

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra Psychologie

# RIZIKA LAICKÉ TERAPIE A JEJÍ VLIV NA PSYCHIKU JEDINCŮ

RISKS OF LAY THERAPY AND ITS IMPACT ON  
INDIVIDUALS' EXPERIENCE



**Magisterská diplomová práce**

Autor: Bc. Klára Katrušáková  
Vedoucí práce: PhDr. Romana Mazalová, Ph.D.

Olomouc  
**2024**

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „Rizika laické terapie a její vliv na psychiku jedinců“ vypracovala samostatně, pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V ..... dne .....

Podpis .....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda vyjádřila svou upřímnou vděčnost těm, kteří mi v průběhu mého studia a psaní této diplomové práce poskytli svou podporu, povzbuzení a inspiraci.

Především bych chtěla poděkovat své vedoucí práce PhDr. Romaně Mazalové, Ph.D. za její nekonečnou trpělivost, cenné rady a neustálou podporu. Za veškerý čas a doporučení v oblasti metodologie bych ráda poděkovala Mgr. Ivu Černíkovi.

Děkuji své rodině za oporu a vytvoření prostředí, které mi umožnilo věnovat se studiu. Děkuji svému partnerovi a přátelům za veškerou útechu a motivaci při psaní této práce. Děkuji svým spolubydlícím, které mi vykouzlily úsměv na rtu i v těch nejtěžších chvílích.

V neposlední řadě patří velké díky respondentkám, které byly ochotny sdílet svou zkušenost a bez nichž by tato práce nemohla vzniknout.

# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>7</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>9</b>
<b>1 MOŽNOSTI V OBLASTI PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ .....</b>	<b>10</b>
1.1 Psychologická péče .....	14
1.1.1 Psycholog v klinické praxi .....	14
1.1.2 Psycholog v oblasti poradenství .....	15
1.2 Psychosociální podpora a psychoterapie .....	17
1.3 Psychiatrická péče .....	18
1.4 Krizová péče.....	19
<b>2 VYBRANÁ TERMINOLOGIE V OBLASTI DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ.....</b>	<b>21</b>
2.1 Stres .....	21
2.2 Krize.....	23
2.3 Trauma .....	25
2.4 Úzkost .....	27
2.5 Deprese .....	29
<b>3 PSYCHOTERAPIE.....</b>	<b>31</b>
3.1 Vymezení pojmu psychoterapie.....	31
3.2 Účinné faktory v psychoterapii.....	33
3.2.1 Obecné faktory v psychoterapii .....	33
3.2.2 Specifické účinné faktory v psychoterapii .....	35
3.3 Etické aspekty psychoterapeutické práce .....	38
3.4 Negativní účinky psychoterapie.....	40
<b>4 LAICKÁ TERAPIE .....</b>	<b>42</b>
4.1 Vymezení pojmu laická terapie .....	42

4.2 Vybrané techniky laické terapie.....	45
4.3 Účinné faktory v laické terapii .....	46
4.4 Rizikové faktory v laické terapii .....	47
4.5 Současná problematika laické terapie v České republice.....	48
<b>EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>50</b>
<b>5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....</b>	<b>51</b>
5.1 Cíle výzkumu .....	51
5.2 Výzkumné otázky .....	52
<b>6 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU.....</b>	<b>53</b>
6.1 Typ výzkumu .....	53
6.2 Metody získávání dat.....	53
6.3 Metody fixace a zpracování dat .....	55
6.4 Metody analýzy dat .....	55
6.5 Realizace výzkumného šetření .....	57
<b>7 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....</b>	<b>58</b>
<b>8 ETICKÁ STRÁNKA VÝZKUMU .....</b>	<b>60</b>
<b>9 REFLEXE VÝZKUMNÍKA .....</b>	<b>61</b>
<b>10 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....</b>	<b>62</b>
10.1 Popis jednotlivých případů.....	62
10.2 Výsledky analýzy jednotlivých rozhovorů .....	67
10.2.1 Analýza rozhovoru – Hana.....	67
10.2.2 Analýza rozhovoru – Aneta .....	72
10.2.3 Analýza rozhovoru – Pavla .....	76
10.2.4 Analýza rozhovoru – Lucie .....	82
10.2.5 Analýza rozhovoru – Ivana.....	86

10.3 Společná analýza získaných témat a podtémat rozhovorů .....	90
10.3.1 Motivace k vyhledání laické terapie.....	90
10.3.2 Prožívání v průběhu laické terapie.....	94
10.3.3 Vliv laické terapie na potíže .....	98
10.3.4 Rizika laické terapie.....	101
10.3.5 Postupy a metody v laické terapii .....	106
<b>11 DISKUZE.....</b>	<b>110</b>
<b>12 ZÁVĚR.....</b>	<b>117</b>
<b>SOUHRN.....</b>	<b>119</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>123</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK .....</b>	<b>135</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>136</b>

# ÚVOD

Duševní zdraví a péče o něj se v posledních letech dostává do popředí pozornosti široké veřejnosti. Jedním z činitelů vyššího zájmu se stala také pandemie COVID-19, kdy vzrostla potřeba odborné pomoci nejen u lidí s duševním onemocněním. Mnoho jedinců se ocitlo v situaci, kdy nedokázali rozeznat závažnost svých potíží či nevěděli, na koho se v jejich případě obrátit. Reakcí na tuto poptávku se na sociálních sítích rozšířily profily z řad laiků, kde předávají informace ohledně zdravého životního stylu a podpůrné péče o svou fyzickou a duševní stránku. Někteří z nich také začali nabízet léčbu psychických potíží.

V důsledku toho se ve veřejném prostoru začali objevovat tzv. laičtí terapeuti – tedy jedinci nabízející terapeutické služby bez adekvátního vzdělání. Říkají si různě, například průvodci, koučové, mentoři, facilitátoři a mnoho dalších. Může se jimi stát téměř kdokoli vzhledem k nedostatečnému ukotvení v legislativě. Veřejnost přitahují svou zárukou lepšího života a vyřešení širokého spektra potíží, včetně úzkostí, traumat či depresí. Své služby pak většinou nabízejí za nemalé finanční částky.

Problematika laické terapie v České republice zůstává dosud nedostatečně prozkoumaná. V současnosti se o laických terapiích informuje alespoň pomocí hromadných sdělovacích prostředků. Motivací pro zpracování tématu je především upozornění na možná rizika, s nimiž se může člověk potkat, pokud se dostane do péče laického terapeuta, a také přispět k diskusi ohledně regulace profesí poskytujících péči o duševní zdraví.

Cílem této magisterské diplomové práce je prozkoumat rizika laické terapie a její vliv na psychiku jedinců. V teoretické části seznamujeme čtenáře s možnostmi péče o duševního zdraví a vybranou terminologií v oblasti duševních potíží. Kapitola týkající se vybrané terminologie se částečně překrývá s teoretickými východisky v bakalářské práci autorky. Výzkumné záměry prací jsou zcela odlišné, ale vzhledem k základnímu vymezení pojmů, jsme se rozhodli pro částečné převzetí poznatků z předchozí práce. V teoretické části se dále věnujeme psychoterapeutické péči a následně se soustředíme na vymezení laické terapie a současnou problematiku v České republice. V empirické části představujeme kvalitativní výzkum založený

na datech získaných z polostrukturovaných rozhovorů, které byly zpracovány pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. Cílem výzkumu je porozumět zkušenostem respondentek, které absolvovaly léčbu psychických potíží u laických terapeutů.



# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 MOŽNOSTI V OBLASTI PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

První kapitulu diplomové práce věnujeme možnostem v oblasti péče o duševní zdraví. V úvodu definujeme pojmy duševní zdraví a duševní onemocnění. Dále představíme způsoby péče o vlastní duševní zdraví a podíváme se blíže na jednotlivé obory, které se zabývají odbornou péčí o jedince s duševním onemocněním a jsou zakotveny v české legislativě. Čtenáře krátce uvedeme do současné problematiky v oblasti péče o duševní zdraví v České republice. Cílem kapitoly je popsat základní charakteristiku dílčích možností péče, vymezit činnost odborníků poskytujících péči a objasnit vzájemné odlišnosti těchto oblastí.

Chápání pojmu **duševní zdraví** se v průběhu času významně proměnilo a jeho vývoj probíhá i nadále. Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation – WHO) definovala pojem zdraví roku 1946 jako „stav pohody, ve kterém si jedinec uvědomuje své vlastní schopnosti, dokáže se vyrovnat s normálními stresy života, může pracovat produktivně a plodně a je schopen přispět ke své komunitě“ (Marks, 2012, s. 3). Úprava definice duševního zdraví dle WHO z roku 1948 zní následovně: „zdraví je stav kompletní fyzické, mentální i sociální pohody, nejedná se tedy pouze o absenci nemoci nebo slabosti (Sayers, 2001, s. 19). Ve druhé polovině 20. století se setkáváme s holistickým pojetím modelu zdraví zahrnujícím biologické, psychologické, sociální a spirituální hledisko (Brannon & Feist, 1997). Tento přístup začal postupně převažovat nad biomedicínským modelem zdraví, jenž určoval nemocnost zejména na základě biologických odchylek (Jochmannová & Kimplová, 2022). V posledních letech sledujeme vzrůstající pozornost k samotnému konceptu duševního zdraví.

Uveďme si několik autorů, kteří se věnují problematice vymezení duševního zdraví. Keyes (2002) identifikoval v definicích WHO tři základní složky duševního zdraví, jimiž jsou:

- **emocionální pohoda** – zahrnuje převahu pozitivních emocí v životě, štěstí, spokojenost, zájem o život;
- **duševní pohoda** – obsahuje zvládání povinností každodenního života, dobré vztahy s ostatními a spokojenost se svým životem;

- **sociální pohoda** – součástí je sociální přínos, integrace, aktualizace, akceptace a soudržnost.

Výklad duševního zdraví dále ovlivnily názory odborníků, kteří brali v potaz také kulturní vlivy. Vaillant (2012) uvádí, že je důležité definovat duševní zdraví na základě kulturních hodnot. Marks (2012) mimo kulturní hodnoty přidává také vzdělávací, ekonomickou a spirituální stránku duševního zdraví. Galderisi et al. (2015, s. 1) ve své publikaci ohledně nové definice duševního zdraví popisují duševní zdraví jako „*dynamický stav vnitřní rovnováhy, který umožňuje jednotlivcům využívat své schopnosti v souladu s univerzálními hodnotami společnosti*“. Tento koncept uznává například skutečnost, že i duševně zdraví lidé prožívají přiměřené lidské emoce, včetně strachu, hněvu, smutku. Bere v potaz také různé krizové životní situace, v rámci kterých je nutné projít změnou pro navrácení rovnováhy. To znamená, že by měli jedinci disponovat dostatečnou odolností a schopností obnovit vnitřní stav rovnováhy. Univerzálními hodnotami myslí kupříkladu respekt a péči o sebe a o ostatní živé bytosti, respekt k životnímu prostředí, ke svobodě vlastní i druhých lidí.

**Péče o vlastní duševní zdraví** je základním předpokladem pro kvalitní duševní zdraví. Psychické zdraví se prolíná a vzájemně ovlivňuje i jiné aspekty. Butler et al. (2019) se zabývali konceptem sebedpěče, který uspořádali podle Maslowovy hierarchie potřeb do šesti domén:

- **Fyzická doména** – zahrnuje péči o fyzické zdraví, tedy o tělo a jeho potřeby, za účelem optimálního fungování, prevenci poškození nebo onemocnění. Zanedbávání fyzického zdraví může negativně působit na fungování tělních systémů, které se mohou promítnout do dalších oblastí zdraví. Pro fyzické zdraví je stěžejní dostatek spánku, kvalitní výživa, aktivní pohyb, preventivní zdravotní péče a dodržování léčebných postupů.
- **Profesní doména** – obsahem je předcházení či regulace dopadů stresu plynoucího z výkonu povolání, snižování rizika vyhoření, zvyšování pracovní výkonnosti a udržování profesní spokojenosti. Profesní sebedpěči může podpořit rozpoznání a efektivní využívání vlastních copingových strategií, supervize a psychoterapie nebo budování podpůrné sociální sítě.

- **Vztahová doména** – zaměřuje se na udržování a posilování vztahů s blízkými lidmi a poskytování jejich vzájemné opory. Do oblasti péče o vztahy patří také rozpoznání destruktivních vztahů a jejich opuštění.
- **Emoční doména** – zahrnuje zejména ochranu před negativními emočními zážitky a vytváření prostoru pro aktivity vedoucí k pozitivním emočním zážitkům a osobní pohodě. Sebepéče v oblasti emocí je klíčová v identifikaci efektivních způsobů vyrovnávání se a regulování obtížných emocionálních stavů.
- **Psychická doména** – týká se uspokojování intelektuálních potřeb a cíleného směřování pozornosti k celkovým potřebám organismu. Patří zde aktivity, které napomáhají uvolnit mysl, či aktivity vyvolávající stav známý jako *flow*, například tvorba, poslech hudby, čtení apod.
- **Spirituální doména** – obsahem je pochopení vlastní spirituality, hledání smyslu, jeho naplnění a naděje v životě. Napomáhá člověku uvědomit si, co je pro něj smysluplné v osobní a profesní oblasti. Sebepéče ve spirituální oblasti může být kupříkladu naplněna ve víře či náboženské příslušnosti.

**Duševní onemocnění**, nebo také **duševní choroba**, je dle Americké psychologické asociace (American Psychological Association - APA) definována jako určitý abnormální stav sestávající z klinicky významného narušení v oblastech kognice, emocí nebo chování (APA, 2022). Dle WHO rozumíme psychickou poruchu jako „*poruchu duševní činnosti specifickou v klinických projevech, kterou lze spolehlivě rozeznat jako definovaný standardní soubor znaků a je tak závažná, že vede ke ztrátě pracovní schopnosti, sociální kapacity, nebo obojího*“ (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015, s. 23). Spitzer (2013) definuje psychické onemocnění jako stav zahrnující úplnou změnu chování, oproti chování, které se v dané společnosti považuje za normální.

Pro správnou diagnostiku duševních poruch je nezbytné znát diagnostická kritéria konkrétního onemocnění, a také normu duševního zdraví. Tato obecná kritéria nalezneme v diagnostických klasifikačních systémech (Dušek & Večeřová-Procházková, 2019). Jedním z klasifikačních systémů, kterým se v České republice řídíme, je *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN – 10)* vydaná Světovou zdravotnickou organizací (Raboch et al., 2012). Do českého systému zdravotní péče se v současnosti implementuje MKN-11, která vstoupila v platnost

roku 2022 (Daňková et al., 2019). Dále bychom měli jistě zmínit *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch 5. revize (DSM-5)* používaný zejména v USA (Dušek & Večeřová-Procházková, 2019). Pro účely diplomové práce vycházíme v následujících kapitolách především z původní verze MKN-10.

V rámci systému péče o duševní zdraví poskytují pomoc jednotliví odborníci. Svobodová (2022) rozděluje možnosti péče do následujících oblastí: klinicko-psychologická péče; psychosociální podpora a psychoterapie; psychiatrická péče a krizová péče. Každá z oblastí má svá specifika, a zároveň se jednotlivé obory v mnoha ohledech prolínají.

Dříve než si samostatně představíme výše uvedené možnosti odborné péče, podívejme se na jejich **současnou situaci v České republice**. Borovanská (2022) shrnuje ve své publikaci podstatu poskytování psychologických a psychoterapeutických služeb a přináší návrh zákona vzhledem k nedostatečnému právnímu ukotvení. V České republice k roku 2022 působilo přibližně 10 000 psychologů, z toho asi 10 % v rámci rezortu zdravotnictví a 90 % mimo něj (např. ve školství, sociálních službách, soukromé praxi). Psychoterapii poskytovalo zhruba 2 400 odborníků, z toho asi polovina v rámci rezortu zdravotnictví a zhruba polovina mimo něj. Psychologové a psychoterapeuti „*vykonávají při tom rozmanité a vysoce odborné činnosti, které mohou mít závažné dopady na život jednotlivců i společnosti jako takové. To klade na tyto profese vysoké nároky, vč. nároků na dodržování základních standardů v oblasti kvalifikace, postupů a etiky. Tyto standardy však mnohdy chybí, jsou neúplné nebo nevymahatelné.*“ (Borovanská, 2022, s. 1). Tento stav může vést k tomu, že dané služby poskytují také osoby s nedostatečnou kvalifikací, dochází ke složité orientaci klientů, a vznikají rizika spojená s využíváním nekvalitních služeb, například nízká ochrana klientů nebo zvýšené riziko jejich poškození. Návrh zákona o psychologických a psychoterapeutických službách by měl zajistit zvýšení kvality a dostupnosti psychologických a psychoterapeutických služeb, zvýšení ochrany klientů a zvýšení ochrany a prestiže obou profesí.

