21, pp. 372-378.
- HÁJEK, K. (2006). *Práce s emocemi v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 104 s. ISBN 978-80-7367-346-8
- HALL, C. S., LINDZEY, G. (1999). *Psychológia osobnosti*. 2. vyd. Bratislava: SPN, 1999. 510 s. ISBN 80-08-03001-1.
- HENDL, J. (2008). *Kvalitativní výzkum : základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HERMAN, J. L. (2001). *Trauma a uzdravenie. Násilie a jeho následky-od týrania v súkromí po politický teror*. 1. vyd. Bratislava: Aspekt, 2001. 338 s. ISBN 80-85549-24-7.
- HOFMAN, M. (2007). *Trauma a jeho léčba v psychoterapeutických přístupech zaměřených na tělo*. Brno: Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. Katedra psychologie, 2007. 124 s. Vedoucí diplomové práce. MUDr. Jan Roubal.
- HORÁČEK, J. ET AL. (2005). The Effect of two sessions of PBSP psychotherapy on brain activation in response to trauma-related stimuli the pilot fMRI in traumatized persons. *Psychiatrie*. 2005, roč. 9, č. 3, s. 85-90.
- HORNEY, K. (2007). *Neurotická osobnost naší doby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 182 s. ISBN 978-80-7367-219-5.
- HOROWITZ, M. (2001). *Stress Response Syndromes : Personality styles and interventions*. 4th ed. New Jersey: Jason Aronson, 2001. 451 p. ISBN 978-0765703132.
- HOWE, L. (1991). Origins and history of Pesso System/Psychomotor Therapy. In A. Pesso, J. Crandell (eds.). *Moving psychotherapy*. 1st ed. Cambridge: Brookline Books, 1991, 1. chapter. pp. 3-31. ISBN 0-914797-72-7.
- HULL, A. M. (2002). Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2002, no. 181, pp. 102-110.
- HULSE, L. M., ET AL. (2007). Emotional arousal and memory : a test of the poststimulus processing hypothesis. *American journal of psychology*. 2007, vol. 120, no. 1. pp. 73-90.
- HURLEMANN, R., ET AL. (2005). Noradrenergic modulation of emotion-induced forgetting and remembering. *Journal of neuroscience*. 2005, vol. 25, no. 27. pp. 6343-6349.
- HYER, L., BRANDSMA, J. M. (1997). EMDR minus eye movements equals good psychotherapy. *Journal of Traumatic Stress*. 1997, vol. 10, pp. 515-522.
- JANOUŠEK, J. (1986). *Metody sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: SPN, 1986. 256 s.
- JONES, J. L. (2008). Freak out or melt down : teen responses to trauma and depression. *Young adult library services*. 2008, vol. 21, no. 1, pp. 85-97.

- JUNG, C. G. (1994). *Duše moderního člověka*. 1. vyd. Brno: Atlantis, 1994. 380 s. ISBN 80-7108-087-X.
- KANSTEINER, W. (2004). Testing the limits of trauma : the long-term psychological effects of the holocaust on individuals and collectives. *History of the human science*. 2004, vol. 17, no. 2, pp. 97-133.
- KELEMAN, S. (2005). *Anatomie lásky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 216 s. ISBN 80-7178-836-8
- KENSINGER, E. A., SCHACTER, D. L. (2006). When the red sox schocked the Yankees : comparing negative and positive memories. *Psychonomic bulletin and review*. 2006, vol. 13, no. 5. pp. 757-763.
- KISIEL, C., ET AL.(2006). Evaluation of a Theater-Based Youth Violence Prevention Program for Elementary School Children. *Journal of School Violence*. 2006. vol. 5, no. 2. pp. 19-36.
- KNEIP, U. W. H. (2005). Pessó Boyden system psychomotor in der Einzeltherapie. In K. D. S. Sulz, L. Schrenker, Ch. Schrickler (eds.). *Die psychotherapie entdeckt den körper*. München: CIP Medien, 2005. 26 p . ISBN 978-3-932096-38-X.
- KOEMEDA-LUTZ, M., ET AL. (2006). Evaluation of the Effectiveness of Body Psychotherapy in Outpatient Settings (EEBP) : a multi-centre study in Germany and Switzerland. *Psychoter Psych Med*. 2006, no. 56, pp. 480-487.
- KOPŘIVA, K. (1994). *Lidský vztah jako součást profese: psychologické minimum pro pracovníky sociální péče*. 1. vyd. Praha: Hestia, 1994. 40 s.
- KOSSLYN, S. M. (1980). *Image and mind*. 1. ed. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1980, 2. chapter, pp. 11-28. ISBN 0-674-44366-7.
- KRATOCHVÍL, S. (1997). *Základy psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1997. 392 s. ISBN 80-7187-179-7.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2001). *Psychologie zdraví*. 2.vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- KULÍSEK, P. (2000). Problémy teorie raného citového přilnutí (attachment). *Československá psychologie*. 2000, roč. 44, č. 5. s. 404-423.
- LANEY, C., ET AL. (2004). Memory for thematically arousing events. *Memory and cognition*. 2004, vol. 32, pp. 1149-1159.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. (2006). *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- LEA, R. (1997). Neuroscience, PBSP psychomotor and the re-invention of the talk therapy. [online]. 1997 [cit. 2010-12-12]. Přístupné z WWW: <http://www.pbsp.com/books&articles/reinvent.htm>.
- LEIJSSSEN, M. (2006). Validation of the Body in psychotherapy. *Journal of humanistic psychology*. 2006, vol. 46, no. 2, pp. 126-146.

- LEIX, A. (2003). K problematice transkriptu ve společenských vědách. *Biograf*. Roč, 32, č. 11, s. 69-84.
- LEVINE, L. J., BLUCK, S. (2004). Painting with broad strokes : happiness and the malleability of event memory. *Cognition and emotion*. 2004, vol. 18, pp. 559-574.
- LEVINE, L. J., EDELSTEIN, R. S. (2009). Emotion and memory narrowing : a review and goal-relevance approach. *Cognition and emotion*. 2009, vol. 23, no. 5. pp. 833-875.
- LEVINE, P. A. (2003). Common responses to trauma-and coping strategies. [online]. 2003 [cit. 2009-12-2]. Přístupné z WWW. : <[http://www.drpatilevin.com/educational/trauma\\_response.pdf/](http://www.drpatilevin.com/educational/trauma_response.pdf/)>.
- LEVINE, P. A. (2009). Nature's lessons in healing trauma. [online]. 2009 [cit. 2010-12-2]. Přístupné z WWW.:<[http://www.traumahealing.com/somatic-experiencing/art\\_childhood.html/](http://www.traumahealing.com/somatic-experiencing/art_childhood.html/)>.
- LEVINE. P. A. (2002). *Prebúdzanie tigra : liečenie traumy*. 1. vyd. Praha: Familia, 2002. 232 s. ISBN 8096796437.
- LIBERZON, I., ET AL. (1999). Brain activation in PTSD in response to trauma-related stimuli. *Biol Psychiatry*. 1999, no. 45, pp. 817–826.
- LINLEY, P. A., JOSEPH, S. (2004). Positive change following trauma and adversity : a review. *Journal of traumatic stress*. 2004, vol. 17, no. 1, pp. 11-21.
- LOWEN, A. (2009). *Bioenergetika*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 273 s. ISBN 978-80-7367-189-1.
- LUCKÁ, Y., KOBRLE, L. (2003a). Jak hojit staré rány. *Děti a my*. 2003, roč. 32, č. 2, s. 30-32.
- LUCKÁ, Y., KOBRLE, L. (2004a). O potřebě bezpečí. *Děti a my*. 2004, roč. 33, č. 2, s. 30-32.
- LUCKÁ, Y., KOBRLE, L. (2004b). O potřebě limitu. *Děti a my*. 2004, roč. 33, č. 3, s. 33-35.
- LUCKÁ, Y., KOBRLE, L. (2003b). O potřebě místa. *Děti a my*. 2003, roč. 32, č. 4, s. 32-34.
- LUCKÁ, Y., KOBRLE, L. (2004c). O potřebě péče. *Děti a my*. 2004, roč. 33, č. 1, s. 31-33.
- LUCKÁ, Y., KOBRLE, L. (2003c). O potřebě podpory. *Děti a my*. 2003, roč. 32, č. 5, s. 34-36.
- MACKEWN, J. (2004). *Gestalt psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 262 s. ISBN 80-7178-922-4.
- MAHLEROVÁ, M. S., PINE, F., BERGMANOVÁ, A. (2006). *Psychologický zrod dítěte*. 1. vyd. Praha: Trizton, 2006. 375 s. ISBN 80-7254-722-4.
- MARADA, R. (2007). Paměť, trauma, generace. *Sociální studia*. 2007, č. 1-2, s. 79-95.
- MAREŠ, J. (2008). Posttraumatický rozvoj : nové pohledy, nové teorie a modely. *Československá psychologie*. 2008, roč. 52, č. 6, s. 567- 583.
- MARGOLIN, J. (2008). What's New in interpersonal trauma treatment? *New Jersey psychologist*. 2008, vol. 58, no. 2, pp. 30-31, no. 3, pp. 26-27.
- MARMAR, C. R., WEISS, D. S., PYNOOS, R. S. (1995). Dynamic psychotherapy of post-traumatic stress disorder. In M. J. Friedman, D. S. Charney, A. Y. Deutsch (eds). *Neurobiological*



*and clinical consequences of stress : from normal adaptation to post traumatic stress disorder.* Philadelphia: Lippincott-Raven, 1995. pp. 495-506. ISBN 978-0781701778.

- MASLOW, A. H. (1987). *Motivation and personality*. 3rd ed. London: Harper Collins publishers. 1987, 293 s. ISBN 978-0060419875.
- MATĚJČEK, Z. (2005). *Výbor z díla*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 445 s. ISBN 80-246-1056-6.
- MATHER, M. (2007). Emotional arousal and memory binding : an object-based framework. *Perspectives on psychological science*. 2007, vol. 2, no. 1. pp. 33-52.
- MAYER, J. D., SALOVEY, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey, D. Sluyter (eds.). *Emotional development and emotional intelligence : implications for educators*. New York: Basic books, 1997, 1. chapter. pp. 3-31. ISBN 978-0465095872.
- MAYRING, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung : eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 5. Aufl. Berlin: Beltz. 2002, 180 s. ISBN 978-3407252524.
- MC GAUGH, J. L. (2004). The amygdala modulates the consolidation of memories of emotionally arousing experiences. *Annual review of neuroscience*. 2004, vol. 27, pp. 1-28.
- MERWIN, M., SMITH-KURZ, B. (1988). Healing of the whole person. In F. Ochberg. (ed.). *Post-traumatic therapy and victims of violence*. New York: Brunner/ Mazel, 1988, 4. chapter. pp. 55-82. ISBN 0-87630-490-0.
- MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ a PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ : MKN-10. (2008). 2. vyd. Praha : ÚZIS, 2008, 5. kapitola. s. 185-252. ISBN 978 80-904259-0-3.
- MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MIKŠÍK, O. (2003). *Psychologická charakteristika osobnosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 256 s. ISBN 80-246-0240-7.
- MITCHELL, S. A., BLACKOVÁ, M. J. (1999). *Freud a po Freudovi : dějiny moderního psychoanalytického myšlení*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. 312 s. ISBN 80-7254-029-7.
- MITTENDORFER, M. (2009). Pesso terapie. [online]. 2009 [cit. 2009-09-12]. Přístupné z WWW:<[http://www.koerpertherapievorarlberg.at/ber\\_Psychotherapie/Pesso\\_Therapie .htm/](http://www.koerpertherapievorarlberg.at/ber_Psychotherapie/Pesso_Therapie.htm)>.
- MOLLICA, R. F. (1988). The Trauma story : the psychiatric care of refugee survivors of violence of torture. In F. Ochberg. (ed.). *Post-traumatic therapy and victims of violence*. New York: Brunner/ Mazel, 1988, 14. chapter. pp. 295-314. ISBN 0-87630-490-0.
- MORENO, J. J. (2005). *Rozehrát svou vnitřní hudbu : muzikoterapie a psychodrama*. 1. vyd Praha: Portál, 2005. 127 s. ISBN 80-7178-980-1.
- MORGAN, C. A. (2004). Accuracy of eyewitness memory for persons encountered during exposure to highly intense stress. *International journal of law and psychiatry*. 2004, vol, 27. pp. 265-279.

- MOOS, P. (2009). Pětiletý integrativní experiment ve skupinové psychoterapii. *Psychoterapie*, 2009, roč. 3, č. 2, s. 121-125.
- MOSCOVICI, S. (2001). *Social representations : Essays in social psychology*. 2nd ed. New York: NU Press, 2001. 313 p. ISBN 978-0814756300.
- MURRAY, H. A., MC ADAMS, D. (2007). *Explorations in personality*. 70th ed. Oxford: Oxford University press, 2007. 816 p. ISBN 978-0195305067.
- NAKONEČNÝ, M. (1997a). *Encyklopedie obecné psychologie*. 1. vyd Praha: Academia, 1997. 437 s. ISBN 80-200-0625-7.
- NAKONEČNÝ, M. (1995). *Lexikon psychologie*. 1. vyd. Praha: Vodnář, 1995. 397 s. ISBN 80-85255-74-X.
- NAKONEČNÝ, M. (1997b). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1997. 336 s. ISBN 80-200-0525-0.
- NAKONEČNÝ, M. (1998). *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998. 590 s. ISBN 80-200-0689-3.
- NERAD, J. W. (2005). Pěso psychoterapie v klinické léčbě přeživších Druhou světovou válku z bývalé Nizozemské (Východní) Indie. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2005, č. 2, pp. 88-91.
- OATLEY, K., JENKINS, J. (1992). Humans emotions : function and dysfunction. *Annual review of psychology*. 1992, no. 43, pp. 55-85.
- OGDEN, P. M. A., MINTON, K. (2000). Senzomotor psychotherapy : one method for processing traumatic memory. *Traumatology*. 2000, vol. 6, no. 3, pp. 23-25.
- OCHBERG, F. M. (1991). Psychotherapy with victims. *Psychotherapy*. 1991, vol. 28, no. 1, pp. 31-36.
- ORTONY, A., TURNER, T. J. (1990). What's basic about basic emotions? *Psychological Review*. 1990, vol. 97, no. 3, pp. 315.
- PARROT, W. G. (2001). *Emotions in social psychology*. 3rd. ed. Philadelphia: Psychology Press, 2001. pp. 1-35. ISBN 0-86377-682-5.
- PAVLICA, K., ET AL. (2000). *Sociální výzkum, podnik a management : průvodce manažera v oblasti výzkumu hospodářských organizací*. 1. vyd. Praha. Ekopress, 2000. 161 s. ISBN 80-86119-25-4.
- PEARSON, A. C. [200?], *Trauma, attachment, the brain and Pessso Boyden system psychomotor treatment : a literature review*. Trinity: Trinity college of graduates studies, [200? ]. 80 p. Dissertation.
- PERLS, F. S. (2004). *Gestalt terapie : vzrušení lidské osobnosti a jej růst*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 491 s. ISBN 80-7254-507-8.
- PERQUIN, L. (1997). A specialization in Psychotherapy. In A. Pessso, L. Perquin (eds.). *Capita selecta Pessso Boyden system psychomotor therapy*. Amsterdam: [S. N], 1997. 9 s.