Další důležitou problematiku týkající se péče o duševní zdraví řešíme v současné době v sektoru psychiatrické péče. V letech 2014–2023 probíhala v České republice reforma **psychiatrické péče**, která byla schválena roku 2013 Ministerstvem zdravotnictví ČR. Cílem strategie bylo zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním, konkrétně „*zvýšení kvality psychiatrické péče systémovou změnou*

*organizace jejího poskytování; omezení stigmatizace duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně; zvýšení spokojenosti uživatelů; zvýšení efektivity psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skrytých onemocnění; zvýšení úspěšnosti začleňování duševně nemocných do společnosti; propojení zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb a humanizaci psychiatrické péče“ (MZČR, 2013, s. 9).*

Na tento dokument navazuje Národní akční plán pro duševní zdraví do roku 2030 (NAPDZ), který stanovuje konkrétní postupy pro naplňování částí reformy, u kterých existují zjevné implementační deficity. Cíle NAPDZ jsou: *„zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi; zajištění srovnatelné příležitosti na duševní zdraví v průběhu života; zajištění plného respektování, ochrany a podpory lidských práv osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví; zajištění plné dostupnosti služeb v čase, místě, kapacitě i ceně, či v komunitě a budování partnerské spolupráce s ostatními oblastmi, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví.“* (MZČR, 2020, s. 21).

## **1.1 Psychologická péče**

Jako první si představíme péči psychologickou a profesi psychologa. Psychologem se stává absolvent jednooborového magisterského studia psychologie a v daném oboru se specializuje. V oblasti léčby využívá psychologických metod. Aplikované disciplíny pokrývají široké množství využití, například ve zdravotnictví, školství, práci, rodině, sportu a dalších (Orel, 2020). Následující část věnujeme konkrétně psychologovi v klinické praxi a psychologovi v oblasti poradenství. Cílem je vymezení rolí těchto odborníků v oblasti péče o duševní zdraví.

### **1.1.1 Psycholog v klinické praxi**

**Psycholog v klinické praxi** může působit dle národní databáze soustavy povolání spravované ministerstvem práce a sociálních věcí ČR na pozici psychologa ve zdravotnictví nebo klinického psychologa (NSP, 2018). V obou případech jde o odborníky ve zdravotnickém systému specializující se na duševní onemocnění. Náplň práce psychologa ve zdravotnictví dle Národního zdravotního informačního portálu (2023) zní následovně: *„Psycholog ve zdravotnictví provádí bez indikace lékaře činnosti v rámci preventivní, diagnostické, léčebné, neodkladné, léčebně rehabilitační a dispenzární péče v oboru klinická psychologie pod odborným dohledem klinického*

*psychologa.*“ Klinický psycholog dle Národního zdravotního informačního portálu (2023) „*provádí psychodiagnostická a psychoterapeutická vyšetření při léčbě duševních poruch a onemocnění, při rehabilitaci a při přípravě pacienta na lékařské zákroky.*“ Primárním rozdílem mezi těmito pozicemi je, že psycholog ve zdravotnictví musí pracovat pod supervizí klinického psychologa, avšak náplň práce se v mnohém značně podobá.

Právní zakotvení nalezneme v zákonu č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Jedná se tedy o regulované nelékařské zdravotnické povolání, které má zákonně definovanou odbornost s přesně vymezenými kompetencemi a nároky na pregraduální i postgraduální vzdělávání. Psychologové v klinické praxi jsou absolventi jednooborového studia psychologie. Pro vstup do českého zdravotnictví je nutné absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz psychologa ve zdravotnictví. Zájemci o pozici klinického psychologa nastupují do předatestační přípravy, která v současnosti trvá pět let. V průběhu přípravy je psycholog povinen absolvovat povinnou praxi pod dohledem školitele, účastnit se vzdělávacích aktivit, kurzů a seminářů. Příprava je ukončena atestací, po jejímž úspěšném splnění může klinický psycholog pracovat v jakémkoliv zdravotnickém zařízení – v ambulantní péči, lůžkové péči i ve stacionárních službách (MZČR, 2024).

Mezi požadované odborné dovednosti a pracovní náplň klinického psychologa patří klinicko-psychologická diagnostika, podpůrná psychoterapie a socioterapie, péče v případě akutních psychických krizí a traumat, rehabilitace, reedukace a resocializace psychických funkcí, školení zdravotnických pracovníků v oblasti psychologie zdraví a nemoci, psychologická prevence, výchova a poradenství ke zdravému způsobu života, prevence psychologických problémů zdravotnických pracovníků, poradenská činnost v oblasti péče o psychický stav tělesně i duševně nemocných pacientů, včetně paliativní péče o nevléčitelně nemocné a přípravy na lékařské zákroky, odborná konziliární, posudkovou a dispenzární činnost (MZČR, 2024).

### **1.1.2 Psycholog v oblasti poradenství**

**Psycholog v oblasti poradenství**, také **poradenský psycholog**, poskytuje pomoc ve formě poradenství v rámci různých odvětví. Poradenství je zaštitěno a právně upraveno pod názvem psychologické poradenství a diagnostika v zákoně

č. 455/1991 Sb., zákon o živnostenském podnikání. Podmínkami pro výkon je mimo dostatečné vzdělání také roční praxe v oboru. Obsahem je *„činnost zaměřená na překonání psychologických problémů jedince a rozvoj jeho osobnosti. Pomoc dětem a mládeži s poruchami chování, zdravotně postiženým, při volbě povolání, dále pak poradenství manželské, sportovní a jiné. Využívání relaxační techniky při pedagogicko-psychologickém poradenství, jako doplňkové služby, nikoliv však s terapeutickým cílem či efektem“* (Nařízení vlády č. 278/2008 Sb.). S poradenstvím se můžeme setkat v rezortu ministerstva práce a sociálních věcí ČR, v oblasti školství a ve zdravotnictví.

Poradenství v rezortu ministerstva práce a sociálních věcí ČR se stalo součástí sítě sociálních služeb roku 2007. Je vymezeno vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Sociální poradenství zahrnuje základní a odborné poradenství. Základní poradenství spočívá v poskytování informací směřujících k řešení nepříznivé sociální situace klienta. Odborné poradenství je zaměřeno na potřeby jednotlivých osob a je součástí občanských, manželských, rodinných nebo dalších poraden. V rámci odborného poradenství jsou poskytovány tři formy poradenských služeb. Individuální poradenství se zaměřuje na osobní problémy či krizové situace. Skupinové poradenství zahrnuje nácvik forem komunikace, kariérní poradenství apod. Poslední službou je párové poradenství, jež je zaměřené na zvládání potíží v mezilidských vztazích, osobních a rodinných problémů (Procházka et al., 2014).

S poradenstvím v oblasti školství se můžeme setkat v pedagogicko-psychologických poradnách (PPP), které se zaměřují na děti a mládež od 3 let s problémy výchovnými, nebo také obtížemi ve vzdělávacím procesu. Pro děti a mládež se speciálními potřebami jsou zřizována speciálně-pedagogická centra (SPC), například centra pro děti s vadami sluchu, zraku, mentální retardací, vadami řeči apod. Poradenství je také součástí školních poradenských pracovišť (ŠPP) při základních a středních školách. Ve škole může figurovat školní psycholog, který napomáhá žákům s problémy s učením, při práci s třídním kolektivem či výběrem povolání (Pešová & Šamalík, 2006).

Poradenství ve zdravotnictví je zřízeno pro klienty se somatickým onemocněním, a je také součástí gynekologicko-porodnických klinik. S poradenstvím se dále setkáme v adiktologických ambulancích, v občanských poradnách, či internetových poradnách (Procházka et al., 2014).



## 1.2 Psychosociální podpora a psychoterapie

**Psychosociální podpora a psychoterapie** představují dlouhodobou podporu, která umožňuje prostřednictvím změny v prožívání a chování člověka zmírnit nebo odstranit jeho problémy, nemoc či poruchu (Svobodová, 2022). Psychosociální podpora je „*přístup založený na podpoře druhého a udržení jeho duševního zdraví a pohody v dobrém stavu. Zahrnuje provázení obtížnou situací a bezpečné sdílení emocí*“ (Konečný et al., 2020, s. 4). Psychoterapii definujeme jako komplexní, záměrnou a plánovanou poradenskou činnost, kdy poskytujeme jedincům, párům či rodinám formou konzultací psychoterapeutické znalosti a dovednosti. Jedná se o soubor aktivit, které mají za cíl pomoci jednotlivcům překonat osobní problémy a psychické nepohody, které z nich vyplývají. Tyto aktivity zahrnují řešení vztahových problémů, krizí hodnot, budování sebedůvěry, zvládání životních změn a náročných událostí, zlepšení vnímavosti, citlivosti a porozumění ostatním lidem, podporu a posilování sebedůvěry a sebevědomí, prevenci syndromu vyhoření, zvládání stresu a posilování odolnosti vůči němu (Česká asociace pro psychoterapii, 2023).

Při posuzování odborné způsobilosti výkonu profese psychoterapeuta může docházet k nejasnostem z toho důvodu, že neexistuje jednotné zákonné zakotvení způsobilosti a požadavků (Matušková, 2020). Se zákonnou úpravou se setkáme pouze ve zdravotnictví, konkrétně v zákoně č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Psychoterapeutem se může tedy stát jedinec, který dosáhl magisterského titulu vysokoškolského vzdělání ve studijním programu psychologii, adiktologii, ergoterapii, sociální práci, speciální pedagogice, ošetrovatelství, všeobecném lékařství, fyzioterapii, porodní asistenci, psychoterapii, arteterapii, supervizi, sociální pedagogice, andragogice, pedagogice nebo teologii. A dále splňuje podmínku absolvování komplexního psychoterapeutického výcviku schváleného Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (Česká asociace pro psychoterapii, 2023).

S psychoterapií se obvykle setkáváme také mimo zdravotnictví. Nejčastěji se jedná o oblast sociální práce, ošetrovatelství, manželského a rodinného poradenství, pedagogiky či adiktologie. V současném zákoně č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách, se s pojmem psychoterapie neseťkáme. Psychoterapie je poskytována také v soukromé praxi psychologů v rámci vázané živnosti psychologické poradenství

a psychodiagnostika. Jedinci bez psychologického vzdělání nabízejí psychoterapii jako součást volné poradenské živnosti (Nařízení vlády č. 278/2008 Sb.). Podmínkou stále zůstává absolvování komplexního psychoterapeutického výcviku certifikovaného profesní asociací psychoterapeutů v ČR a vysokoškolské vzdělání v oblasti humanitního studia nebo všeobecného lékařství (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018).

Zde dochází ke střetu dvou názorů týkající se poskytování psychoterapie pouze ve zdravotnictví, nebo i v jiných resortech. Jeden z názorů zastává Česká psychoterapeutická společnost, která považuje za „*legální poskytnutí psychoterapie pouze tu, kterou lze nalézt u klinického psychologa či psychiatra, který pracuje jako poskytovatel zdravotní péče registrovaný krajským úřadem.*“ Česká asociace pro psychoterapii považuje psychoterapii za činnost, která může být poskytována jako samostatná, na resortech zcela nezávislá, profese (Matušková, 2020).

### 1.3 Psychiatrická péče

**Psychiatrií** rozumíme specializovaný lékařský obor zabývající se teorií a praxí diagnostiky, klasifikace, léčby, prevence, rehabilitace a výzkumu u jedinců s duševním onemocněním. Podmínkou pro výkon profese psychiatra je absolvování všeobecného lékařství na lékařské fakultě. Následuje povinná praxe o délce trvání minimálně pěti let, která je zakončena složením atestačních zkoušek. Oproti psychologovi může psychiatr využívat medicínskou diagnostiku a biologickou léčbu (Orel, 2020).

Psychiatrická péče je poskytována „*prostřednictvím systému vzájemně propojené sítě péče o duševně nemocné. Základními prvky této sítě jsou psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, lůžková zařízení a zařízení systému komunitní péče, která je průnikem psychiatrie do oblasti sociálních služeb*“ (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 2). Psychiatrické ambulance nabízejí péči v rámci specializovaných pracovišť, například ambulance zaměřené na děti a dorost, gerontopsychiatrie, centra prevence a léčby závislostí, substituční centra, ambulance sexuologie či psychoterapeutické ambulance a centra (Psychiatrická společnost, 2008). Lůžkovým zařízením rozumíme psychiatrickou hospitalizaci na uzavřeném nebo otevřeném psychiatrickém oddělení. Speciálním typem hospitalizace jsou protialkoholní, také záchytné, stanice (Orel, 2020). Komunitní péče napomáhá jedincům s duševním onemocněním opětovné zařazení do života (Marková et al., 2006).

## 1.4 Krizová péče

**Krizová péče** představuje psychologickou a sociální pomoc člověku v situaci, kterou nedokáže překonat vlastními silami, přičemž péče je časově omezena (Svobodová, 2022). Běžně se setkáváme také s pojmem **krizová intervence**. Krizová intervence je „*odborná metoda pomoci lidem v psychické krizi, která napomáhá dosažení nové psychosociální rovnováhy*“ či „*pomoc u zdravých lidí, kteří se ocitnou v extrémně obtížné situaci, tedy pomoc u „běžných“ reakcí na extrémní podmínky a výjimečnou zátěž*“ (Lorenc et al., 2003, s. 1). Špatenková (2017) uvádí, že záměrem krizové péče je zvýšení fungování klienta – cílem tedy není vyřešit situaci jedince, ale stabilizovat ho a podpořit při řešení krize a nasměrování k účinným zdrojům pomoci. Krizová péče je indikována jedincům v akutní psychosociální krizi, která často vznikla v důsledku náročné životní události (např. úmrtí, ztráta vztahu, hromadná neštěstí, oběti násilných činů); jedincům, kteří byli vystaveni vážným společenským konfliktům; klientům s akutními psychickými obtížemi vyžadující psychologickou intervenci (např. suicidální problematika, akutní psychotické stavy, akutní stavy u neurotických poruch) a dekompenzovaným chronickým psychiatrickým pacientům (Lorenc et al., 2003).

Krizovým interventem se může stát ať už profesionál z řad psychologů, lékařů, psychiatrů, učitelů či sociálních pracovníků, tak i laická veřejnost či studenti. Podmínkou je absolvování specializovaného výcviku v krizové intervenci s cílem osvojení si konkrétních technik a nácviku dovedností pro roli krizového pracovníka (Špatenková, 2017). Dalšími podmínkami interventů z řad působících v sociálních službách je dle zákona č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách, alespoň vyšší odborné vzdělání vztahující se k oblasti sociální péče a prohlubování profesních schopností (Horská et. al, 2010).

Krizová intervence je vymezena jako součást oblasti služeb sociální prevence, kterou nalezneme popsanou v zákonu č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. Tento zákon vymezuje zařízení pro krizovou pomoc a intervenční centra jako zařízení sociálních služeb. Jedním z typů je telefonická krizová pomoc poskytovaná jedincům v obtížné či ohrožující životní situaci na přechodnou dobu. Tento druh péče je obvykle zajištěn tzv. linkami důvěry, které se často specializují na nějakou cílovou skupinu. Mimo telefonickou pomoc spadá do distanční krizové intervence také

internetový kontakt s klientem (Špatenková, 2017). Dalším typem je krizová pomoc terénní, ambulantní nebo pobytová. Tato služba je poskytována na přechodnou dobu jedincům, kteří se ocitli v ohrožení zdraví či života a nedokážou svou situaci řešit vlastními silami. Součástí jsou činnosti jako poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

## 2 VYBRANÁ TERMINOLOGIE V OBLASTI DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ

V následující části věnujeme pozornost základní orientaci ve vybrané terminologii, se kterou se můžeme v oblasti duševního zdraví a onemocnění setkat. Vzhledem k tomu, že se jedná o velmi rozsáhlou problematiku, zvolili jsme několik klíčových okruhů, s nimiž se setkáme rovněž v empirické části. V práci pokládáme za nezbytné definovat správně jednotlivé termíny, jelikož v laické veřejnosti dochází k častým záměnám. Cílem kapitoly je shrnutí základních charakteristik, případně také zmínění jednotlivých duševních onemocnění, které s danými pojmy souvisí. Pro naše účely není hlavním zájmem zabývat se těmito potížemi podrobněji, i z toho důvodu vycházíme především z jednoho z klasifikačních systémů, konkrétně z MKN-10. V některých případech jmenujeme také rozdělení dle DSM-5, a to pouze pro srovnání.