- PERQUIN, L. (2008). De Pesso-psychoterapie en de neurowetenschappen. [online]. 2008 [cit. 2009-7-22]. Přístupné z WWW: <http://www.pesso.nl/artikelen/pessoneurotherapie.htm/>.
- PERQUIN, L. (2010). Die psychoterapie nach Albert Pesso (PBSP). [online]. 2010 [cit. 2010-17-2]. Přístupné z WWW: [http://www.pesso.nl/artikelen/Art-Lowijs\\_de.pdf/](http://www.pesso.nl/artikelen/Art-Lowijs_de.pdf/).
- PERQUIN, L. (2006). Grafik zum Ablauf einer Struktur. [online]. 2006 [cit. 2009-17-12]. Přístupné z WWW: <http://www.pesso-therapie.de/html/struktur-grafik.htmlf/>.
- PERQUIN, L. (2004). Neuroscience and its significance for psychotherapy. *European psychotherapy*. 2004, vol. 5, no. 1, pp. 1-18.
- PERQUIN, L., REHWINKEL, P. (1999). Pesso-psychotherapie. Een lichaamsgerichte psychotherapeutische methode. *Handboek Groepspsychotherapie*. 1999, vol. 4, pp. 1-37.
- PERQUIN, L. (1994). Transference and countertransference as a vital therapeutic tool in PBSP : 2nd International conference on PBSP in Atlanta. [s. l.]: [s. n.], 1994. 9 s.
- PESSO, A. (2010a). *About trauma : přednáška v rámci čtyř letého psychoterapeutického výcvikového programu Pesso Boyden 2007-2011*. [DVD-ROM]. Praha: Diabasis. 2010.
- PESSO, A. (1991). Abuse. In A. Pesso, J. Crandell (eds.). *Moving psychotherapy. Theory and application of Pesso System psychomotor therapy*. 1st ed. Cambridge: Brookline Books, 1991, 14. chapter. pp. 169-187. ISBN 0-914797-72-7.
- PESSO, A. (1990a). Center of truth, true scene and pilot in Pesso Boyden system psychomotor. *Pesso bulletin*. 1990, Nr. 6, Jg. 2, s. 13-21.
- PESSO, A. (2005). Description of PBSP process in preparation for Prague research paper. [online]. 2005 [cit. 2009-08-12]. Přístupné z WWW: <http://www.pbsp.com/research/Prague/AIResPrep.htm/>.
- PESSO, A. (1988). Ego development and the body. *Bewegen en Hulpverlening*. 1988, Nr. 5, Jg. 88, s. 239-248.
- PESSO, A. (2003). Holes in roles : Article by Albert Pesso for the Workshop holes in Roles. [online]. 2003 [cit. 2009-12-14]. Přístupné z WWW: [http://www.pbsp.com/training/holes\\_in\\_roles1.htm/](http://www.pbsp.com/training/holes_in_roles1.htm/).
- PESSO, A. (1994). Introduction to Pesso Boyden system psychomotor. 1.ed. Franklin: PBSP Press, 1994. 217 s.
- PESSO, A. (2009a). *Introduction to PBSP : open workshop PBSP in Freiburg*. [DVD-ROM]. Praha: Diabasis. 2009.
- PESSO, A. (2004). Memory and consciousness : In the Mind's Eye, in the Mind's Body. *Psychotherapie*. 2004, Nr. 9, Jg. 2, pp. 260-266.
- PESSO, A., ET AL. (2002). Movement and action in the transformation of trauma : the role of somatic experience, purposeful action, and theater in the treatment of trauma-workshop

- II in the BU trauma conference May 30, 2002 [online]. 2002 [cit. 2009-11-05]. Přístupné z WWW: <http://pbsp.com/conferences/Trauma/TraCtr04.pdf/>.
- PESSO, A., PERQUIN, L. (1996). On contract and motivation in Pesso Boyden psychomotor system. *Pesso bulletin*. 1986, Nr. 2, 7 p.
  - PESSO, A. (1997b). PBSP® Perspective on Reich by Albert Pesso. [online]. 1997 [cit. 2009-08-14]. Přístupné z WWW: <http://pbsp.com/books&articles/reichper.htm/>.
  - PESSO, A. (1997a). PBSP-Pesso Boyden System Psychomotor. In Ch. Caldwell. *Getting in touch: a guide to body-centered therapies*. 1st ed. Wheaton: Publishing House, 1997, pp. 117-153. ISBN 0-8356-0761-5.
  - PESSO, A. (1987). Respect for the body. *Tijdschrift voor Pesso-psychotherapie*. 1987, Nr. 3. Jg. 3, s. 292-298.
  - PESSO, A. (2008). *Sít' vztahů v rodině, její historie a základní vývojové potřeby*. [DVD-ROM]. Praha: Diabasis, 2008.
  - PESSO, A. (2002). *The corrective experience*. Franklin: PBSP Press. 2002. 3 s.
  - PESSO, A. (1990b). The effects of pre- and perinatal trauma. [online]. 1990 [cit. 2009-10-25]. Přístupné z WWW: <http://www.pbsp.com/books&articles/pre&peri.htm/>.
  - PESSO, A. (2010b). *The lecture on the basic characteristics of PBSP : přednáška v rámci čtyř letého psychoterapeutického výcvikového programu Pesso Boyden 2007-2011*. [DVD-ROM]. Praha: Diabasis. 2010.
  - PESSO, A. (200?). *Psycho-trauma and posttraumatic stress syndrome (PTSS) : workshop for PBSP training in München*. [DVD-ROM]. München: [s. n.], 200?.
  - PESSO, A. (2009b). Umíme opravit špatné vzpomínky. *Psychologie dnes*, 2009, roč. 15, č. 2, s. 6-9.
  - PESSO, A. (1999). *Werden, wer wir wirklich sind*. [online]. 1999 [cit. 2009-10-25]. Přístupné z WWW: <http://www.fischer-bartelmann.de/Bulletin/10/Artikel10-1WerdenWer.html/>.
  - PIAGET, J. (2001). *Psychologie dítěte*. 4. vyd. Praha: Portál, 2001. 143 s. ISBN 80-7178-608-X.
  - PLUTCHIK, R. A. (1980). General psychoevolutionary theory of emotion. In R. Plutchik, H. Kellerman (eds.). *Emotion : theory, research, and experience*. New York: Academy, 1980, 1. chapter. pp 3-33.
  - POINTON, C. (2004). The future of trauma work. *Counselling & Psychotherapy Journal*, 2004, vol. 15, no.4, pp. 10-13.
  - PORTERFIELDOVÁ, K. M. (1998). *Jak se vyrovnat s následky traumatu*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1998. 143 s. ISBN 80-7106-262-6.
  - PRAŠKO, J. (2004). Posttraumatická stresová porucha. In D. Seifertová, J. Praško, C. Höschl (eds.). *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune Group, 2004, 14. kapitola. s. 252-270. ISBN 80-86694-06-2.

- PREISS, M. (2009). Trauma a posttraumatický růst. *Psychiatrie pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 1, s. 8-11.
- PREKOPOVÁ, J. (2000). *Malý tyran*. 4.vyd. Praha: Portál, 2000. 156 s. ISBN 80-7178-485-0.
- PRICE, C. (2005). Body-oriented therapy in recovery from child sexual abuse : an efficacy study. *Altern ther health med*. 2005, vol. 11, no. 5, pp. 46-57.
- PROCHASKA, J. O, NORCROSS, J. C. (2001). *Psychoterapeutické systémy*. 1.vyd. Praha: Grada, 2001. 479 s. ISBN 80-7169-766-4.
- RANCOURT, B. (2008). *Zbavit se minulosti : jak léčit dávná emoční zranění*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 208 s. ISBN 978-80-7367-363-5.
- REESE, E. (2002). Social factors in development of autobiographical memory : the state of art. *Social development*. 2002, vol. 11, no. 1. pp. 124-142.
- REICH, W. (1993). *Funkce orgasmu : sex ekonomické problémy biologické energie*. 1.vyd. Praha:Concordia, 1993. 288 s. ISBN 80-901389-1-8.
- RESICK, P. A. (2001). *Stress and trauma*. 1st ed. Philadelphia: Taylor Francis, 2001. 216 p. ISBN 978-1841691909.
- RITCHIE, J., SPENCER, L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. In A. Bryman, R. G. Burgess (eds.). *Analysing qualitative data*. London: Routledge, 1994. pp 135-153. ISBN 978-0415060639.
- ROGERS, C. R. (2000). *Klientom centovaná terapia, jej súčasná praxe, aplikácia a teória*. 1. vyd. Modra: Persona, 2000. 497 s. ISBN 80-967980-3-0.
- ROGERS, C. R. (1998). *Způsob bytí : klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. 1.vyd. Praha: Portál, 1998. 292 s. ISBN 80-7178-233-5.
- RÖHRICHT, F., PRIEBE, S. (2006). Effect of body oriented psychological therapy on negative symptoms in schizofrenia : a randomised controlled trial. *Psychological medicine*. 2006, no. 36, pp. 669-678.
- ROSENZWEIG, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American journal of orthopsychiatry*. vol. 6, pp. 412-415.
- ROTHBAUM, B. O., ET AL. (2000). Cognitive – behavioral therapy. In E. Foa, T. Keane, M. J. Friedman (eds.). *Effective treatments for PTSD*. New York: The Guilford Press, 2000, 16. chapter, pp. 320-326. ISBN 1-59385-014-X.
- ROTH-BILZ, A. (2010a). Theorie der Pessotherapie : Pessotherapie einzeltherapie. [online]. 2010 [cit. 2010-2-10]. Přístupné z WWW: <http://www.almuthroth.de/theorie-der-pessotherapie-aufsatz2.html>/>.
- ROTH-BILZ, A. (2010b). Theorie der Pessotherapie : Pessotherapie-Grundlagen und methode. [online]. 2010 [cit. 2010-2-10]. Přístupné z WWW: <http://www.almuthroth.de/theorie-der-pessotherapie-aufsatz1.html>/>.

- ROTH-BILZ, A. (2010c). Was ist Pessotherapie? [online]. 2010 [cit. 2010-2-10]. Přístupné z WWW: <http://www.almuthroth.de/pessotherapie.html>.
- ROTHSCHILD, B. (2000). *The body remembers : the psychophysiology of trauma and trauma treatment*. 1st ed. New York: W. W. Norton & Company, 2000. 224 s. ISBN 0-393-7032-74.
- RÜEGG, J. C: (2007). *Gehirn, psyché und körper*. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 2007. 243 s. ISBN 978-3-7945-2573-7.
- ŘÍČAN, P. (2007). *Psychologie osobnosti*. 5.vyd. Praha: Grada, 2007. 196 s. ISBN 978-80-247-1174-4.
- SCARFF, M. (2005). *Secrets, lies, betrayals: how the body holds the secrets of life, and how to unlock them*. 1st ed. New York: Ballantine books, 2005. 344 p. ISBN 0-345-48117-8.
- SEDLÁKOVÁ, Z. (2003). *Práce se tělem v psychoterapii*. Praha: Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra psychologie, 2003. 155 s. Vedoucí diplomové práce. MUDr. Mgr. Radvan Bahbouh, Ph.D.
- SELIGMAN, M. E. P., LINLEY, P. A. (2004). *Positive psychology in practice*. 1st ed. New Jersey: John Wiley & Sons, 2004. pp. 1-56. ISBN 978-0471459064.
- SERVAN-SCHREIBER, D. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing : is psychiatry missing the point? *Psychiatric times*. 2000, vol. 3, pp. 36-40.
- SHAPIRO, F., FORREST, M. S. (2004). *EMDR : The breakthrough „eye movement“ therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*. 1st ed. New York: Basic books, 2004. p. 325. ISBN 978-0465043019.
- SHEIKH, A. I. (2008). Posttraumatic growth in trauma survivors : implications for practise. *Counselling psychology quarterly*. 2008, vol. 21, no. 1, pp. 85-97.
- SCHACHTEL, E. G. (1947). On memory and childhood amnesia. *Psychiatry*. 1947, vol. 10, pp. 1-26.
- SCHMOOKLER, E. (1996). *Trauma treatment manual*. Berkley: [s. n.], 1996. p. 19.
- SCHNURR, P. (2009). The changing face of PTSD diagnosis. *Journal of traumatic stress*. 2009, vol. 22, no. 1, pp. 1-2.
- SCHRENKER, L. (2005). Der psychotherapeutische prozess in der Pessotherapie (PBSP). In K. D. S. Sulz, L. Schrenker, Ch. Schrickler (eds.). *Die psychotherapie entdeckt den körper*. München: CIP Medien, 2005. s. 337-373. ISBN 978-3-932096-38-X.
- SCHRENKER, L. (2010). Die Behandlung traumatischer Störungen mit Pessotherapie (PBSP). [s. n.]. 2010, 14 s.
- SCHRENKER, L. (2008). *Pessotherapie : das wissen zur heilung liegt in uns*. 1. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 2008. 332 s. ISBN 978-3-608-89075-4