### 2.1 Stres

**Stres** definujeme jako „komplexní psychofyziologickou reakci, která se na psychické úrovni projevuje pocitem nadměrného zatížení či ohrožení duševní a tělesné pohody“ (Vágnerová, 2014, s. 40). Bartůňková (2010) označuje stres za stav ohrožení, v jehož důsledku může organismus reagovat napětím, úzkostí a dalšími obrannými mechanismy. Pojmem *eustres* označuje autorka žádoucí míru stresu, která napomáhá člověku k dosažení určitého cíle. Negativní stres neboli *distres* je pro náš organismus naopak nepříznivý a vede k patologickým změnám. *Distres* se v současné době označuje také pojmem *alostatická zátěž*. Spouštěčem stresu je tzv. *stresor* a odpovědí na stresory rozumíme termínem *stresová reakce*. *Stresorem* se pro člověka stává podnět či situace, při které zažívá ohrožení svého tělesného nebo duševního blaha. Vnímání stresových stimulů je pro jedince značně individuální, může se jednat o závažnou událost, ale i o každodenní nepříjemnosti, které u dotyčného dokážou vzbudit stresovou reakci (Praško, 2003). Paulík (2017) dodává, že stresové situace nastávají v případě nesouladu mezi expozičními a dispozičními faktory jedince, tj. kladené nároky přesahují osobnostní dispozice nebo naopak nejsou dostatečně využívány, což vede k nedostatečné stimulaci.

Za průkopníky stresové teorie považujeme W. B. Cannona, H. Selyeho a R. S. Lazaruse (Baštecká et al., 2015). Roku 1929 Cannon jako první popsal fyziologickou reakci na stres, známou také jako „*fightorflight response*“ – boj nebo útěk, a zároveň je tvůrcem koncepce homeostázy (Greenberg, 2006). Průběh stresové reakce popsal roku 1936 Selye, jakožto první autor teorie stresu zahrnul pojem adaptace. Stres je podle něj reakce na podnět narušující homeostázu neboli rovnovážný stav. Tuto reakci nazýváme obecný adaptační syndrom (*GAS – generaladaptation syndrom*), který probíhá ve třech fázích:

1. **Poplachová reakce** – nejprve organismus reaguje na spouštěč stresu šokem. Obranné mechanismy jsou utlumeny, později nastává schopnost adaptace, zvyšuje se aktivita a obnovuje obrana organismu. Celá reakce probíhá díky složitým biochemickým změnám.
2. **Stadium rezistence** – druhá fáze nastává při opakovaném působení stresoru a dochází k zajišťování zdrojů pro mobilizaci energie, adaptačním reakcím, které vedou k relativnímu zklidnění. Jestliže stresory i nadále působí, vnitřní zdroje nestačí na obnovení homeostázy a adaptace není dost účinná, zůstává organismus v pohotovosti.
3. **Stadium vyčerpání** – poslední fáze nastává v případě příliš dlouhé přítomnosti stresoru. Organismus se nemá jak adaptovat a může mít pro něj až fatální důsledky (Paulík, 2017).

Další pohled na teorie stresu přináší Lazarus, jenž vnímá stresovou reakci jako „*transakční jev, jehož vznik a průběh záleží na tom, jaký význam má stresor pro člověka; zareaguje tehdy, když ho za ohrožení považuje, tedy ho tak kognitivně hodnotí*“ (Baštecká et al., 2015, s. 586). Sterling a Eyer (1988) přináší tzv. teorii alostázy a rozumí jí jako dynamický děj, při kterém organismus reaguje na vychýlení z rovnováhy za pomoci fyziologických změn, aby opět dosáhl celkové stability svého vnitřního prostředí.

Lidské tělo reaguje odlišně na základě druhu stresu. Pokud jde o akutní stres, dominuje aktivace sympatiku a organismus mobilizuje síly pro své „přežití“. Činnost sympatiku podmiňuje funkci nervového, endokrinního, pohybového a kardiorespiračního systému. Trávicí, vylučovací a reprodukční systémy jsou naopak

utlumeny. V případě chronického stresu, jenž trvá v rámci týdnů až roků, jsou aktivovány dlouhodobé nervové, imunologické a hormonální mechanismy. Hlavní roli při zprostředkování informací hraje serotonin. Chronický stres může vést ke strukturálním změnám, například zvětšení nadledvinek, zmenšení sleziny či snížení počtu lymfocytů. Dále je příčinou potlačení sexuálních funkcí, které se u žen projevuje obtížemi s ovulací a otěhotněním. U mužů se objevuje snížená produkce hormonu testosteronu a omezená schopnost erekce (Bartůňková, 2010).

## 2.2 Krize

Stresová událost může dosáhnout hraničních hodnot, které při jejich překročení znamenají přímé ohrožení jedince, tj. při dalším zvýšení zátěže se organismus neobejde bez destruktivních následků (Paulík, 2017). **Krizi** vymezujeme jako situaci doprovázenou negativními emocemi, při níž dochází k razantním změnám a jedinec nezná způsob, jak se v takové situaci zachovat a vyrovnat se s ní (Špatenková, 2017). Typickým znakem krize je selhání adaptačních mechanismů – aby člověk dokázal krizi překonat, musí přehodnotit situaci a nalézt efektivnější jednání. Krizi často doprovází negativní citové prožitky, tenze, úzkost, pocity zoufalství a beznaděje a dochází k narušení pocitu jistoty a bezpečí (Vágnerová, 2008). „*Pro rozvoj krize totiž není ani tak důležité to, co se ve skutečnosti stalo (např. rozchod či rozvod), jako to, komu se to stalo, a zejména to, jak daný jedinec situaci vnímá, tedy jestli je pro něho tato situace ohrožující či nikoliv*” (Špatenková, 2017, s. 11). S touto myšlenkou souhlasí také Paulík (2017), jenž přidává jako důležité aspekty rozvoje aktuální psychosomatický stav, úroveň vulnerability a vnější vlivy prostředí.

Průběh jednotlivých fází krize poprvé popsal roku 1964 Gerald Caplan:

- **první fáze** – jedinec se setkává se spouštěcí událostí, pociťuje ohrožení a v důsledku se u něj aktivují adaptační mechanismy pro zvládnutí situace;
- **druhá fáze** – nastává při nezvládnutí předchozí. Dotyčný zažívá pocity neschopnosti, zranitelnosti, nad situací ztrácí kontrolu a pokouší se ji chaoticky vyřešit. Pokud se mu nepodaří vyrovnat ani s touto fází, přechází do následující;

- **třetí fáze** – je pro člověka rozhodující, jelikož je v ní nejvíce otevřený pomoci někomu jinému. V této fázi dotyčný maximalizuje všechny své síly a hledá nová řešení. Výsledkem je překonání krize nebo pokračování další fáze;
- **čtvrtá fáze** – nastává, pokud jedinec nepřekoná předchozí fázi. jedinec zkresleně vnímá situaci, hroutí se jeho adaptační mechanismy a důsledkem jsou kognitivní, emocionální a psychické změny. V této situaci je nezbytný zásah krizové intervence (Špatenková, 2017).

Kritické události mají společné charakteristiky v tom, že jsou emočně významné, překračují obvyklou každodenní zkušenost a způsobují změnu fungování jedince v sociálním kontextu i vztahu vůči sobě. Mohou mít zároveň pozitivní i negativní charakter. Tyto události jsou pro jedince buď očekávané – zde se řadí normální vývojové období (puberta, krize středního věku), či přechodové změny (stěhování, změna zaměstnání). Neočekávané události jsou takové, které jsou pro jedince v daný okamžik naprosto nepředvídatelné a náhlé (Špatenková, 2017). Uvedme si pro příklad některé konkrétní typy krize dle Vodáčkové (2020):

- **situční krize** – reakce na vnější podněty v podobě změny, volby, ztráty či hrozby (např. ztráta blízké osoby, rozvod, změna povolání, volba budoucího studia);
- **tranzitorní krize** – reakce na očekávané změny, přechod z jedné vývojové fáze do druhé (např. sňatek, narození dítěte, odchod do důchodu);
- **krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru** – reakce na silný neočekávaný vnější stresor, člověk ztrácí kontrolu nad situací (např. úmrtí blízkého člověka, autonehoda, násilný čin, přírodní katastrofa);
- **vývojové krize** – reakce vzniklá v souvislosti zrání jedince; navazuje na nevyřešenou tranzitorní krizi (např. nevhodné partnerské vztahy, pubertální chování v době dospělosti);
- **krize pramenící z psychopatologie** – reakce u jedinců s duševním onemocněním nebo s jejími předpoklady; jedinci jsou náchylnější a zranitelnější ke vzniku krize (např. krize se může týkat všech výše



uvedených příkladů, např. nevyřešené vývojové otázky, změny, ztráty, volby);

- **neodkladné krizové stavy** – akutní stavy doprovázené ztrátou zodpovědnosti za své jednání (např. sebevražedné jednání, panická úzkost, intoxikace drogami).

Specifickým druhem krize je psychospirituální krize. Grof (2004) definuje psychospirituální krizi jako kritický stav hluboké psychologické transformace, provázený neobvyklými stavy vědomí, intenzivními emočními prožitky a vizemi. Tyto zážitky zahrnují psychologickou smrt, znovuzrození, které se jeví jako vzpomínky na minulé životy, prožitky jednoty s vesmírem či setkávání s mytologickými bytostmi. Psychospirituální krize způsobuje změny na úrovni vědomí a ovlivňuje percepční, kognitivní, emoční a psychosomatické funkce (Vančura, 2020).

## 2.3 Trauma

**Psychické trauma** je odpovědí na intenzivní, nenadálý a nezvladatelný podnět, který přesahuje běžnou lidskou zkušenost – takový podnět můžeme označit jako traumatizující. Adaptační mechanismy fungující při běžné zátěži selhávají a v důsledku toho se u jedince nahromadí pocity ztráty vlivu a moci nad situací. Vizinová & Preiss (1999, s. 17) uvádí: „nelze hovořit o kontinuu od události lehce stresující k traumatizující. Existuje jasný rozdíl mezi stresem a traumatem a tento rozdíl zřetelně vnímá právě traumatizovaný člověk.“ Vágnerová (2008) definuje psychické trauma jako náhle vzniklou situaci, která vede k určitému poškození nebo ztrátě, což se odráží v emoční oblasti (např. ztráta pocitu bezpečí, smutek), v uvažování (např. narušení objektivit) a u chování jedince (např. útočné až agresivní chování, izolace). Fyziologická reakce na psychické trauma probíhá podobně jako u stresu. Vodáčková (2020, s. 360) charakterizuje psychické trauma jako „extrémně stresující zážitek nebo dlouhotrvající stresující situace“, jeho příčiny splňují tyto vlastnosti: příčiny přichází zvnějšku; jsou extrémně děsivé; navozují prožitek ohrožení života, tělesné či duševní integrity; navozují pocity bezmocnosti. Mezi další rysy psychického traumatu patří úplná bezmocnost, dezorganizace odpovědí organismu, hluboké fyziologické, emoční a kognitivní změny a u dotyčného vzbuzuje tato zkušenost pocity neuniknutelnosti a nepochopitelnosti. Symptomy traumatu dle Vizinové & Preisse (1999) lze rozdělit do tří hlavních kategorií:

- **Nadměrné vzrušení (*hyperarousal*)** – jde o stav, kdy jedinec neustále očekává nebezpečí, aby dokázal bojovat nebo uniknout z nebezpečné situace. Důsledkem toho reaguje na podněty podrážděně, lehce se poleká a špatně se adaptuje na změnu. Můžou se projevit i poruchy spánku.
- **Intruzivní příznaky (*intrusions*)** – jako intruze označujeme vtíravé a neodbytné pocity, při kterých dotyčný znovuprožívá traumatickou zkušenost. Tyto vzpomínky jsou odpovědí i na značně nesouvisející podněty s původní traumatickou událostí, jejich intenzita může nabývat původní zkušenosti. Přes den se objevují živé vzpomínky, tzv. *flashbacky*. Ve spánku se objevují živé noční můry a děsy, sny se mohou dokonce objevit ve fázích spánku, ve kterých lidé obvykle nesní.
- **Příznaky stažení (*constriction*)** – tyto příznaky vznikají v důsledku ohrožující situace, kdy byl dotyčný „paralyzován“, nedokázal utéct, ani klást odpor. Jediným východiskem bylo uniknout vnitřně – ve svém vědomí. Tyto situace mohou přejít až do extrému, kdy jedinec necítí strach, ale ten naopak úplně mizí a dotyčný vypadá na první pohled naprosto v pořádku. V tomto okamžiku člověk nedokáže události kolem zpracovat a jakoby se odehrávaly mimo jeho vědomí, s určitým zkreslením či dokonce některé momenty zapomene.

U traumatu se také často objevuje tzv. disociace. Jde o oddělení duševních procesů, které spolu obvykle normálně interagují. Ve výsledku si dokáže traumatizovaná osoba rozpomenout na událost i s detaily, avšak bez jakéhokoliv emočního zabarvení (Vizinová & Preiss, 1999). Ruppert (2014) uvádí, že vlivem traumatické události dochází k hlubokému, dlouhotrvajícímu až trvalému rozštěpení těla, pocitů i ducha.

Traumatická událost je mnohdy příčinou propuknutí některé z psychických poruch. Zda se porucha opravdu rozvine, závisí na závažnosti stresující události a také na zranitelnosti daného jedince. V MKN-10 se setkáváme se skupinou psychických poruch označení F43, a to poruchy vznikající na základě reakce na závažný stres. Do této kategorie řadíme tři nejzávažnější: akutní reakci na stres (F43.0), posttraumatickou stresovou poruchu (F43.1) a poruchy přizpůsobení (F43.2.):

- **Akutní reakce na stres (F43.0)** – vzniká jako reakce na výjimečně stresující událost, a to bezprostředně po ní nebo v rámci několika hodin. Akutní reakce na stres se projevuje například úzkostí, pocity zlosti, zoufalstvím, depresí či hyperaktivitou. Tyto symptomy odeznívají samy v průběhu hodin až dnů, tudíž akutní reakci na stres označujeme za přechodnou poruchu. V některých případech je vhodné zasáhnout krátkou psychoterapií.
- **Posttraumatická stresová porucha (F43.1)** – jde o poruchu, která na rozdíl od akutní reakce na stres propuká až s odstupem od traumatické události, její příznaky jsou závažnějšího rázu a přetrvávají déle.
- **Poruchy přizpůsobení (F43.2)** – rozvíjí se u osob, často predisponovaných, na základě nepřizpůsobení na běžné vývojové či životní změny. Příznaky, jako deprese, obavy, napětí, strach, či agrese, propukají do jednoho měsíce od události a netrvají déle než půl roku (Dušek & Večeřová-Procházková, 2011).

V DSM-5 existuje obdobná kategorie psychických poruch; konkrétně traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem. Řadíme zde reaktivní poruchu příchylnosti, desinhibovanou poruchu příchylnosti, posttraumatickou stresovou poruchu, akutní reakci na stres a poruchy přizpůsobení (APA, 2022).

Traumatická zkušenost nemusí u jedince vyvolat pouze negativní důsledky, naopak se někdy stává pohnutkou ke změně k lepšímu. V této souvislosti se v posledních letech dostává do popředí pojem posttraumatický růst (*z anglického posttraumatic stress disorder* – zkr. PTG). „*Posttraumatický růst je prožitek pozitivní změny, která pro některé osoby znamená radikální osobní vývoj, vyvstávající ze zápasu jedince s vysoce náročnými životními okolnostmi*” (Preiss, 2009, s. 1). Posttraumatický růst pozitivně ovlivňuje několik aspektů: vztahy s druhými lidmi, nové životní možnosti, osobnostní růst, spirituální změnu a ocenění života (Calhoun & Tadeschi, 1999).

## 2.4 Úzkost

**Úzkostí** rozumíme nepříjemný stav objevující se v situaci, kterou jedinec vyhodnotí jako nebezpečnou, nejistou nebo nekontrolovatelnou (Morschitzky &

Sator, 2014). Vörösová (2015 s. 118) definuje úzkost jako „neurčitý neklidný pocit diskomfortu nebo strachu provázený samovolnými reakcemi (zdroj často nespecifikovaný nebo neznámý pro jedince); pocit obav zapříčiněný anticipací nebezpečí. Je to výstražný signál, který upozorňuje na hrozící nebezpečí a umožňuje jedinci provést opatření pro zabývání se hrozbou.“ Barlow (2002) popisuje úzkost jako stav nálady zaměřený na budoucnost, který souvisí s přípravou na nadcházející negativní události. Úzkost je charakteristická typickými fyziologickými a psychologickými projevy. Mezi projevy na fyziologické úrovni řadí Praško (2005) bušení srdce, tlak na hrudi, bolesti hlavy, zvýšený svalový tonus, třes, bolesti žaludku, pocity na omdlení a další. Mezi psychologické projevy úzkosti patří pocity tísně a napětí, depersonalizace, obavy ze ztráty kontroly, zvýšená bdělost či obtíže s koncentrací (Vymětal, 2007). Jiné členění projevů úzkosti dle Praška et al. (2012) se zaměřuje na rozdělení oblasti tělesných pocitů, chování a myšlení. Tělesné pocity se projevují zvýšeným tepem, zrychleným dechem, tělesným napětím, pocity nepohodlí u žaludku, pocením, červenáním kůže a někdy také třesem. Úzkost v oblasti chování se projevuje vyhýbáním se situacím, které potenciálně úzkost zvyšují, či vyvolávají; dále odkládáním těžších úloh, zvýšenou potřebou ujišťování od okolí, nebo také neklidem v náročnějších situacích. V oblasti myšlení se úzkost projevuje jako součást určitých myšlenek týkajících se hrozeb a obav.

Určitá míra úzkosti je pro jedince přirozená a velmi důležitá pro přežití. Připravuje nás na ohrožující situace a je spouštěčem hormonálních změn v těle, které napomáhají toto nebezpečí překonat. Jestliže se ale stává úzkost tak silnou, že znemožňuje normální fungování jedince, považujeme tento stav v takovou chvíli jako možnou komplikaci (Praško et al., 2006). Úzkost můžeme označit jako patologickou v případě, že je dlouhotrvající a nepřiměřená situaci. Úzkost se obvykle projevuje jako součást řady psychiatrických poruch, somatických onemocnění a zároveň se jedná o samostatnou kategorii úzkostných poruch (Beck et al., 2005).

Úzkostné poruchy jsou v populaci velmi rozšířené a řadíme je k nejčastěji zastoupeným psychickým poruchám (Kosová, 2005). Dle MKN-10 řadíme úzkostné poruchy do kategorie „Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40-F49)“

- **Fobické úzkostné poruchy (F40):**

- agorafobie (F40.0) – typická strachem z otevřených prostranství, úzkost z opuštění domova, nakupování v obchodech apod.;
- sociální fobie (F40.1) – charakteristická převažujícím strachem z různých sociálních situací, které zahrnují například pouhý kontakt s lidmi, či vystupování na veřejnosti;
- specifické (izolované) fobie (F40.2) – skupina představující iracionální strach ze specifického objektu nebo situace.
- **Jiné úzkostné poruchy (F41):**
  - panická porucha (F41.0) – ústředním rysem jsou náhle vznikající, opakované a nepředvídatelné ataky těžké paniky;
  - generalizovaná úzkostná porucha (F41.1) – typická trvalou úzkostí, která není vyvolaná specifickou vnější okolností nebo vyvolávajícím podnětem;
  - smíšená úzkostně-depresivní porucha (F41.2) – charakteristická pro přítomnost jak symptomů úzkosti, tak deprese (Dušek & Večeřová-Procházková, 2011).

## 2.5 Deprese

Pojem **deprese** je v laické veřejnosti poměrně známým a často užívaným, nicméně poměrně často dochází k různým záměnám a špatnému významu. Samotným pojmem deprese správně označujeme psychické onemocnění, které je charakterizováno souborem symptomů, svými příčinami a způsoby léčby (Gilbert, 2017). Deprese představuje jedno z nejvíce zastoupených psychiatrických poruch. Prevalence depresivní poruchy bývá nejčastější u osob mezi 18–25 lety, přičemž se může objevit až u 17 % těchto jedinců (NIMH, 2023). Ritchie & Roser (2018) uvádí, že je deprese zastoupena více u žen než u mužů, konkrétně 4,1 % u žen a 2,7 % u mužů.

Projevy deprese jsou na počátku poněkud nevýrazné. Na počátku se mohou objevit prodromální příznaky, konkrétně nespavost, nechutenství, únava, nesoustředěnost, opadání zájmu o jakoukoliv činnost, samotná depresivní fáze se rozvíjí v řádu dnů až týdnů (Höschl et al., 2004). Depresivní epizoda je typická tím, že *„jedinec trpí skleslou náladou, snížením energie a aktivity. Je zhoršena schopnost radovat se, dochází k poklesu zájmů a ke zhoršení koncentrace. Obvyklá je značná unavitelnost i po nepatrné námaze.“* (MKN-10, 2006, s. 105). Deprese může být

diagnostikovaná v případě, trvá-li alespoň dva týdny, u jedince se nikdy nevyskytla hypomanická nebo manická epizoda, nevznikla v důsledku užívání psychoaktivních látek a není způsobena jinou organickou psychickou poruchou. U dotyčného je přítomna po většinu dne depresivní nálada, která se projevuje ztrátou zájmu při aktivitách dříve pro člověka příjemné, poklesem energie a zvýšenou unavitelností. Depresivní epizoda je dále typická ztrátou sebedůvěry, přičemž se mohou objevit bezdůvodné výčitky nebo pocity viny, opakované myšlenky na smrt nebo sebevraždu, poruchy spánku, a také se snižuje schopnost myslet, soustředit se, psychomotorické tempo či chuť k jídlu. Poslední diagnostická kritéria se týkají přítomnosti nebo absence bludů, halucinací nebo stuporu (Dušek & Večeřová-Procházková).

Depresi jako psychické onemocnění řadíme dle MKN-10 do kategorie afektivních poruch (F30-F39). Depresivní fázi (F32) nalezneme jako samostatnou kategorii, kterou dále členíme dle závažnosti:

- ***Lehká depresivní fáze (F32.0);***
- ***Středně těžká depresivní fáze (F32.1);***
- ***Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků (F32.2);***
- ***Těžká depresivní fáze psychotickými příznaky (F32.3);***
- ***Jiné depresivní fáze (F32.8);***
- ***Depresivní fáze nespecifikované (F32.9).***

Platí ale, že se může deprese vyskytnout i u jiných onemocnění, například u bipolární afektivní poruchy, periodické depresivní poruchy, či perzistentní poruchy nálad (Dušek & Večeřová-Procházková).

## 3 PSYCHOTERAPIE

V následující části práce se podíváme blíže na psychoterapeutickou péči. Cílem této kapitoly je vymezení pojmu psychoterapie a seznámení se základními formami psychoterapie a terapeutickým procesem. Dále se budeme zabývat obecnými a specifickými účinnými faktory v psychoterapii, etickými aspekty psychoterapeutické práce a v neposlední řadě otevřeme téma negativních účinků v psychoterapii.

### 3.1 Vymezení pojmu psychoterapie

**Psychoterapie** je samostatný obor a „*je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciární prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy*“ (Vymětal, 2004, s. 20). Kalina (2013) definuje psychoterapii jako odbornou činnost, jejímž cílem je léčení či ovlivňování duševního stavu člověka a napomáhá v dosahování změn, které jsou pro rozvoj duševního zdraví žádoucí. Cílem psychoterapie je dle Kratochvíla (2017) odstranění chorobných příznaků, rozvoj či integrace klientovy osobnosti. Můžeme vidět, že psychoterapeutická péče má široký záběr při zkvalitňování duševního zdraví jedinců a hraje tak důležitou roli v léčbě duševních potíží, ale i jejich prevenci a rehabilitaci.

Je patrné, že pro efektivitu psychoterapie je nutné pečlivě zvolit formu psychoterapie v souladu s indikací. Dle Vymětala (2010) se můžeme setkat se třemi základními formami psychoterapie, které vycházejí z jejího základního uspořádání: individuální psychoterapie – účastní se terapeut a jeden klient; skupinové, rodinné či partnerské – terapeut se setkává s klienty ve skupině uměle vytvořené nebo přirozené skupině; léčebné společenství – typické pro specifické organizace zdravotnického zařízení nebo léčbu komunitním způsobem.

V psychoterapii užívá terapeut řady různých metod. „*Metody psychoterapie rozdělujeme podle principů, ze kterých vycházejí, a podle účinných faktorů, na kterých stavějí, na metody racionální, sugestivní, empatické, abreaktivní, relaxační a imaginační, nácvikové, psychoanalytické a interpersonální*“ (Kratochvíl, 2017, s. 123). Jednou z nejužívanějších metod je psychoterapeutický rozhovor. V psychoterapeutickém rozhovoru se terapeut snaží navodit u klienta změnu, rozvíjí

důvěru a dodává potřebné informace. Mezi další prostředky psychoterapie řadí Vymětal (2010) například psychodrama, relaxační metody, práci se sny, focusing a další.

V současné době existuje velké množství psychoterapeutických směrů. Každý z nich vychází z vlastní teorie a preferuje konkrétní metody a techniky. Jen pro příklad si uveďme hlavní přístupy, které ve své publikaci uvádí Kratochvíl (2017): hlubinná psychoterapie, dynamická a interpersonální psychoterapie, rogerovská psychoterapie, behaviorální psychoterapie, kognitivní psychoterapie, komunikační psychoterapie, gestalt terapie, existenciální a humanistická psychoterapie či psychoterapie eklektického a integrativního pojetí.

Samotný průběh psychoterapie označujeme pojmem psychoterapeutický proces. Dle Vymětala (2010) jde o plánované a strukturované dění řízené terapeutem s cílem navodit u klienta žádoucí změny v jednání, prožívání nebo myšlení. Autor člení psychoterapeutický proces na tři fáze:

- **Indikace** – indikací měníme postup, ve kterém je klient obvykle pomocí psychodiagnostického vyšetření přiřazen do psychoterapeutické péče. Indikaci známe obecnou (zda je klient vhodný pro psychoterapii), specificko-prognostickou (volba konkrétní formy a postupu směřujícímu k cíli) a adaptivní (přizpůsobování terapie dle vývoje procesu).
- **Vlastní psychoterapie** – v průběhu samotné terapie dochází k postupnému přibližování vztahu a změně postoje klienta k terapeutovi či ostatním členům skupiny. Klient si osvojuje žádoucí chování pomocí technik a postupů, narůstá poznání sebe a dalších účinků dle zvoleného psychoterapeutického směru a prostředků terapie.
- **Zhodnocení a ukončení psychoterapie** – dle stanoveného času a cíle terapie nastává poslední fáze, v níž terapeut připravuje klienta na ukončení, společně zhodnotí spolupráci a případně naplánují kontrolní setkání, pokračování nebo terapii v rámci dalších programů.

Culley & Bond (2008) rozdělují jednotlivé fáze terapeutického procesu, které mají svá specifika a cíle a jsou časově ohraničena:



- **Úvodní fáze terapie** – v počáteční fázi vytváří terapeut důvěrnou atmosféru založenou na porozumění, podpoře, přijetí a navazuje tak pracovní vztah. Terapeut objasňuje klientovy problémy a napomáhá mu při jejich vyjádření. Na základě klientovy explorace posoudí, zda přijímá klienta do terapie a dochází ke vzájemné dohodě o postupech a cílů terapie.
- **Střední fáze terapie** – v průběhu procesu poskytuje terapeut pomoc při sebeexploraci klienta, přijímání nových postojů, názorů či hodnot. Po celou dobu pracuje na udržení psychoterapeutického vztahu, tedy akceptuje klienta postojem, názory, verbálními i neverbálními projevy a poskytuje bezpečné prostředí. Postupy terapeuta by měly vést k cíli ve shodě s potřebami klienta.
- **Závěrečná fáze terapie** – poslední fáze je charakteristická přehodnocením postojů, názorů, zvyků či chování klienta a následná realizace změny ve svém běžném životě. Dochází ke společnému zhodnocení a připravení klienta na ukončení terapie.

## 3.2 Účinné faktory v psychoterapii

**Účinnými faktory v psychoterapii** rozumíme terapeutem iniciované dění, které se stává prostředkem změny u klienta či v jeho sociálním prostředí (Vymětal, 2010). Mnohé výzkumy v psychoterapii se zaměřují na odhalení těchto účinných faktorů. Je tedy kladen důraz na propojení výzkumných výsledků a terapeutické praxe (Jániš, 2010). Účinné faktory dle Vymětala (2010), Lamberta & Barleyho (2002) a Kratochvíla (2017) lze rozčlenit na obecné a specifické faktory. Blíže se jim budeme věnovat v následujících dvou podkapitolách.

### 3.2.1 Obecné faktory v psychoterapii

**Obecné účinné faktory** zahrnují všechny děje, které navozují žádoucí změnu a jsou součástí většiny psychoterapeutických směrů (Vymětal, 2010). Různé směry pracují s těmito faktory odlišným způsobem a jejich začleňování do terapeutické praxe zvyšuje efektivitu psychoterapeutického procesu (Nahum, 2018). Vymětal (2004) pojmenoval čtyři oblasti obecných účinných faktorů: situaci, osobnost terapeuta, osobnost klienta a terapeutický vztah (viz níže).

**Situace** – zahrnuje vytvoření dostatečně důvěryhodného a seriózního prostředí. Žádoucí je strukturace a stálost prostředí, které zahrnuje také předem jasně vymezené místo a čas setkání. Situace je důležitá pro prožitek bezpečného prostředí. Ke zřetelnému vymezení situaci, prostoru a času léčby napomáhá ritualizace (proces vítání a loučení, závěrečné sdílení), která je zároveň spouštěčem jiných účinných faktorů, např. skupinové koheze (Vymětal, 2004).

**Osobnost terapeuta** – neexistují specifické vlastnosti psychoterapeuta podstatné pro účinek terapie. Terapeutický proces kladně ovlivňují obecné vlastnosti odpovídající rogerovskému pojetí, a sice akceptace, empatie a autenticita. Terapeut by měl být osobnostně zralý, vnitřně stabilní a vykazovat vyšší frustrační toleranci. Účinný faktor osobnosti terapeuta závisí také na jeho kvalifikaci a dalšímu rozvoji, supervizní konzultaci a vlastní psychohygieně (Vymětal, 2004). Terapeut by měl disponovat dle Vybírala (2016) několika dovednostmi: dokáže ovládat své negativní emoce; přenést se přes frustraci a zklamání, pokud terapie nepostupuje; je si vědom vlastních přenosů a protipřenosů; spolupracuje s klientem; napomáhá klientovi převzít odpovědnost za své jednání; otevřeně reflektuje dění v terapii; pracuje v souladu s etickými principy.

**Osobnost klienta** – terapie se stává účinnější zejména u jedinců, kteří přistupují k léčbě s pozitivním vyladěním a motivací, mají dobrou sebeexploraci, dokážou otevřeně mluvit o svých potížích a jsou zvědaví při hledání souvislostí mezi těmito potížemi a souvislostmi se svou osobností a životními událostmi. Takový klient si uvědomuje zodpovědnost za své problémy a přijímá dosud neakceptované stránky své osobnosti. Dalším faktorem úspěšnosti je také klientova důvěra v terapeutovy schopnosti (Vymětal, 2004). Úspěšnost terapie je podmíněna přijmutím odpovědnosti klienta za svůj život (Yalom, 2006).