- SCHRENKER, L., FISCHER-BARTELMANN, B. (2003). Pesso Boyden system psychomotor (PBSP). Pesso-therapie- ein in Deutschland neues ganzheitliches Verfahren einer körperorientierten Form der Gruppentherapie. *Psychotherapie* 8. 2003, Nr. 8, Jg 2, s. 306-314.
- SCHRENKER, L., FISCHER-BARTELMANN, B. (2004). Pesso-therapie in der arbeit mit paaren. *Psychotherapie* 9. 2004, Nr. 9, Jg 2, s. 295-309.
- SCHROOTS, J. J. F., VAN DIJKUM, C., ASSINK, M. H. J. (2004). Autobiographical memory form and lifespan perspective. *International journal of aging and human development*. 2004, vol. 58, pp. 91-115.
- SIEGEL, D. J. (1999). *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*. 1st ed. New York: Guilford Press, 1999. pp. 1-38. ISBN 9781572304536.
- SIŘÍNEK, J. (2005). Fiktivní kasuistika demonstrující základní nástroje PBSP. [online]. 2005 [cit. 2009-11-10]. Přístupné z WWW: <http://www.pbsp.cz/texty/Fiktivn%ED%20kasuistika.htm/>.
- SIŘÍNEK, J. (2008). Vývojová psychopatologie a body work. Pojednání o nepokrevních příbuzenských vztazích mezi psychoterapeutickými školami. *Psychoterapie*. 2008, roč. 2, č. 1, s. 21-26.
- SMÉKAL, V. (2004). *Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 2. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2004. 523 s. ISBN 80-86598-65-9.
- SMITH, E.V. L. (2007). *Tělo v psychoterapii*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 205 s. ISBN 978-80-7367-144-0.
- SOLOMON, E. P., HEIDE, K. M. (2005). The biology of trauma implications for treatment. *Journal of interpersonal violence*. 2005, vol. 20, no. 1, pp. 51-60.
- SPITZ, R. A. (1949). The role of ecological factors in emotional development in infancy. *Child development*. 1949, vol. 20, no. 3.
- SQUIRE, L. R., ZOLA MORGAN, S. (1991). The medial temporal lobememory system. *Science*. 1991, vol. 153, pp. 2380-2386.
- STEELE, K. H. (1989). A model for abreaction with MPD and other dissociative disorder. *Dissociation*. 1989, vol. 11, no. 3, pp. 151-159.
- STERN, D. N. (2008). Forms of relational meaning : issues in the relations between the implicit and reflective-verbal domains. *Psychoanalytic dialogues*. 2008, vol. 18, pp. 125-148.
- STERNBERG, R. J. (2002). *Kognitivní psychologie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 636 s. ISBN 80-7178-376-5.
- STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu : postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
- STUHLÍKOVÁ, I. (2002). *Základy psychologie emocí*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 226 s. ISBN 80-7178-553-9.

- SWEET, A. (1995). A theoretical perspective on the clinical use of EMDR. *The Behavior Therapist*. 1995, vol. 18, pp. 5–6.
- TEDESCHI, R. G., CALHOUN, L. G. (2006). Expert companions : posttraumatic growth in clinical practice. In R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun (eds.). *Handbook of posttraumatic growth. Research and practise*. Mahwah.: Erlbaum, 2006, 15. chapter. pp 291-310. ISBN 0-8058-5196-8.
- TEDESCHI, R. G., CALHOUN, L. G. (2004). Posttraumatic growth : conceptual foundations and empirical evidence. *Psychology inquiry*. 2004, vol. 15, no. 1, pp. 1-18.
- TEDESCHI, R. G., CALHOUN, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory : measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*. 1996, vol. 15, no. 9, pp. 455-471.
- TEDESCHI, R. G., PARK, C. L., CALHOUN, L. G. (1998). *Posttraumatic growth : positive changes in the aftermath of crisis*. 1st ed. Mahwah: Erlbaum, 1998. 272 p. ISBN 978-0805823196.
- THOMPSON, R. A. (2008). Early attachment and later development. In J. Cassidy, P. R. Shaver (eds.). *Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford, 2008. pp 348-365. ISBN 9781606230282.
- TINBERGEN, N. (1951). *The study of instinct*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press, 1951. 250 p. ISBN 978-0198577225.
- TRAUER, H. C., PENNEBAKER, J. W. (1993). *Emotion, inhibition and health*. 1st ed. Toronto: Hogrefe & Huber Publishing, 1993. 280 p. ISBN 978-0889370609
- SCHREIBER, M., MAREŠOVÁ, D. (2004). Fyziologie žláz s vnitřní sekrecí. In S. Trojan, at al. (eds). *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2003, 14. kapitola. s. 475-508. ISBN 80-247-0512-5.
- VÁGNEROVÁ, M. (2005). *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
- VALENT, P. (1998). Introduction to survival strategies. *From survival to fulfillment : a framework for the life-trauma dialectic*. 1st ed. Philadelphia: Brunner/ Mazel, (1998), 7. chapter. pp. 115-123. ISBN 0-8763-3092-8.
- VAN DER KOLK, B. (2007). About Dr. van der Kolk. [online]. 2007 [cit. 2010-1-20]. Přístupné z WWW: <http://www.traumacenter.org/products/publications.php>.
- VAN DER KOLK, B., VAN DER HART, O., MARMAR, CH. R. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In B. van der Kolk, A. C. Mc Farlane, L. Weisaeth (eds.). *Traumatic stress : The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. 1st ed. New York: The Guilford Press, (1996), 13. chapter. pp. 303-330. ISBN 978-1572300880.
- VAN DER KOLK, B., FISLER, R. (1995). Dissociation & fragmentary nature of traumatic memories : overview & exploratory study. *Journal of traumatic stress*. 1995, vol. 8, no. 4, pp. 505-525.
- VAN DER KOLK, B., VAN DER HART, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry*. 1989, vol. 146, no. 12, pp. 1530-1540.



- VAN DER KOLK, B. (1994). The body keeps the score : memory and the emerging psychobiology of post traumatic stress. *Harvard review of psychiatry*. 1994, vol. 5, no. 1, pp. 253-265.
- VAN DER KOLK, B. (1988). The trauma spektrum : the interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response. *Journal of traumatic stress*. 1988, vol. 1, no. 3, pp. 273-287.
- VAN DER KOLK, B. (1998). Trauma and memory. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 1998, vol. 52, pp. 97-109.
- VAN DER KOLK, B. (1996). Trauma and memory. In B. van der Kolk, A. C. Mc Farlane, L. Weisaeth (eds.). *Traumatic stress : The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. 1st ed. New York: The Guilford Press, (1996), 12. chapter. pp. 279-302. ISBN 978-1572300880.
- VESELÁ, I. (2008). *Krize a posttraumatický růst : možnosti a metafory krize*. Praha: Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra psychologie, 2008. 133 s. Vedoucí rigorózní práce. MUDr. Mgr. Radvan Bahbouh, Ph.D.
- VIZINOVÁ, D., PREISS, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD) : psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 158 s. ISBN 80-7178-284-X.
- VODÁČKOVÁ, D., ET AL. (2002). *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-0.
- VONDRÁČEK, V. (1983). *Konání a jeho poruchy*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1983. 417 s.
- VRTBOVSKÁ, P. (2010). *O ztraceném dítěti & cestě do bezpečí : attachment, poruchy attachmentu a léčení*. 1. vyd. Tišnov: SCAN, 2010. 128 s. ISBN 80-86620-20-4.
- VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. (2010). *Současná psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 744 s. ISBN 978-80-7367-682-7.
- VYGOTSKIJ, L. S. (2004). *Psychologie myšlení a řeči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 135 s. ISBN 80-7178-943-7.
- VYMĚTAL, J. (2007). *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. 340 s. ISBN 80-247-0723-3.
- VYMĚTAL, J. (2003). *Úvod do psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2003. 262 s. ISBN 80-247-0253-3.
- WÄCHTER, S. (2009). *Pesso-psychotherapie (PBSP) – eine Evaluationsstudie zur Wirksamkeit*. 1. Aufl. München: CIP-Medien, 2009. 160 s. ISBN 978-3-932096-67-9.
- WHIPPLE, N., BERNIER, A., MAGEAU, G. A. (2009). Attending to the exploration side of infant attachment : contributions from self-determination theory. *Canadian psychology*. 2009, vol. 50, no. 4. pp. 219-229.
- WHITE, M., EPSTON, D. (1992). *Experience, contradiction, narrative & imagination : selected papers of David Epston & Michael White 1989-1991*. 2nd ed. Adelaide: Dulwich Centre Publications, 1992. 206 p. ISBN 978-0646094557.