**Terapeutický vztah** – takový vztah je charakterizován vzájemným respektem a seriózností v přístupu k terapii. Významnou roli hraje motivace obou zúčastněných stran, kdy se terapeut snaží porozumět svému klientovi a dodává mu průběžné povzbuzení, které podněcuje lepší klientovu práci na sobě a možným změnám. Obecně platí, že vztah je na počátku lehce asymetrický v závislosti na přístupu, a postupně dochází k vyrovnávání, a klient se postupně od terapeuta odpoutává. Terapeutický vztah ovlivňuje dále sugestivní působení, podávání informací a učení (Vymětal, 2004). Dle Vybírala (2016) by měl být terapeutický vztah postaven na

empatii, spolupráci, kongruenci, oceňování a shodě na cíli. Terapeutický vztah je dle psychoterapie zaměřené na člověka nepodstatnější součástí, která aktivuje jedince ve změnu (Rogers, 2015).

Účinné faktory společné pro různé psychoterapie popsal Kratochvíl (2017) následovně:

- **vztah mezi pacientem a terapeutem** – terapeut je vůči pacientovi empatický, přijímá jej a tím vytváří důvěrné prostředí, ve kterém pacient očekává pomoc;
- **výklad poruchy** – terapeut poskytuje pacientovi informace tak, aby lépe porozuměl svým potížím;
- **emoční uvolnění, abreakce, katarze** – pacient má možnost ventilace jak svých současných tíží, tak traumatizujících zážitků z minulosti;
- **konfrontace s vlastními problémy** – pacient se učí čelit svým problémům a přestává se jim vyhýbat.
- **posilování žádoucího chování** – terapeut posiluje pacientovo žádoucí chování a napomáhá tak odstranit chování nežádoucí.

Pojetí obecných účinných faktorů v psychoterapii výše uvedených autorů je obdobné v řadě dalších studií. Lambert & Ogles (2004) rozdělují společné faktory do tří skupin. Mezi podpůrné faktory řadí například uvolnění napětí, odstranění izolace, katarzi či dodání naděje. Faktory učení obsahují rady, korektivní emoční zkušenost, zpětnou vazbu, vhléd či zpracování zážitků. Do akčních faktorů zařazují autoři regulaci chování, prožití úspěchu, podporu schopností a další. Společným účinným faktorům se dále ve své studii věnovali Laska et al. (2014). Dle autorů ovlivňuje proces emočně nabitě pouto mezi terapeutem a klientem, důvěrné terapeutické prostředí, ve kterém se terapie odehrává. Terapeut poskytuje vysvětlení emočního zatížení, které je psychologicky odvozené a v souladu s kulturním prostředím, vysvětlení je adaptivní a klient ho akceptuje. Terapeut využívá sady postupů nebo rituálů, které vedou klienta k uskutečnění změny.

### 3.2.2 Specifické účinné faktory v psychoterapii

**Specifické účinné faktory** jsou postupy, pomocí kterých je žádoucí změna navozena pouze u některých psychoterapeutických směrů. Vycházíme z toho, že každý z psychoterapeutických přístupů pracuje s klienty do jisté míry odlišně.

Vymětal (2004) rozděluje specifické účinné faktory dle oblastí změny, tzn. změna je navozena záměrně pomocí ovlivňování jednotlivých možností:

- **rozumová oblast** – zaměření na kognitivní korektivní zkušenost, poskytnutí informací o onemocnění, kognitivní změny pomocí náhledu, pravdivého sebepoznání, porozumění své situaci a souvislostem;
- **emoční oblast** – zahrnuje emoční korektivní zkušenost (možnost znovuprožití situace nebo vztahu z minulosti v bezpečném prostředí a přijetí), abreakce (uvolnění potlačených afektů a emocí), katarze (odžití negativních prožitků, které přináší úlevu);
- **jednání** – vychází z teorií učení, obsahují hraní rolí, nácvik dovedností, modifikace malaadaptivního jednání;
- **tělesná oblast** – směřuje na vymizení somatických symptomů, relaxace a svalové uvolnění;
- **vztahová oblast** – způsobuje změny v partnerském vztahu, rodinném vztahu.

Ve **skupinové terapii** působí oproti individuální terapii řada dalších účinných faktorů. Do procesu totiž nevstupuje pouze terapeut a jeho klient, ale také ostatní členové, kdy dochází ke vzájemné interakci a ovlivňování. Skupinovou psychoterapií se zabývali například autoři Yalom & Leszcz (2021) a popsali jedenáct účinných faktorů:

- **Dodávání naděje** – dodávání naděje a posilování důvěry je pro účinnost terapie rozhodující, ve skupinové terapii mohou klienti sledovat jiné členy skupiny a zlepšení jejich stavu pozitivně ovlivňuje i jejich stav.
- **Univerzalita** – klientům napomáhá uvědomění, že i jiní lidé mohou mít podobné problémy, a tím je také zbořena mylná představa osamocení či odlišnosti, což přispívá k pocitům přijetí. Kratochvíl (2009) v této souvislosti popisuje účinný faktor skupinové psychoterapie pocitu jednoty a členství ve skupině (Kratochvíl, 2009).
- **Poskytování informací** – předávání informací o duševním zdraví a onemocnění může pomoci k pochopení svého prožívání. Kratochvíl

(2009) doplňuje tento faktor jako náhled, kdy dojde k uvědomování si souvislostí mezi potížemi a jeho osobními problémy či konflikty.

- **Altruismus** – klienti si vzájemně poskytují podporu, naslouchání, zpětnou vazbu, myšlenky ve skupině, tedy přijímají a dávají, což posiluje pocity sounáležitosti s druhými.
- **Korektivní rekapitulace primární rodiny** – dochází ke znovuprožívání konfliktů z minulosti, jelikož skupina a její členové připomínají primární rodinu. Jde o korektivní zkušenost, kdy se přehodnocují malaadaptivní vzorce chování na zralejší (Kratochvíl, 2009).
- **Rozvoj sociálních dovedností** – jedinec dostává zpětnou vazbu na své chování a komunikaci s druhými a může být konfrontován. Dle Kratochvíla (2009) dochází k sociálnímu učení, které vede ke změně klientova chování a schopnosti navazovat lépe vztahy, zvyšuje se sebedůvěra a otevřenost.
- **Napodobující chování** – napodobování reakcí ostatních členů skupiny vede k osvojování nového adaptivního chování.
- **Interpersonální učení** – plyne z interakce mezi členy skupiny, klade důraz na mezilidské vztahy, důležité jsou také konflikty ve skupině fungující jako katalyzátor interpersonálního učení.
- **Skupinová soudržnost** – skupina vytváří rámeček a bezpečné prostředí pro její členy, skupinová soudržnost je základním předpokladem efektivní terapie.
- **Katarze** – klient prožívá úlevu po uvolnění svých emocí, což napomáhá ke zpracování zážitků v bezpečném prostředí skupiny.
- **Existenciální faktory** – přináší uvědomování odpovědnosti za svůj život, náhodnost, osamělost, smíření se se smrtelností a jejich připuštění.

Skupinovými účinnými faktory se zabývali dále autoři Dierick a G. Lietaer (2008), kteří popsali tyto účinné faktory: důvěra v terapeuta a skupinu vůbec, týmová spolupráce, zažívání empatie a zájmu, zažívání pozitivních pocitů s druhými, upřímná sdílnost a autentické sebevyjádření a další. Dle výzkumu Kivlinghana a S. E. Holmese

(2004) by měl terapeut dle zvoleného cíle skupiny preferovat určitý postup. Na základě toho rozdělil skupiny do čtyř typů: skupiny zaměřené na emoce a náhled, skupiny zaměřené na emoce a podporu, skupiny zaměřené na myšlení a podporu a skupiny zaměřené na myšlení a náhled. Závěrem je nutné zdůraznit důležitost domluvy mezi klientem a terapeutem a zaměřit se tak na účinné faktory, které považuje sám klient za nejdůležitější (Yalom & Leszcz, 2021).

### 3.3 Etické aspekty psychoterapeutické práce

**Etické hledisko v psychoterapii** je důležitou součástí a v mnoha ohledech zásadní pro celkový výsledek terapie. V průběhu terapie se setkáváme s řadou situací, které mohou vyvolat řadu otázek týkajících se etiky. Tak jako v medicíně je základním etickým principem *primum nil nocere*, neboli především neškodit. V psychoterapii je tato zásada rozvinuta „*ve snahu konat dobro, tzn. napomáhat v tomto případě rozvoji života (tedy i zdraví) a naplňovat pozitivní možnosti lidské bytosti*“ (Vymětal, 2010, str. 242). Terapeut musí umět zacházet s důvěrou a nese zodpovědnost za průběh terapie i s ohledem na asymetrický vztah, kdy má terapeut nad klientem jistou moc (Pope & Vasquez, 2016).

Abychom minimalizovali negativní dopady způsobené pochybením či nevhodným jednáním psychoterapeutů, je nutné dodržovat etické zásady, jimiž by se měl terapeut ve své praxi řídit a jsou shromážděny v etických kodexech. Etické kodexy prochází vývojem v čase a také se liší napříč zeměmi v závislosti na kultuře a jejích hodnotách. První oficiální etický kodex vznikl roku 1953 představený členy APA. Od roku 2003 je v platnosti desátá verze etického kodexu. Mezi základní principy patří prospěch a neublížení; věrnost a zodpovědnost; integrita; spravedlnost; respekt k lidským právům a důstojnosti (APA, 2017). Dalším etickým kodexem, který je určený psychologické profesi vydaným Českomoravskou psychologickou společností (2017), vymezuje tyto základní hodnoty: svoboda a solidarita; rovnost v důstojnosti i právech; ochrana života, svobody, cti, důstojnosti a soukromí; možnost osob spolurozhodovat o záležitostech, které se jich dotýkají. Česká asociace pro psychoterapii (2023) ve svém etickém kodexu probírá několik tematických oblastí: odpovědnost, kompetence, etické a právní normy, důvěrnost, zájmy klienta, profesní vztahy, veřejné prohlášení, diagnostické techniky a výzkum.

Autoři se zabývají širokým pohledem na problematiku etiky psychoterapeutické práce. V současnosti je řada etických kodexů ovlivněna čtyřmi základními etickými principy dle autorů Beauchamp & Childress (2013), jimiž jsou: autonomie, prospěch, neublížení a spravedlnost. V publikaci Timuľáka (2014) jsou uvedena doporučení týkající se terapeutického kontraktu, kompetencí terapeuta, zachování důvěrnosti v terapeutickém vztahu, klientovy autonomie, duálních vztahů, kolegiality a odpovědnosti vůči profesi, pravidelné supervize a vedení záznamů ze sezení. Kořenek (2004) uvádí, že je důležitá neutralita, tedy terapeut by se měl zdržet mravních hodnocení jeho skutků či myšlenek. V případě, zda nepřevzme terapeut klienta do péče, je etické odmítnutí. Terapeut má za úkol pečovat o svou zralost (Šoltés a Pullman, 2008). Terapeut by měl respektovat klientovy hodnoty, co se týče i náboženského přesvědčení. S blížícím se ukončením procesu terapeut pracuje na podpoře nezávislosti klienta, aby zamezil závislosti. Neetické jsou také sexuální vztahy (Ondok, 2005).

Mezi hlavní etické zásady dle Vymětala (2010) patří:

- **Informovaný konsensus** – povinnost terapeuta informovat o průběhu, výsledcích i možném riziku psychoterapie. Klient vstupuje do terapie dobrovolně a je nepřípustné vytvářet na klienta tlak, jelikož terapeut operuje se zásahem do osobnosti, jeho soukromí a blízkých vztahů.
- **Prokazatelně ověřené a indikované postupy a prostředky** – terapeut využívá pouze ověřených postupů na vědecké bázi, které vedou k cíli co nejšetrněji s minimem vedlejších účinků terapie. Terapeut by se neměl opírat pouze o svou osobní zkušenost a jeho soukromé názory.
- **Postupy by doporučil svým nejbližším a uplatnil i sám na sobě.**
- **Minimální intervence** – terapeut vstupuje do soukromí klienta jen v nevyhnutelně nutné míře.
- **Skutečné možnosti klienta a jeho autonomie** – je nutné respektovat možnosti a autonomii klienta a nevnučovat vlastní hodnoty a pohled na život.
- **Naprostá mlčenlivost** – naprostá mlčenlivost se týká informací klienta a jeho blízkých, zároveň tyto informace nesmí využívat mimo samotný rámec terapie.

- **Profesionální kompetence** – terapeut si uvědomuje své hranice a možnou emoční únavu. V případě, kdy terapeut pracuje s klientem za účelem odreagování vlastních frustrací, je toto jednání považováno za nemorální.
- **Zpětná vazba** – terapeut je otevřen zpětné vazbě klienta za účelem udržování kvality své práce. Pravidelně absolvuje odborné supervize.

### 3.4 Negativní účinky psychoterapie

**Negativním efekt v psychoterapii** znamená trvalejší zhoršení v důsledku působení terapie. Negativní účinky psychoterapie jsou všechny nežádoucí jevy způsobené terapií samotnou (Herzog, 2019). Nejedná se tedy o zhoršení v důsledku jiných vlivů, jako jsou například vnější události v životě klienta nebo zhoršení somatického stavu. Negativním efektem není také pouhé dočasné zhoršení stavu, jež je v některých případech považováno za žádoucí (Vymětal, 2010). Je třeba si dále uvědomit, že proces terapie může být doprovázen nepříznivou reakcí na léčbu, kterou může být stigma, zhoršení symptomů, zhoršení v oblasti psychosociálního fungování jedince. V tomto případě se jedná o jevy, které vznikly i přes správně provedenou terapii (Schermuly-Haupt et al., 2018).

Hlavní příčinou vzniku negativních efektů je nevhodná obecná, specificko-prognostická či adaptivní indikace pro psychoterapii. Klient tedy není pro psychoterapii vůbec vhodný či je zvolen nesprávný postup. Příčinou může být také nedostatečná kompetence neboli profesionalita terapeuta (Vymětal, 2010). Autoři Linden & Schermuly-Haupt (2014) se zabývají také negativními reakcemi na správně zvolený postup a označují je za vedlejší účinky. Dle Vybírala (2019) nabývají vedlejší účinky pozitivního i negativního charakteru. Vedlejší účinky do svého dělení negativních účinků přináší například Bystedt et al. (2014):

- **krátkodobé negativní účinky** – silné negativní prožívání klienta, které je dočasné;
- **neefektivita léčby** – absence pozitivních výsledků léčby;
- **zhoršení** – prohloubení potíží nebo rozvoj nových symptomů v důsledku léčby;
- **závislost** – vzniká závislost na terapeutovi nebo terapii, a to zejména u dlouhodobé léčby;



- ***dopad na další oblasti života*** – myšleno jako nedostatek pozornosti pro sociální a zájmové aktivity.

V opačném případě, kdy označujeme terapii za selhání, vznikají negativní účinky v důsledku neadekvátní léčby, neetického jednání nebo nesprávné indikace (Herzog, 2019). Mezi příčiny negativních účinků dle Bystedta et al. (2014) patří:

- ***nekompetentnost a neadekvátně aplikované metody;***
- ***potenciálně škodlivé léčebné postupy;***
- ***nedostatečná terapeutická aliance;***
- ***chybný etický úsudek a profesionální chování;***
- ***přerušování léčby.***

Jiné dělení nežádoucích účinků vzniklých v důsledku chyby terapeuta přináší Lieberei & Linden (2008). Autoři chybnými postupy míní nesprávnou diagnostiku, chybné zaměření léčby, chybné provedení terapeutických intervencí, senzitivizační procesy nebo zneužití dominantní pozice v terapeutickém vztahu. Jestliže psychoterapeut používá nedostatečně ověřené postupy, tzv. potenciálně škodlivé terapeutické postupy, jedná tak v rozporu s etickými zásadami a riskuje zhoršení stavu klienta (Lilienfield, 2007).

## 4 LAICKÁ TERAPIE

V následující kapitole se budeme zabývat problematikou laických terapií. Nejprve se zaměříme na vymezení pojmu laické terapie. Okrajově se dotkneme také alternativní léčby z medicínského hlediska, hlavní důraz klademe na laické terapie v oblasti péče o duševní zdraví a zabýváme se vybranými směry a metody laických terapeutů, s nimiž se později setkáme v empirické části. Dále zkoumáme účinné faktory působící v laické terapii a rizika, s nimiž se můžeme v laické terapii setkat. Závěrem kapitoly se věnujeme současné problematice v České republice a v zahraničí.