- WILLIAMS, M. B., POIJULA, S. (2002). *The PTSD workbook : simple, effective, techniques for overcoming traumatic stress symptoms*. 1st ed. Oakland: New Harbinger Publications, 2002. 273 p. ISBN 978-1572242821.
- WINNICOTT, D. W. (1998). *Lidská přirozenost*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 143 s. ISBN 80-8-123-05-7.
- YOUNG, C. (2010). What is Body – Psychotherapy? A European perspective. [online]. 2010 [cit. 2010-12-11]. Přístupné z WWW: <http://eabp.org/docs/WhatIsBodyPsychotherapy.pdf>.
- ZEIG, J. K. (2005). *Umění psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 710 s. ISBN 80-7178-972-0.

# PŘÍLOHY

## Příloha 1. Přehled základních pojmů PBSP

Protože považujeme za důležité, aby se čtenář mohl lehce zorientovat ve specifických pojmech používaných PBSP metodou, rozhodli jsme se zařadit do příloh vymezení základních termínů dané metody. Tento přehled neslouží jako komplexní vymezení teorie PBSP a podrobnější objasnění termínů v širším kontextu je uvedeno v příslušných kapitolách.

### **SFÉRA MOŽNOSTÍ (Possibility sphere)**

Psychologický prostor, ve kterém klient pracuje. Je to „prázdný“ prostor vyzývající klienta k tomu, aby ukázal části vlastního já, které ukrýval, nebo je nikdy vědomě nepoznal, nepojmenoval, neohodnotil a neinternalizoval v egu.

### **MICROTRACKING**

Specifická technika v PBSP, při níž terapeut sleduje proměňující se emocionální a tělové stavy během sezení a pomáhá je klientovi zvědomovat jejich pojmenováním.

### **POSTAVA SVĚDKA (Witness figure)**

Společně s hlasem je nástrojem procesu zvaného microtracking. Tato symbolická, pečující, soucitná osoba objevující se skrz ústa terapeuta sleduje a reaguje na citové stavy klienta a dává jim jména, oprávnění a požehnání.

### **HLAS (Voice figure)**

Daný nástroj microtrackingu se objevuje skrz ústa terapeuta. Postava hlasu vyslovuje nahlas postoje a životní přesvědčení klienta o sobě a situacích, jako by to byly jeho vnitřní hlasy.

### **BOOKMARK**

Tento PBSP pojem je jakýsi mezikrok mezi historickou a antidotární scénou. Bookmark neznamená přítomnost ideální osoby, ale nastiňuje tuto možnost v mysli klienta.

### **PLACEHOLDER**

Tento PBSP pojem značí jakousi databanku vzpomínek, myšlenek a pocitů klienta týkající se nějaké postavy z jeho historie, kterou má nyní v mysli a kterou externalizuje pomocí jakéhokoli předmětu v roli symbolu. Jedná se tedy o neurologickou databázi v mozku jedince, která má schopnost probouzet emoce.

### **TVAR/ PROTITVAR (Shape/countershape)**

Je-li tvarem emoce/akce klienta, je protitvarem vytoužená, uspokojující reakce na tuto emoci/akci. Když se dítě třese zimou, adekvátní reakcí na tuto akci je zahřát dítě v náručí.

### **TŘI PSYCHOMOTORICKÉ SYSTÉMY (Three psychomotor system)**

PBSP specifikuje tři základní pohybové systémy u lidí: reflexní, volní a emocionální.

#### **VNITŘNÍ ZRAK (Mind's Eye)**

Jestliže pomyslíme na určitou událost, osobu nebo prostředí, v naší mysli se objeví "obraz".

A. Pesso nazývá tento jev jako "dívání se na vnitřní obrazovku", dívání se "vnitřním zrakem".

#### **MENTÁLNÍ TĚLO (Mind's Body)**

Jakmile jedinec začne myslet na určitou činnost, osobu či situaci, vnitřní obraz této aktivity spontánně vyvolá reakci těla. Činnost mentálního těla je úzce spojen s pamětí.

#### **PILOT (Pilot)**

Pojmenování integrující, koordinační a rozhodovací mentální funkce, která je ve styku s emočním i kognitivním obsahem.

### **5 ZÁKLADNÍCH POTŘEB (Basic needs)**

Lidé mají pět základních potřeb: místo, péče, podpora, ochrana a omezení (limits). Základní potřeby musí být uspokojeny rodiči v období dětství, aby se mohlo vyvíjet ego dítěte a aby se dítě stalo svým skutečným já. Potřeby procházejí třemi základními stádii: doslovné a konkrétní /symbolické /autonomní.

#### **1. Potřeba MÍSTA (place)**

Obyvatelný, vlídný a vstřícný prostor pro život dítěte. Na začátku je to děloha, po narození pak rodičovská náruč, srdce a mysl rodičů, a vlastní prostor doma u rodičů. Později se mění na místo ve světě. Schopnost cítit se doma, přesvědčení, že tu "jsem správně" a nejsem "mimo".

#### **2. Potřeba VÝŽIVY (nurturance / péče)**

Akt péče o ty dětské potřeby, které obrazně udržují život – jako například kojení, krmení, péče, mytí, hýčkání, hlazení atd. V pozdějším období se tyto potřeby mění na symbolické krmení a péči způsobem, který psychologicky udržuje život – jako je poplácání po rameni, ohodnocení, obdiv apod. Kdo je v tomto smyslu "dobře živen" má pocit plnosti, naplnění, nasycení.

#### **3. Potřeba PODPORY (support)**

Akt podpory a péče o dítě, které je ještě malé na to, aby se samo postavilo nebo chodilo. Ruce a klín rodiče poskytují tuto podporu. Později se mění na psychologickou podporu, rodič „stojí za dítětem.“ Lidé, kteří mají z dětství bohatou zkušenost s dostatkem podpory, si jí dokáží v dospělém životě dobře zajistit, mají energii a necítí se bezmocně vydaný na pospas okolnostem.

#### **4. Potřeba OCHRANY (protection)**

Akt obrany jemné zranitelnosti dítěte proti fyzickému poranění. Rodiče poskytují dítěti tuto ochranu postavením pevného štítu vlastního těla mezi dítě a možný kontakt s tvrdými povrchy nebo s jiným nebezpečím. Později se přemění na psychologickou obranu nebo ochranu, například blokování

slovního nebo psychologického poranění. Získává-li člověk včas zkušenost, že je chráněn - pocit bezpečí a schopnost žít aktivně, bez přehnaného pocitu ohrožení.

#### 5. Potřeba LIMITŮ (limits)

Akt fyzického bránění dítěti, aby neškodilo sobě, ostatním nebo aby neničilo vzácné předměty. V pozdějších letech se mění ve verbální nebo psychologická omezení. Být definován - vědět, kdo jsem a kdo nejsem, odkud kam sahá můj vliv a kde začíná vliv druhých.