### 4.1 Vymezení pojmu laická terapie

**Laickou terapií** míníme pro účely této práce všechny postupy léčby psychických potíží, které provádí jedinec bez kompetencí pro výkon psychologické nebo psychoterapeutické pomoci, tedy bez psychologického vzdělání nebo absolvování dlouhodobého psychoterapeutického výcviku (podrobnější popis podmínek pro poskytování péče viz kapitola 1). Dle Vymětala (2010) laickou terapeutickou pomoc podávají lidé bez řádné psychoterapeutické kvalifikace, lidé s prosociálním zájmem o druhé nebo také bývalí pacienti, kteří byli léčeni v minulosti. Laické terapie označuje Byerstein (2001) za nezvyklé nebo pochybné – vymykají se systému hlavních psychoterapeutických směrů a jsou „*eventuálně zpochybnitelné, podezřelé a místy až ohrožující*“ (Denelová, 2010, s. 16).

Běžně se setkáváme také s pojmem alternativní léčba. Alternativní léčba existuje ve smyslu medicínském a psychoterapeutickém. Z medicínského hlediska definuje Národní zdravotnický informační portál (2024) alternativní medicínu – nebo také komplementární medicínu, jako „*pojem zahrnující všechny metody neklasické medicíny. Jejich společným znakem je, že metody a postupy nejsou opřeny o důkazy, nejsou testovány na účinnost a bezpečnost způsobem, jaký je obecně přijímaný v medicíně založené na důkazech, nebo v tomto testování selhaly.*“ V důsledku toho nejsou tyto postupy hrazeny z veřejného zdravotního pojištění nebo nemají podporu odborných společností. Odhaduje se, že až dvě třetiny světové populace vyhledává zdravotní péči z jiných zdrojů, než konvenční medicíny. Alternativní léčba převládá v rozvojových zemích, kde je klasická zdravotní péče velmi málo dostupná (Pal, 2002). Počet zájemců o alternativní léčbu vzrůstá také ve vyspělých státech (Nahin,

2001). Tento vzrůst potvrzuje také Ernst (2000). Dle jeho přehledové studie se prevalence využívání alternativní medicíny u různých onemocnění pohybuje v rozmezí 9–65%.

Prostředky alternativní medicíny se řadí dle Národního centra pro komplementární a alternativní medicínu (The National Centre for Complementary and Alternative Medicine) do těchto kategorií (Wieland et al., 2011):

- **biologická léčba** (užívání vitamínů, minerálů, bylinných produktů a doplňků stravy);
- **postupy zaměřené na tělo a jeho manipulaci** (masáže, baňkování, alternativní druhy rehabilitace);
- **postupy využívající lidské mysli pro ovlivnění tělesných funkcí** (jóga, tai chi, modlitba);
- **energeticky založené metody a metody využívající energická pole** (reiki);
- **samostatné léčebné systémy tradičních směrů** (homeopatie, tradiční čínská medicína, ajurvéda).

Alternativní léčba ve smyslu psychoterapeutickém zahrnuje široké spektrum různých přístupů. Alternativními a okrajovými psychoterapeutickými směry se zabývala Danelová (2010) ve své přehledové skupiny. Na základě odborné literatury rozdělila laické terapie do těchto skupin:

- **spirituálně orientované terapie** – vychází z myšlenkových systémů konkrétního náboženství; jsou založeny na modlitbách, čtení náboženských textů, výuce spirituálních konceptů, meditaci apod.;
- **psychoterapeutické kultury** – jsou charakteristické úmyslným vytvářením závislých vztahů ze strany autority; vírou příslušníků ve schopnosti této autority; nekritickou oddaností; skupinovou identitou; manipulativními technikami, kontrolou a izolací od vnějšího světa;
- **alternativní a komplementární psychoterapie v rámci CAM** – u těchto přístupů dochází k působení psychologických faktorů jako intenzivní interakce s léčitелеm, aktivní zapojení klienta do procesu léčby, hledání smyslu nemoci; více viz výše.
- **terapie New Age** – viz níže.

Americká psychologická asociace pojmem New Age označuje terapie, které postrádají vědecký základ a nejsou odborníky považovány za validní terapeutické postupy. New Age terapie se odvolávají většinou na postřehy z pozorování samotných zakladatelů metod nebo ohlasů účastníků (APA, 2018). Terapie New Age vychází z hnutí, které má počátek v USA v šedesátých letech minulého století a je charakterizováno odmítáním racionality a kritického myšlení, odmítáním materialistické společnosti, usilováním o duchovní změnu, transformací vztahu k lidem a přírodě a fluidní spiritualitou (Groothuis, 1995; Singer & Nievod, 2003). Filozofii hnutí New Age lze chápat jako soubor přesvědčení a praktik založených na předpokladu existence „*posvátné pravdy*“, kterou není možné racionálně pochopit. Myšlenky New Age jsou zprostředkovány prostřednictvím webových stránek, časopisů, knih, kurzů narůstají v západním světě na své oblíbenosti (Berg, 2008). New Age praktiky jsou založené na esoterismu – jedná se o souhrnné označení pro duchovní hnutí západní kultury, které věří ve skryté nebo tajné přírodních či kosmické síly (Tiryakian, 1972). Terapie New Age jsou dále typické prací s magnety, krystaly, médii a energiemi obecně. Tyto energie zahrnují například životní energii, mentální energii, spirituální sílu a astrální energii a řadu dalších. Existenci těchto energií se nedokázalo prokázat (Kaptchuk, & Eisenberg, 2001).

V rozsáhlé publikaci Lilienfelda et al. (2003) zabývající se pseudovědami v klinické psychologii jsou popsány typické předpoklady pro New Age orientované terapie:

- ***minulé životy*** – každý jedinec má za sebou jeden či více minulých životů, a aspekty těchto minulých životů mohou ovlivňovat jeho současný život;
- ***trauma z dětství*** – traumatické zážitky jsou hlavní příčinou všech emočních problémů;
- ***znovuprožití traumatické zkušenosti*** – oživení a znovuprožití traumatu vede k uzdravení;
- ***regrese*** – klient se vrací se k momentu svého narození, v terapii se „znovuzrodí“ a následně je správně převychováván terapeutem;
- ***očista*** – ventilace emocí spojených s minulými i současnými zkušenostmi vede k uzdravení;

- **nadpřirozené jevy** – ve světě, který je vnímán jako plný magických sil, jsou někteří jedinci považováni za nadané, aby s těmito silami pracovali; dále existují mimozemšťané, kteří údajně unášejí lidi a provádějí s nimi experimenty
- **sexuální kontakt** – sexuální vztah mezi terapeutem a klientem je akceptovatelný.

## 4.2 Vybrané techniky laické terapie

V následující části stručně představíme **vybrané techniky laické terapie**, s nimiž se později setkáme v empirické části u respondentek, které jednu z těchto terapií absolvovaly. Součástí těchto terapií jsou myšlenky hnutí New Age; dané terapie nespádají pod oficiálně akreditované psychoterapeutické výcviky; nejsou vědecky ověřené; nebo je provádí nekompetentní jedinec pro terapeutickou práci.

**Rodinné konstelace** – technika rodinných konstelací je postavena na základě odkrývání nevědomých příčin problémů, které mají původ v rodinném systému a působí v lidských vztazích (Hellinger, 2000). V průběhu si klient tvoří obraz rodinného systému pomocí vybraných zástupců, snaží se vnímat jejich pocity a myšlenky. Cílem rodinných konstelací je přijetí a změna postoje k určité životní situaci nebo skupině (Jacobsen, 2009).

**Kartářství** – technika výkladu karet spočívá v poskytování podpory v zátěžových situacích pomocí předvídání budoucnosti. Klientovi je dodávána naděje, ujištění ohledně obávaných událostí a poskytování pozitivních předpovědí různých životních milníků (Kissmana, 1990).

**Metoda Cesta** – jedná se o techniku složenou z několika po sobě jdoucích kroků, například řízené imaginace, introspekce a rozhovoru s terapeutem (Bays, 2008). Metoda Cesta spočívá v odkrytí zablokovaných problémů a jejich uvolnění, které přináší přirozené uzdravování (Pert, 1997).

**Regresní terapie** – funguje na principu navrácení se v myslí do zážitků své minulosti nebo minulých životů na základě asociací. Traumatické zážitky jsou příčinou psychických a psychosomatických potíží a klient v průběhu objevuje jejich příčinu. Proces je doprovázen silnou emocionální reakcí, kterou zpracovává v průběhu terapie. Cílem terapie je uvolnění potlačených emocí (Dragomirecký, 2007).

## 4.3 Účinné faktory v laické terapii

Národní zdravotnický informační portál (2024) uvádí, že *„se pacienti obracejí k alternativní medicíně tehdy, když jim medicína klasická není schopna nabídnout uspokojivou léčbu a když očekávají alespoň malou naději pro vyléčení.“* Sirois (2008) zkoumal motivaci pro vyhledání alternativní léčby a identifikoval dva hlavní důvody. Prvním z nich je převzetí aktivní role za své zdraví a druhým důvodem pro vyhledání laické pomoci je neúčinná konvenční medicína. U krátkodobých a střednědobých léčeb různých okruhů nemocí bylo zjištěno, že *„úspěšní laičtí psychoterapeuti byli zvýšeně empatičtí, projevovali o pacienty upřímný zájem, řešili s nimi jejich problémy jako rovný s rovným a s pochopením pro jejich prožívání, stran výsledku terapie byli optimističtější, projevovali entuziasmus a věřili tomu, co dělali“* (Vymětal, 2010, s. 130).

Laická terapie dokáže být mnohdy účinná, může prospět, nasměrovat nebo poskytnout úlevu (Vybíral & Danelová, 2010). Danelová uvádí, že je však mimořádně obtížné vytvořit nástroj evaluace terapeutických intervencí. Dle Vymětala (2010) působí v laické terapii především **obecné účinné faktory**, které jsou součástí běžných mezosobních vztahů postavených na vzájemném respektu, úctě a snaze o pochopení druhého. Obecné účinné faktory jsou přítomny v praktikách šamanů, kouzelníků u přírodních národů, léčitelů a všude tam, kde se užívá rituálů za účelem pomoci. Tento vliv připisujeme placebo účinku, postaveném na sugesci a učení, jež mohou působit i na centrální neurovegetativní regulaci. U placebo efektu dochází k úlevě od potíží za použití jinak neúčinného postupu na základě pacientovy víry a očekávání, že mu daný postup pomůže (Benedetti, 2013). K psychologickému působení dochází pomocí faktorů sugescie a abreakce, pokud jsou naplněny tyto podmínky: společný obraz světa terapeuta a klienta; terapeut je vnímán jako mocný a schopný vyvolat změnu u klienta, klient má v terapeuta plnou důvěru; klient očekává změnu k lepšímu a jeho pozitivní očekávání narůstá; terapeut používá zřetelnou techniku jasně vymezenou pro tento účel (Vymětal, 2010).

Beyerstein (2003) hovoří v souvislosti alternativních a okrajových směrů psychoterapie o faktorech vyvolávajících nikoli reálný účinek, ale tzv. iluzi účinnosti. Mezi tyto faktory autor řadí přirozený průběh nemoci, placebo efekt, očekávání klienta, krátkodobé zlepšení interpretované jako vyléčení, vnímání změny, která reálně nenastala, chybnou původní diagnózu nebo prognózu onemocnění.

## 4.4 Rizikové faktory v laické terapii

Laické terapie jsou diskutovanou problematikou a odborníci je nepovažují za bezpečné a důvěryhodné. Jedním z hlavních důvodů je odklon od vědeckého pojetí – postupy nejsou dostatečně vědecky podloženy nebo jsou jejich teorie neúplné (Vybíral & Danelová, 2010). Pacienti s vážným onemocněním, kteří dají přednost alternativní medicíně před řádnou léčbou, se vystavují **riziku** negativních následků (Heřt, 2011).

Beyerstein (2001) naráží na to, že terapii mnohdy poskytují nedostatečně kvalifikovaní jedinci. *„Tento fakt vychází ze skutečnosti, že kurzy a výcviky v alternativních terapiích jsou koncipovány tak, že zde neprobíhá žádný předvýběr uchazečů, nejsou tedy nijak hodnoceny předchozí zkušenosti účastníků a kurzu se může zúčastnit v podstatě každý. Stejně tak může po skončení kurzu každý z nich vykonávat danou metodu, či terapii ve své praxi bez nutnosti další kvalifikace“* (Kopřivová, 2012, s. 11). Úspěšnost terapie propagují laičtí terapeuti ve formátu osobních svědectví a příběhů, které šíří mimo jiné pomocí masových médií (Danelová, 2010). Laičtí terapeuti zaručují rychlý a trvalý účinek, proměnu života a nalezení jeho smyslu (Vybíral & Denelová, 2010). Dle Fariase & Granqvisty (2007) jsou obvyklou cílovou skupinou zejména jedinci motivovaní sebepoznáním, ale také lidé v obtížné situaci, lidé sugestibilní s vyšší citlivostí k manipulaci nebo magickým myšlením. Před rizikem manipulace v laických terapiích varuje např. Beyerstein (2001).

Singer & Nievod (2003) upozorňují na problematiku závislosti klienta na terapeutovi nebo terapii. Tato závislost může vzniknout v důsledku toho, že se jedinec začlení do systému vysvětlení, víry a přesvědčení a zapojí se do širší skupiny osob stejně smýšlejících. Autoři dále naráží problém vnucování klientovi vůli terapeuta nebo porušení důvěrné roli terapeuta. V případě, že je laická terapie nefunkční, je vina přičítána klientovi (Kopřivová, 2011).

McNally (2003) popisuje problematické vlastností New age terapií, ke kterým patří nadměrné užívání ad hoc hypotéz tak, převažující důkazy potvrzení, absence sebekorekce, spoléhání na svědectví a neoficiální důkazy nebo používání obskurního jazyka.

## 4.5 Současná problematika laické terapie v České republice

K rozmachu laické terapie došlo současně s pandemií COVID-19. Čechové z výboru České psychoterapeutické asociace poukazuje na to, že došlo k výraznému nárůstu poptávky psychické pomoci (Vltavský, 2023). Čechová sleduje problém především v tom, že psychoterapeutické služby může poskytovat téměř kdokoli bez postihnutí. I v případech, kdy symptomy klientů splňují diagnostická kritéria závažných duševních nemocí, vnukávají jim laičtí terapeuti pocit, že si za své problémy mohou sami.

V České republice se začalo upozorňovat na laické terapeuty prostřednictvím médií. Např. Kladirová (2023) varuje před prodejem podvodných léčiv: *„Jedním z podvodných „zázraků“ je třeba drahokam, který má uvolňovat energii z minerálů, a z obyčejné vody na pití udělá téměř zázračnou, která podle recenzí uživatelů na webových stránkách lidem pomůže od únavy nebo úzkostí. Údajně stačí k výrobku přiložit i jen nádobu na vodu.“* Na sociálních sítích se současné problematice laických terapeutů věnují například instagramové profily *Lovci klamu* (n.d.), *Klamatéři* (n.d.) nebo facebooková skupina *Psychokraviny?* sloužící ke sdílení poznatků o pochybných postupech, které působí jako psychologické nebo psychoterapeutické služby. Cílem je otevření diskuze, ochrana klientů a široké veřejnosti před potenciálně poškozujícími službami (Psychokraviny?, n.d.).