### **ZÁKLADNÍ VÝVOJOVÉ ÚKOLY**

1. Integrace polarit (Integration of polarities)
2. Rozvinutí vědomí (Development of consciousness)
3. Rozvoj pilota (Development of pilot)
4. Rozvoj jedinečnosti (Realization of uniqueness)

### **TŘI FORMY NEADEKVÁTNÍ SATURACE POTŘEB**

1. Deficitní forma
2. Traumatická forma
3. forma Mezery v rolích

### **CVIČENÍ**

V úvodní fázi léčby se klienti připravují k účasti v psychoterapeutickém procesu za pomoci cvičení. Těmito cvičeními se zvyšuje klientova citlivost k přítomnosti, podstatě a významu tělových signálů a motorických projevů. Tělesné obtíže a příznaky se pro klienta promění z cizorodých prvků ve zdroj hodnotných informací, které mohou podněcovat náležitou akci a interakci. Cvičení také podporují skupinovou kohezi, neboť členové skupiny si na sebe zvykají vytvářením dojmů o vlastnostech a citlivosti druhých. Pozorností k individuálním odlišnostem i univerzalitě potřeb roste vzájemná důvěra a respekt.

### **STRUKTURA**

Název terapeutického sezení v PBSP terapii, který trvá 50 minut jako individualizované sezení jednoho člena na pozadí skupiny.

Proces struktury se odvíjí ve čtyřech krocích:

1. Tady a teď („skutečná scéna“)
2. Minulost („historická scéna“) - tehdy a tam
3. Antidotum („protilék“) – tehdy a tam s ideálními postavami
4. Nová percepce a integrace ("nová mapa")

### **AKOMODACE**

Hraním rolí členové skupiny představují důležité aspekty osob z klientovy minulosti a současného života. Postavy hrající role neimprovizují, jako v psychodramatu podle J. Morena,

ale akomodují ve směrech klientova vyjádření energie modifikací způsobů, jak sedí, dívají se, poskytují a udržují fyzický kontakt během interakcí s klientem. Se dvěma členy skupiny vybranými do archetypálních rolí ideálních rodičů může klient experimentovat s tělesnou blízkostí, podporou a fyzickým ohraničením a s potřebami z dětství, které mohou být na této symbolické úrovni naplněny. Tato symbolicko-fyzická reprezentace vnitřních objektních vztahů z dětství je pro Pesso Boyden psychoterapii charakteristická.

#### **SDÍLENÍ (Sharing time)**

Časový úsek následující bezprostředně po struktuře, kdy jsou členové skupiny vyzváni, aby sdíleli své prožitky a emoce, které se jim vybavily při sledování struktury. Není to čas na zpětnou vazbu, analýzu nebo konfrontaci s klientem, který ve struktuře pracoval.

#### **CHECK-IN FÁZE**

Úvodní etapa terapeutického sezení, v rámci níž se učí osoby obracet pozornost více ke svým pocitům a potřebám, než k dokonalému převypravování příběhů a učí se vzájemně sdílet své prožívání a naslouchat druhým.

#### **CHECK-OUT FÁZE**

Poslední etapa terapeutického procesu, kdy skupina sedí opět v kruhu. Úkolem této etapy je propojovat jedince s vlastní žitou realitou mimo prostor terapeutické skupiny.

#### **HISTORICKÁ SCÉNA**

Jedná se o jednu z časových rovin, ve které probíhá struktura. V jejím rámci poskytuje klient základní informace o své dávné historii a o tom, co v ní nebylo naplněno.

#### **SYMBOLICKÁ, ANTDOTÁRNÍ SCÉNA**

V rámci této časové roviny dochází k emočně korektivní zkušenosti, která má podobu antidota, nebo-li protiléku na neadekvátní minulé zážitky. Terapeutická práce probíhá v současnosti s ohledem na nenaplněné historické zážitky.

#### **ROLE TERAPEUTA V PBSP**

V PBSP terapeut podporuje klienta a pomáhá mu vytvářet bezpečné rituální prostředí, kde lze při vzpomínce na deficitní minulost dostat adekvátní interakce s ideálními postavami. Terapeut není ten, kdo přináší témata ani není poskytovatelem léčivé zkušenosti, je pouze facilitátorem terapeutického procesu.

#### **IDEÁLNÍ POSTAVY (Ideal figure)**

Ideální postavy jsou zcela virtuálními, symbolickými postavami, které představují členové skupiny nebo určité symboly. Ideální postava je vytvořena tak, aby co nejvíce odpovídala potřebám klienta ve struktuře a aby tyto potřeby mohly být symbolicky prožity a uspokojeny.

#### **POZITIVNÍ AKOMODACE (Positive accommodation)**

Přesná, shodná a příslušná reakce vyjádřená slovy, pohyby a dotykem, která má uspokojit vyjádřené potřeby klienta ve struktuře.

#### **ANTIDOTUM (Antidote)**

Antidotum tvoří tzv. „protilék“ na deficity, traumatické zážitky a vzpomínky na mezery v rolích. Je součástí ideální scény, kde dochází k adekvátní saturaci potřeb z klientovy historie. Zážitek antidota svými hlubokými tělovými vjemy a uspokojením nevy mazává starou mapu, ale funguje jako nová syntetická paměť, poskytující alternativu ke klientovu předchozímu způsobu vnímání a jednání, která je protíváhou (nová mapa) starému negativnímu podmiňování (stará mapa). Získáním tohoto alternativního podnětu verbální i neverbální cestou se u klienta vyvíjí realističtější vnímání sebe sama i druhých, které vede k optimističtější rekonstrukci osobního nahlížení skutečnosti.

#### **ALTERNATIVNÍ ZÁZNAM V PAMĚTI (Alternative memory in past)**

Vytváření nové syntetické paměti je hlavním smyslem a cílem PBSP terapie. V jejím průběhu klient zažívá nové alternativní zkušenosti vzhledem ke své minulosti s ideálními postavami, které v jeho historii chyběly. Ideální postavy plní deficity potřeb z dětství. Tato nová pozitivní vzpomínka ve formě zkušenosti zůstává v paměti klienta a ovlivňuje jeho další život.

#### **SKUTEČNÉ JÁ (True self)**

Skládá se z jedinečných vrozených individuálních vlastností. Je definováno jako to „kdo skutečně jsem“. Přicházíme s ním na svět v podobě našeho potenciálu, naše jádra, naší duše.

#### **EGO**

Je vytvořeno na základě interakcí s vnějším světem. Psychologická hranice osoby tvoří jakási pomyslná „kůže SKUTEČNÉHO JÁ“. Ego „rozhoduje“, co přijmout a co vyloučit při základním historickém učení. Poznává skutečné Já, řídí a reguluje jeho vyjádření a realizaci. Pracuje se symboly a abstrakcemi. Je to psychologický orgán, který odlišuje: já a ostatní, skutečnost a fantazie, sen a bdělost apod.

#### **VLASTNÍ JÁ (Self)**

Představuje to, co nabízíme vnějšimu světu. Obsahuje vše, čím se každý z nás stal, naši identitu a osobnost, jak je prezentujeme v denním životě podle specifických vzorců chování. Je to, co bylo z DUŠE (SKUTEČNÉHO JÁ) uskutečněno pod vlivem vývoje EGA. Může a nemusí být ve shodě se „skutečným já“. Čím více je EGU umožněno rozvinout potenciál DUŠE, tím více je SELF v souhlasu s DUŠÍ.