Mahlerová et al. (2022) se věnují problematice laických terapeutů v sérii novinových článků, kde označují současné laické terapeuty pojmem *Klamatéři* či *obchodníci se zranitelností*. Mahlerová (2022a) přináší poznatky z rozhovorů s poškozenými klienty laických terapeutů. U těchto klientů došlo k prohloubení psychických potíží; laickou terapii vyhledali, protože je zklamala tradiční medicína. Dle autorky můžeme laického terapeuta poznat pomocí často užívaných frází: *„Objev svůj vyšší potenciál; probud' v sobě bohyni; nastup na cestu transformace; vyleč si své trauma; bude to těžké, budeš se cítit mizerně, ale bude to stát za to.“* Dále upozorňuje na praktiky laických terapeutů jako jsou: *„lákání na dárky, motivace k dalším investicím, skryté obviňování, odvolávání se na osobní příběh, vyjadřování falešných citů, na sociálních sítích dohledatelné pouze pozitivní recenze.“* (Mahlerová et al., 2022). V této sérii se k problematice laických terapií vyjadřuje řada dalších



odborníků. Procházka pozoruje dostupnost služeb laických terapeutů, touhu po zázraku, hledání zkratk a okamžitých řešení. Za vysoce rizikové považuje to, že laičtí terapeuti jsou mnohdy amatéři, kteří se rozhodli na základě kurzu či knížky, že umí, vědí a mohou konat. „*Najdou si svoje ovečky a za velké peníze si je udržují*“ (Mahlerová, 2022c, s. 2). Mazalová se zabývá praktikami laických terapeutů u cílové skupiny žen: „*ženy nad svou situací ztrácejí nadhled. Začnou se obklopovat jen ženami z kurzů a vzájemně se utvrzují, že je jejich cesta správná. Lektorky říkají, že pokud účastnicím kurzu někdo tvrdí, že se změnil, tak je to dobře, že je to potvrzení duchovního růstu*“ (Mahlerová, 2022b, s. 3). Dále upozorňuje na propracované marketingové strategie, díky kterým jsou kurzy tak lákavé. Svě služby šíří na sociálních sítích, kde se na první pohled prezentují nabídkou šťastného a bezstarostného života: „*Pokud chcete žít život, jaký žiju já, není problém, stačí si koupit kurz*“ (Mahlerová, 2022b, s. 2). K tématu laických terapií se vyjadřuje také Pechová. Lidé, kteří se zabývají ezoterními či okultními myšlenkami v uzavřených skupinách se pak mohou jevit jako sekty. Tyto skupiny nemusí být ničím škodlivé, ačkoliv v některých případech se může jednat o byznys, který vede mnohdy ke zneužití spirituality (Mahlerová, 2022c, s. 2).

# EMPIRICKÁ ČÁST

# 5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Z teoretické části práce vyplývá, že péči o člověka s psychickými potížemi poskytují mimo systém odborníků na duševní zdraví také „laikové“ bez dostatečného vzdělání a kompetencí. Vzhledem k nedostatečnému legislativnímu ukotvení poskytování terapeutických služeb se zde dostávají jedinci nekompetentní, tzv. **laičtí terapeuti**. Pozornost získávají především skrze internetové stránky a profily na sociálních sítích, kde prezentují své terapeutické služby. Pro člověka hledajícího pomoc se tak můžou stát snadnou a rychlou možností, jak ulevit svým psychickým potížím. Vzhledem k tomu, že práce s duševními obtížemi vyžaduje odborný přístup, péče v rukou laického terapeuta může stav nemocného zkomplikovat. Proto považujeme toto jednání za rizikové. Cílem práce je prozkoumat **rizika laické terapie** a její **vliv na psychiku jedinců**.

V České republice doposud nenalezneme relevantní výzkumy týkající se léčby laických terapeutů. Problémem je nedostatek jak kvantitativních, tak kvalitativních studií. Téma laické terapie se již objevilo v médiích, přesto jej stále vnímáme jako nedostatečně probádané. Zastáváme názor, že je důležité informovat širší veřejnost o odborných možnostech péče a poukázat na rizika léčby v podobě laické terapie.

## 5.1 Cíle výzkumu

**Primárním cílem výzkumu** je porozumět zkušenostem respondentek<sup>1</sup>, které se léčily s psychickými potížemi u laických terapeutů. Chceme představit jedinečné příběhy respondentek, které nám umožní co nejlépe pochopit danou problematiku. Pro uchopení širšího kontextu zkoumáme motivaci k vyhledání laické terapie, prožívání v průběhu laické terapie, vliv laické terapie na psychické potíže, subjektivně vnímaná rizika laické terapie a postupy a metody používané v laické terapii.

V návaznosti na výzkumný problém jsme stanovili **dílčí výzkumné cíle**:

1. porozumění motivace respondentek k vyhledání laické terapie;
2. porozumění psychickému prožívání respondentek v průběhu laické terapie;
3. popsání vlivu laické terapie na psychické potíže respondentek;

---

<sup>1</sup> Vzhledem k tomu, že výzkumný soubor tvoří pouze ženy, budeme dále hovořit o *respondentkách* nebo *účastnicích výzkumu v ženském rodě*.

4. zanalyzování vnímaných rizik v souvislosti s absolvováním laické terapie;
5. zmapování postupů a metod používaných v laické terapii.

## 5.2 Výzkumné otázky

Z primárního výzkumného cíle vychází **hlavní výzkumná otázka**, která zní následovně: Jaké jsou zkušenosti respondentek, které se léčily s psychickými potížemi u laických terapeutů? Dílčí výzkumné otázky jsme stanovili na základě jednotlivých výzkumných cílů. Tyto otázky nám umožňují zaměřením se na konkrétní oblasti problematiky a jejich zodpovězením můžeme naplnit výzkumné cíle. Zvolené výzkumné otázky jsou v souladu s kvalitativním typem výzkumu a způsobem práce s daty, konkrétně interpretativní fenomenologickou analýzou (IPA), explorativní povahy.

Vzhledem k tomu, že chceme porozumět individuální zkušenosti a přisuzovanému významu respondentek, jsou výzkumné otázky zaměřeny fenomenologicky. Výzkumné otázky v IPA slouží k popisu subjektivního prožívání a vnímání zkušenosti jedince a přiřazenému smyslu (Řiháček et al., 2013).

V návaznosti na cíle výzkumu byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- **Výzkumná otázka č. 1:** Jaká byla motivace respondentek k vyhledání laické terapie?
- **Výzkumná otázka č. 2:** Jak respondentky prožívaly průběh laické terapie po psychické stránce?
- **Výzkumná otázka č. 3:** Jak reflektují respondentky vliv laické terapie na psychické potíže?
- **Výzkumná otázka č. 4:** Jaká rizika vnímají respondentky v souvislosti s absolvováním laické terapie?
- **Výzkumná otázka č. 5:** Jaké postupy a metody byly použity v laické terapii?

# 6 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

Cílem následující části práce je představení metodologického rámce výzkumu, který zahrnuje popis zvoleného typu výzkumu, metody získávání dat a metody fixace, zpracování a analýzy dat. Kapitulu uzavíráme popisem realizace výzkumného šetření.

## 6.1 Typ výzkumu

V návaznosti na povahu zkoumaného výzkumného problému a jeho jednotlivé cíle, byl zvolen **kvalitativní přístup**. Daný typ přístupu jsme zvolili z důvodu holistického pojetí; umožňuje nám tedy zkoumat člověka, skupinu, jejich produkty či nějakou událost v celém rozsahu (Ferjenčík, 2015). Dle Miovského (2006) je ze své podstaty jedinečný, neopakovatelný, dynamický a procesuální. Primárním cílem kvalitativního výzkumu je znázornění toho, jak lidé v konkrétním prostředí a situaci interpretují události, jaká je motivace jejich chování a interakcí. Výhodou také je, že nám umožňují pochopit problém více do hloubky (Hendl, 2016).

Jako typ výzkumu byla vzhledem k výzkumnému problému vybrána **vícepřípadová studie**. Vícepřípadová studie je charakteristická sběrem velkého množství dat od několika málo jedinců. Snažíme se tak zachytit složitost případu v celém jeho kontextu (Ferjenčík, 2015). Tento typ výzkumu nám umožňuje flexibilitu při tvorbě výzkumného souboru a získání komplexních kvalitativních dat (Miovský, 2006).

## 6.2 Metody získávání dat

Pro sběr dat jsme jako primární metodu získávání dat zvolili **polostrukturovaný rozhovor**. Polostrukturovaný rozhovor čítá mnoho výhod oproti rozhovoru strukturovanému nebo nestrukturovanému. Výzkumník si připravuje otázky předem a aby byla výtěžnost rozhovoru co nejvyšší, smí v průběhu rozhovoru zaměnit jejich pořadí, některé z otázek může vynechat, pozměnit či doplnit (Miovský, 2006). Tato metoda přináší také prostor respondentovi k tomu, aby upřednostnil a podrobněji prozkoumal to, co považuje za klíčové v dané oblasti, což přispívá k autentičnosti a hloubce pochopení námi zkoumané problematiky (Blokšová, 2014). Polostrukturovaný rozhovor byl zvolen i z toho důvodu, že se používá nejčastěji u IPA (Řicháček et al., 2013).

Podpůrnou metodou dat v našem výzkumu bylo **pozorování**. V průběhu rozhovoru přirozeně pozorujeme chování a prožívání druhého člověka. Díky tomu nás lépe vede ve směřování dotazů a umožňuje získat cennějších a osobitějších informací (Hendl, 2016). Během rozhovoru jsme se soustředili na emoční doprovod vyprávění, volbu slov, neverbální komunikaci a míru otevřenosti ve sdílení specifických témat.

Vzhledem k tomu, že neexistuje standardizovaná metoda sloužící k zodpovězení našich výzkumných otázek, sestavili jsme rozhovor s vlastními otázkami. Tato skutečnost nám umožňuje sestavení rozhovoru na míru výzkumným cílům, a zároveň poskytuje podrobné zaměření na různé oblasti jednotlivých případů. I z toho důvodu, že cílem práce není tvorba nové teorie, považujeme vlastní konstrukci za ideální volbu. Polostrukturovaný rozhovor byl sestaven tak, aby naplnil výzkumné cíle a přinesl odpovědi na výzkumné otázky. Vzhledem k jedinečnosti každého případu jsme v průběhu rozhovoru otázky přizpůsobili tak, aby byly pro daný případ přiléhavé a získali jsme tak maximálně užitečné informace.

V úvodu rozhovoru byly respondentky seznámeny s etickými náležitostmi a proběhl krátký rozhovor za účelem uvolnění atmosféry. Zároveň jsme se řídili doporučením Hendla (2016) pokládáním otázek od méně náročných k citlivějším otázkám. Závěrem jsme respondentky namotivovaly tématem, které bylo pro ně příjemné, přičemž i v této fázi můžeme získat užitečné informace. Abychom naplnili **jádro rozhovoru**, musely být probrány tyto tematické okruhy:

- **Základní informace o respondentce a absolvované laické terapii** – prvotní otázky se zaměřovaly na sociodemografické údaje respondentek. Následně jsme se zajímali o základní informace týkající se zkušenosti jak s odborníky na duševní zdraví, tak i s laicky vedenou terapií.
- **Popis průběhu terapie a práce terapeuta** – otázky směřovaly k uvedení do kontextu průběhu laické terapie a práce terapeuta. Věnovali jsme se motivaci vyhledání terapie, jednotlivým setkáním, vývoji v čase a konkrétním technikám. Zaměřili jsme se na popis práce terapeuta a vnímání jeho osoby respondentkou.
- **Prožívání respondenta a proměna potíží** – zajímali jsme se o veškeré aspekty prožívání v průběhu terapie. Mapovali jsme psychické potíže před zahájením léčby, jejich proměnu v čase a po ukončení laické terapie.

## 6.3 Metody fixace a zpracování dat

Pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru byla získána data, která byla **fixována** na datovou matici ve formě audionahrávky. Zvukový záznam disponuje velkým množstvím výhod. Záznam je autentický a vzhledem k tomu, že zachycuje přesnou obsahovou stránku, napomáhá zachytit kvalitu mluveného slova, tedy sílu hlasu, důraz či pauzy v rozhovoru (Miovský, 2006). V rámci našeho výzkumu byl zvolen audiozáznam na mobilní zařízení, které bylo umístěno tak, aby neovlivňovalo průběh rozhovoru, a zároveň mohlo zajistit srozumitelnou nahrávku. Každý audiozáznam byl po rozhovoru přemístěn do počítače a z mobilního zařízení smazán. Nahrávku jsme ponechali pouze v počítači a po dokončení analýzy dat a zpracování výsledků smazali. Respondentky byly upozorněny na začátek i konec nahrávání. Svůj souhlas s audiozáznamem stvrdily všechny účastnice výzkumu podepsáním informovaného souhlasu před samotným rozhovorem.

Následně jsme se věnovali **zpracování a analýze dat**, tzv. data managementu. Úvodním krokem data managementu je transkripce, kterou rozumíme převedení dat netextové povahy do textové podoby. Abychom zachytili data co nejpřesněji, zvolili jsme formu doslovné transkripce. K přepisu rozhovorů byl využit textový editor Microsoft Word. Každý rozhovor byl zkontrolován a případně opraven opakovaným poslechem za účelem minimalizování vlivu výzkumníka (Mišovič, 2019). Text byl doplněn o kvalitativní detaily rozhovoru (pauzy, tón hlasu) a dojmy pozorovatele, které jsou důležité při analýze dat. Za účelem tvorby přehledného a plynulého textu jsme uplatnili redukci prvního řádu. Redukce prvního řádu umožňuje odstranění slov tvořících tzv. slovní vatu a informace, které nenesou významnou informační hodnotu (Miovský, 2006). Výsledné texty byly nadále zpracovány v programu ATLAS.ti nabízející velké množství nástrojů pro přehlednou práci s daty.

## 6.4 Metody analýzy dat

V návaznosti na stanovené výzkumné otázky jsme jako metodu analýzy dat zvolili **interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA)**, která umožňuje detailně prozkoumat, jak jedinec utváří význam žité zkušenosti a porozumění jednotlivým událostem nebo procesu (Řiháček et al., 2013). Výsledkem analýzy je interpretace získaných zkušeností výzkumníkem (Mišovič, 2019). Musíme vzít v úvahu, že

zkušenost je vytvářena jako výsledek vzájemného sdílení mezi výzkumníkem a respondentem. Interpretace této zkušenosti vyžaduje určitou opatrnost a závěry analýzy považujeme za prozatímní. U IPA se setkáváme s nevýhodou nízké zobecnitelnosti výsledků na populaci (Řiháček et al., 2013).

Po celou dobu zpracování dat jsme se drželi postupů autorů interpretativní fenomenologické analýzy (Smith & Osborn, 2007) zpracovanou českými autory Řiháčkem et al. (2013).

**0. Sebereflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkum:** před počátkem výzkumu je důležitá reflexe vztahu výzkumníka k danému tématu. Cílem reflexe je zvýšení objektivity a snížení subjektivního zkreslení výzkumníkem, které by mohlo zasahovat do celého průběhu výzkumu (dále viz kapitola č. 9 *Reflexe výzkumníka*).

**1. Čtení a opakované čtení:** po přepisu rozhovoru jsme text opakovaně pročítali v programu ATLAS.ti. Při tomto procesu nám napomohlo opětovné poslechnutí audiozáznamu, který umožňuje zachycení dalších podrobností, a tím poskytuje lepší ponoření do případu.

**2. Počáteční poznámky a komentáře:** následovala důkladná součást analýzy, při které jsme si podtrhávali celé pasáže textu, nebo značili detaily, které jsme považovali za významné. K částem textu byly připsány také odpovídající poznámky získané pozorováním. Důležité části rozhovoru byly označeny vlastními kódy a ty byly později v další fázi zařazeny do vznikajících tematických celků.

**3. Rozvíjení vzniklých témat:** v tomto kroku začínáme pracovat více s vlastními komentáři a poznámkami než s původním textem. Záměrem fáze je tyto poznámky přetvořit do výstižných tematických celků. Témata jsou pojmenována abstraktněji, ale zároveň aby bylo zachováno provázání s původním vyjádřením. Pro lepší přehlednost byla témata v programu barevně odlišena.

**4. Hledání souvislostí mezi tématy:** v této fázi byla zkoumána hlavní témata jednotlivých respondentů a souvislost mezi nimi. Témata, která spadala do jedné oblasti, byla označena nadřazený jménem. Ve výsledku byla dokončena finální podoba témat a podtémat. Také byla vytvořena grafická schémata



pomocí programu MAXQDA 24, která znázorňují vzájemnou provázanost mezi tématy a podtématy.

**5. Analýza dalších případů:** opakování postupu 1. – 4. fáze pro všechny případy.

**6. Hledání vzorců mezi tématy:** závěrečným krokem analýzy bylo hledání vzorců napříč tématy, kdy jsme hledali souvislosti případů navzájem. Výsledkem této fáze bylo utvoření společných témat.

Z tohoto postupu plynou výsledky výzkumu, které nejprve představují jednotlivé případy, dále seznamují s primárními tematickými celky jednotlivých respondentek a následně jsou prezentovány témata společná pro více respondentek. Výsledky výzkumu jsou doplněny přímými citacemi pro zachování důvěryhodnosti.