## **Příloha 2. Informovaný souhlas I**

### INFORMOVANÝ SOUHLAS

---

Potvrzuji svým podpisem, že jsem převzala od Diabasis, zastoupené Mgr. Michaelem Vančurou, devět kopií psychoterapeutických struktur PBSP pocházejících z pilotní studie „Efekt dvou sezení PBSP psychoterapie na aktivaci mozku v odpovědi na stimuly evokující trauma“ a 11 kopií nahrávek PBSP struktur z výcvikové skupiny.

Zavazuji se, že tyto nahrávky použiji anonymizovaně pouze pro svoji odbornou práci, nebudu je nikomu dalšímu ukazovat ani z nich pořizovat kopie. Transkripce a překlad daných materiálů nebudu publikovat, aby nedošlo k jakékoli identifikaci výzkumných osob. Nahrávky vrátím v domluvený termín zpět do rukou M. Vančury.

Michael Vančura  
předseda Diabasis

Zuzana Čepelíková

V Praze dne 14.9.2010



## Příloha 3. Informovaný souhlas II

### INFORMOVANÝ SOUHLAS

---

Milí a vážení účastníci výzkumu A. Pessa v ČR,

na základě supervizní spolupráce Yvony Lucké, doporučení A. Pessa a po dohodě s Michaellem Vančurou za sdružení Diabasis Vás oslovuji s prosbou ohledně konané pilotní studie Výzkumu efektu terapeutického sezení PBSP.

V rámci psaní mé rigorózní práce na Univerzitě Karlově v Praze nesoucí název **Psychologický pohled na Pesso Boyden psychomotorickou terapii při práci s traumatizovanými jedinci** pod vedením PhDr. V. Junkové Vás oslovuji o pomoc. Na doporučení A. Pessa, M. Vančury a Y. Lucké se na Vás obracím s prosbou o svolení použití přepisu nahrávek Vašich proběhlých struktur. Ráda bych navázala ve své rigorózní práci na světovou česko-americkou pilotní studii a na výzkumnou část diplomové práce Možnosti a meze Pesso Boyden psychomotorické terapie při práci s traumatizovanými klienty. Mým záměrem je rozšíření práce o pohled na určité jevy procesu PBSP a získání nových poznatků pro práci s traumatizovanými klienty.

Součástí rigorózní práce je empirická část, která zkoumá pomocí obsahové analýzy a induktivní statistiky specifika terapeutické práce s klienty traumatizovanými a s jedinci bez aktuálně se vyskytujících posttraumatických symptomů. Ve výzkumu se užívají přepisy proběhlých struktur s ohledem na důkladnou anonymizaci dat. Anonymizace dat zajišťuje, aby příběh ani žádné osobní údaje nevedly k odhalení totožnosti jedince ve výzkumu. Zároveň jsem vázaná mlčenlivostí, která se týká veškerých Vámi poskytnutých dat a shlednutých nahrávek. Nebudou prezentovány transkripce videonahrávek, ani pořizovány kopie těchto prepisů či videonahrávek.

Po odevzdání rigorózní práce budete seznámeni s výsledky výzkumu a bude Vám v případě zájmu poskytnuta tato práce.

Ráda bych Vás požádala o vyjádření Vašeho postoje k možnosti užití těchto videonahrávek s podporou a spoluprací A. Pessa, Y. Lucké, M. Vančury na adresu Michaela Vančury [redacted] V případě jakýchkoli dotazů je mne možné kontaktovat na tel. [redacted]

S poděkováním  
Zuzana Čepelíková

V Praze dne 11.7. 2010

Samozřejmostí je anonymizace použitých dat a mlčenlivost o všech získaných datech a informacích, kterou stvrzuji svým podpisem.

-----  
Mgr. et Mgr. Zuzana Čepelíková  
absolventka psychologie, FF UK

Souhlasím s účastí ve výzkumu a s anonymním využitím výsledků a informací z videonahrávek struktur pro zpracování diplomové práce.  
Dále jsem obdržel/a 1 výtisk informovaného souhlasu a mé dotazy byly uspokojivě zodpovězeny.

-----  
podpis respondenta

V Praze dne.....

## Příloha 4. Informovaný souhlas III

### INFORMOVANÝ SOUHLAS

---

Milí a vážení frekventanti výcviku PBSP,

na základě supervizní spolupráce Yvony Lucké, doporučení A. Pessa a po dohodě s Michaellem Vančurou za sdružení Diabasis Vás oslovuji s prosbou ohledně konané pilotní studie Výzkumu efektu terapeutického sezení PBSP.

V rámci psaní mé rigorózní práce na Univerzitě Karlově v Praze nesoucí název **Psychologický pohled na Pesso Boyden psychomotorickou terapii při práci s traumatizovanými jedinci** pod vedením PhDr. V. Junkové Vás oslovuji o pomoc. Na doporučení A. Pessa, M. Vančury a Y. Lucké se na Vás obracím s prosbou o svolení použití přepisu nahrávek Vašich proběhlých struktur. Ráda bych navázala ve své rigorózní práci na světovou česko-americkou pilotní studii a na výzkumnou část diplomové práce Možnosti a meze Pesso Boyden psychomotorické terapie při práci s traumatizovanými klienty. Mým záměrem je rozšíření práce o pohled na určité jevy procesu PBSP a získání nových poznatků pro práci s traumatizovanými klienty.

Součástí rigorózní práce je empirická část, která zkoumá pomocí obsahové analýzy a induktivní statistiky specifika terapeutické práce s klienty traumatizovanými a s jedinci bez aktuálně se vyskytujících posttraumatických symptomů. Ve výzkumu se užívají přepisy proběhlých struktur s ohledem na důkladnou anonymizaci dat. Anonymizace dat zajišťuje, aby příběh ani žádné osobní údaje nevedly k odhalení totožnosti jedince ve výzkumu. Zároveň jsem vázaná mlčenlivostí, která se týká veškerých Vámi poskytnutých dat a shlednutých nahrávek. Nebudou prezentovány transkripce videonahrávek, ani pořizovány kopie těchto prepisů či videonahrávek.

Po odevzdání rigorózní práce budete seznámeni s výsledky výzkumu a bude Vám v případě zájmu poskytnuta tato práce.

Ráda bych Vás požádala o vyjádření Vašeho postoje k možnosti užití těchto videonahrávek s podporou a spoluprací A. Pessa, Y. Lucké, M. Vančury na adresu Michaela Vančury [redacted] V případě jakýchkoli dotazů je mne možné kontaktovat na tel. [redacted]

S poděkováním  
Zuzana Čepelíková

V Praze dne 11.7. 2010

Samozřejmostí je anonymizace použitých dat a mlčenlivost o všech získaných datech a informacích, kterou stvrzuji svým podpisem.

-----  
Mgr. et Mgr. Zuzana Čepelíková  
absolventka psychologie, FF UK

Souhlasím s účastí ve výzkumu a s anonymním využitím výsledků a informací z videonahrávek struktur pro zpracování diplomové práce.  
Dále jsem obdržel/a 1 výtisk informovaného souhlasu a mé dotazy byly uspokojivě zodpovězeny.

-----  
podpis respondenta

V Praze dne.....