## 6.5 Realizace výzkumného šetření

Sběr dat proběhnul v září a říjnu roku 2023. Zájemci o účast ve výzkumu oslovili výzkumníka přes kontakt, který byl uvedený v letáčku (více viz níže). Po ověření splnění stanovených kritérií byly účastnice výzkumu informovány pomocí e-mailové, popř. telefonické komunikace. V rámci prvního kontaktu získaly respondentky základní informace o výzkumníkovi a o povaze celého výzkumu. Následně byly domluveny termíny jednotlivých setkání. Před zahájením výzkumného šetření byla účastnicím prezentována jeho podstata, očekávaný průběh, přibližná délka trvání a také nastínění okruhů rozhovoru. Účastnice měly možnost klást před zahájením jakékoliv dotazy týkající se výzkumu. Respondentky byly před začátkem rozhovoru seznámeny s informativním souhlasem. Po ukončení rozhovoru všechny respondentky souhlasily s možností opětovného kontaktování pro případ zodpovězení dodatečných dotazů a zasláním výsledků výzkumu.

Rozhovory probíhaly v nestandardizovaném prostředí. Za účelem zajištění konformity respondentek si mohly dle svých preferencí zvolit formu a čas setkání. Čtyři rozhovory proběhly on-line pomocí platformy Zoom, jeden z rozhovorů se uskutečnil formou osobního setkání. Osobní setkání proběhlo v nerušeném, diskrétním a příjemném prostředí. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí 50–95 minut. Všechny rozhovory byly zaznamenány na diktafon, přičemž audiozáznam následně posloužil pro přepis rozhovoru.

# 7 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Kritéria pro stanovený výzkumný soubor vychází z primárního výzkumného cíle, kterým je porozumění prožívání respondentek se zkušeností léčby psychických potíží u laických terapeutů. Pro zařazení do výzkumu musela být splněna následující kritéria:

- Do výzkumu byly zařazeny **dospělé osoby**, které vyhledaly laickou terapii za účelem léčby **psychických potíží**. Pro účast ve výzkumu nebylo nutné mít konkrétní diagnózu stanovenou odborníkem.
- Další podmínkou bylo absolvování **alespoň tří sezení u laického terapeuta**. Toto kritérium bylo určeno, abychom zajistili, že se do výzkumu nepřihlásí osoby s jednorázovou zkušeností a chtěli jsme zachytit prožívání v dlouhodobém měřítku.
- Počátek laické terapie se datuje nejvýše **před třemi lety**. Účelem této podmínky bylo, aby se osoby dokázaly rozpomenout na podrobnosti zkušenosti, a tím jsme předešli zkreslení popisu zkušenosti z důvodu případného delšího časového odstupu.
- Posledním z kritérií bylo **reflektování rizik** na prožívání. Tato podmínka nebyla záměrně uvedena na letáčku; osoby byly o tomto kritériu informovány až vzápětí a padlo rozhodnutí o účasti ve výzkumu.

Výzkumný vzorek jsme získali pomocí nepravděpodobností metody. Jednalo se konkrétně o kombinaci metod **záměrného (účelného) výběru** a **samovýběru**. Metoda záměrného výběru je založena na cíleném vyhledávání respondentů, kteří splňují předem stanovená kritéria a souhlasí s účastí ve výzkumu (Miovský, 2006). První kontakt proběhl prostřednictvím propagačního materiálu ve formě letáčku, který seznámil potenciální uchazeče s povahou výzkumu, podmínkami pro účast a informacemi o výzkumníkovi. Letáček byl zveřejněn na sociálních sítích. Uchazeči měli možnost projevit zájem o účast přes e-mailovou adresu nebo skrze telefonický kontakt. Do výzkumného šetření se přihlásily pouze ženy. Účastnice výzkumu byly zvoleny na základě **samovýběru**, který je dle Miovského (2006) charakterizován principem dobrovolnosti a aktivního projevení zájmu.

Náš výzkumný soubor je tvořen **pěti respondentkami**. Tento počet jsme stanovili v souladu se zvolenou metodou IPA, která využívá nižšího počtu respondentů za účelem detailní analýzy zkušenosti jednotlivých respondentů (Řiháček et al., 2013). Jedná se o respondentky ve věkovém rozmezí 23–53 let.

V následující tabulce uvádíme základní údaje jednotlivých účastnic výzkumu. Jména respondentek jsou pozměněna za účelem zachování anonymity.

*Tabulka č. 1: Výzkumný soubor*

Jméno	Věk	Rodinný stav	Vzdělání	Zaměstnání	Celková doba terapií/počet sezení	Uplynulá doba od počátku terapie
Hana	34	svobodná	vysokoškolské	administrativní pracovník	9 sezení	3 roky
Aneta	23	svobodná	vysokoškolské	student referent	2 roky	2 roky
Pavla	28	svobodná	vysokoškolské	životního prostředí	1 rok	1 rok
Lucie	48	svobodná	středoškolské	pedagog	2 roky	3 roky
Ivana	53	svobodná	vysokoškolské	psycholog	6 měsíců	3 roky

## 8 ETICKÁ STRÁNKA VÝZKUMU

Všechny účastnice byly před rozhovorem seznámeny s etickými aspekty výzkumu. Účast respondentek ve výzkumu byla **zcela dobrovolná**. Respondentky byly seznámeny se svými právy, které zahrnovaly možnost kladení dotazů, ukončení výzkumu kdykoliv v jeho průběhu i bez udání důvodů, či odmítnutí odpovídat na některé z otázek. Závěrem měly respondentky prostor pro doplnění a zpětnou vazbu pro výzkumníka.

Respondentky byly před zahájením rozhovoru informovány o **podstatě výzkumu, nakládání a využití získaných dat**. Všechny účastnice souhlasily s pořízením digitálního záznamu na nahrávací zařízení. Audionahrávka byla umístěna na jednotné fyzické úložiště, aby k ní měl přístup pouze výzkumník. Audionahrávky byly po dokončení analýzy dat a zpracování výsledků výzkumu smazány. Všechny identifikační údaje, včetně jmen respondentů, dalších osob či míst zmíněných v průběhu rozhovoru, byly pozmeněny. Díky tomu jsme mohli respondentkám zabezpečit **plné zachování anonymity**.

Rozhovory byly vedeny s respondentkami, u kterých jsou psychické potíže v současné době stabilizované, popř. v odborné péči, abychom předešli možnému rozvoji zátěže. Účastnicím byl zaručen citlivý, nehodnotící přístup výzkumníka. Výzkumník byl povinen v průběhu rozhovoru sledovat stav respondentky. Při ukončení rozhovoru si výzkumník ověřil, zda může setkání ukončit, a také dal respondentce nabídku, že se může v případě potřeby na výzkumníka obrátit.

Všechny výše zmíněné náležitosti respondentky stvrdily podepsáním **informovaného souhlasu**. V případě on-line vedených rozhovorů se jednalo o podepsání souhlasu v elektronické podobě.

Jsme si vědomi toho, že samotná **povaha výzkumného problému** může vyvolávat otázky týkající se etiky. Vzhledem k tomu, že je cílem práce upozornit na možná rizika léčby u laických terapeutů, byly do výzkumu zařazeny výhradně osoby, které splnily podmínku reflektování rizik na jejich prožívání.

## 9 REFLEXE VÝZKUMNÍKA

V následující kapitole se věnujeme **reflexi výzkumníka a motivaci pro sepsání tématu**<sup>2</sup>. Jak je již uvedeno výše, sebereflexe výzkumníka je nultou fází analýzy dat, kterou provádí výzkumník za účelem zvýšení objektivitu a snížení subjektivního zkreslení výzkumníkem, které by mohlo zasahovat do celého průběhu výzkumu (Řiháček et al., 2013).

V minulosti jsem se ve svém okolí setkala s mnoha lidmi, kteří se zajímali o *esoteriku a alternativní léčbu*, nicméně jsem tomu nevěnovala příliš pozornost. Považovala jsem to za jejich osobní volbu. Můj pohled na tuto problematiku se změnil, když jsem se začala setkávat, zejména na sociálních sítích, s lidmi nabízejícími zázračnou terapii. Zarazilo mě, když tito jedinci uváděli, že jejich léčba slibuje stoprocentní úspěšnost. Přestože neměli dostatečné vzdělání, sami sebe nazývali terapeuty. Za své služby pak žádali vysoké finanční částky. Díky reportáži s Romanou Mazalovou a Julií Mahlerovou jsem se dozvěděla o tom, že se jedná o novodobý klam.

Později jsem se ze zajímavosti zúčastnila jednorázové akce, která probíhala formou skupinového setkání. Dle popisu bylo primárním záměrem setkání *propojení sama se sebou*. Byla zde však zmíněna také možnost otevření traumat. Setkání se zúčastnily pouze ženy a bylo provázené hudbou, tancem a sdílením. Samotnou mě zarazilo, kolik účastnic otevřeně sdílelo vážné potíže, ale věřily, že jim tato zkušenost pomůže a změní život.

Celá problematika ve mně vzbuzuje ambivalentní pocity. Jsem si vědoma toho, že nemám právo hodnotit, zda je laická terapie dobrou nebo špatnou volbu. Subjektivně však vnímám, jaké škody může způsobit člověk, který není kompetentní k práci s duševně nemocným jedincem a jaká rizika pak hrozí. I z toho důvodu mě zajímalo, jak takovou zkušenost prožívají ostatní – co je vedlo k tomu, aby vyhledali laickou terapii; co prožívali v průběhu; jak se odrazila laická terapie na potížích, jaká vnímali rizika oni a také samotný průběh terapie.

---

<sup>2</sup> Vzhledem k tomu, že se jedná o vlastní úvahu nad tématem, píšeme tuto kapitolu v první osobě.

# 10 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V následující kapitole prezentujeme **výsledky výzkumu** plynoucí z analýzy dat, která byla získána z polostrukturovaných rozhovorů. Výsledky výzkumu jsou představeny ve třech částech. V první části se zabýváme popisem jednotlivých případů. Ve druhé části demonstrujeme výsledky v podobě analýzy jednotlivých rozhovorů. Poslední část tvoří společná analýza získaných témat, s jejíž pomocí zároveň odpovídáme na výzkumné otázky.

## 10.1 Popis jednotlivých případů

V této části **představíme jednotlivé účastnice výzkumu** a dotkneme se základního rámce příběhu každé z nich. U všech respondentek předkládáme souhrn základních údajů (věk, vzdělání, zaměstnání, rodinný stav, děti). Dále se soustředíme na dosavadní zkušenost respondentek s odborníkem v oblasti péče o duševní zdraví (psycholog, psychiatr, psychoterapeut). V krátkém shrnutí přinášíme informace ohledně hlavní zkušenosti (okolnosti vyhledání laické terapie, psychické potíže, forma a délka trvání sezení) a laického terapeuta. Zaměřujeme se především na popis průběhu laické terapie, který doplňujeme o vlastní výpovědi respondentek. Závěrem uvádíme důvody vedoucí k ukončení laické terapie a následné kroky jednotlivých respondentek. Jména účastnic výzkumu jsou za účelem zachování anonymity pozměněna.

### Hana

Hana má v současnosti 34 let, má vysokoškolské vzdělání a pracuje v administrativě HR pro zahraniční firmu. Respondentka je nyní svobodná a bezdětná. Hana má zkušenosti s odborníky v oblasti péče o duševní zdraví – konkrétně navštěvovala klinického psychologa a psychiatra před laickou terapií a současně s ní. Od ukončení laické terapie dochází Hana pravidelně k psychoterapeutovi.

Hana vyhledala pomoc laického terapeuta za účelem práce s **úzkostnými stavy**. Hana se s úzkostmi léčí od svých 25 let, konkrétně jí byla diagnostikována generalizovaná úzkostná porucha. Původně Hana docházela ke klinickému psychologovi na psychoterapie a dále prošla farmakoterapií u psychiatra. Vzhledem

k přetrvávajícím potížím Hana opakovaně hledala pomoc i mimo oblast odborné péče. Na doporučení blízké osoby absolvovala několik individuálních sezení u laické terapeutky. Tuto spolupráci ukončila kvůli zhoršujícímu se stavu. I přes tuto zkušenost se Hana nadále zajímala o další alternativy léčby. Absolvovala několik jednorázových přednášek, které probíhaly informační formou, a také řadu workshopů, seminářů, kurzů meditace. Na internetových stránkách Hanu zaujal skupinový kurz nabízející širokou pomoc.

**Hlavní zkušenost** Hany s laickou terapií byla ve formě **skupinového setkání** v podobě *informativních přednášek*. Tato setkání vedla žena bez psychologického vzdělání nebo psychoterapeutického výcviku. Daného kurzu se zúčastnilo přibližně 450 dalších žen. Hana absolvovala soubor devíti setkání o délce 45-60 minut, která probíhala formou on-line videohovoru ve frekvenci jedenkrát za dva týdny. Mimo tato hlavní setkání byla součástí také společná on-line skupina dalších účastnic na platformě Facebook, která měla sloužit ke sdílení záznamů ze setkání a vzájemné podpoře účastnic. Jednotlivá setkání probíhala tak, že terapeutka vedla přes videohovor přednášku, která obsahovala informace vycházející z hnutí New Age („*odevzdání se vesmíru, minulé životy*“). Setkání byla rozdělená do jednotlivých tematických bloků („*posvátná žena, orgasmická žena, zpracování traumat*“). Účastnice pasivně přijímaly informace a do průběhu setkání nijak nezasahovaly; kromě jednoho setkání, ve kterém Hana absolvovala **konkrétní techniku** – vedenou meditaci. Z důvodu přetrvávajících potíží a celkového zhoršení stavu Hana v laické terapii nepokračovala a obrátila se zpět na odbornou pomoc v podobě denního stacionáře s psychoterapeutickým programem. V současnosti je v péči psychoterapeuta a potíže respondentky jsou stabilizované.

## **Aneta**

Aneta má v současnosti 23 let, má vysokoškolské vzdělání a je doposud studentkou vysoké školy. Respondentka je nyní svobodná a bezdětná. Aneta má zkušenost s odborníkem v oblasti péče o duševního zdraví, konkrétně navštěvuje od ukončení laické terapie pravidelně poradenského psychologa.

Aneta vyhledala pomoc laického terapeuta za účelem práce s **nadměrným stresem**, ze kterého pocházely **psychosomatické obtíže**. Aneta se potýkala půl roku se zdravotními potížemi, jejichž tělesnou příčinu se lékařům nepodařilo objasnit

a naráželi spíše na souvislost s psychickou zátěží. Sama Aneta začala vnímat stres jako neúměrný, z toho důvodu se rozhodla pro vyhledání pomoci. Na základě doporučení blízké osoby vyhledala pomoc laické terapeutky.

**Hlavní zkušenost** Anety s laickou terapií byla ve formě **individuálního a skupinového setkání**. Tato setkání byla postavena na technice *rodinných konstelací* pod vedením ženy bez psychologického či psychoterapeutického vzdělání. Ze začátku absolvovala Aneta individuální setkání o frekvenci jedenkrát za tři týdny. Individuální setkání probíhala v prostředí domova terapeutky a trvala celkem dvě a půl hodiny, přičemž technika rodinné konstelace trvala přibližně dvě hodiny a poté následovalo půlhodinové povídání. Technika rodinných konstelací spočívala v rozestavení různých objektů představujících členy rodiny Anety a vytvářely situaci z reálného života. Dále se Aneta účastnila skupinových setkání, která probíhala formou víkendových pobytů ve frekvenci jedenkrát za tři měsíce. Těchto setkání se účastnilo celkem deset dalších žen a trvala po dobu tří dnů. Skupinová setkání obsahovala převážně **konkrétní techniky** rodinných konstelací, relaxační cvičení a slovní sdílení. Rodinná konstelace probíhala oproti individuální konstelaci odlišně, kdy místo neživých objektů vstupovaly do situací přímo ostatní účastnice. Aneta docházela na terapii celkem dva roky. Vzhledem k tomu, že Anetě po prvním setkání propukly úzkostné stavy, a její potíže přetrvávaly, laickou terapii ukončila a vyhledala odbornou péči. Nyní dochází k poradenskému psychologovi na psychoterapie a její potíže se zmírnily.

## **Pavla**

Pavla má v současnosti 28 let, má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako referent životního prostředí. Respondentka je nyní svobodná a bezdětná. Pavla má zkušenost s odborníkem v oblasti péče o duševní zdraví, konkrétně absolvovala dvě setkání u klinického psychologa před laickou terapií. Od ukončení laické terapie Pavla pravidelně navštěvuje klinického psychologa a psychiatra.

Pavla vyhledala pomoc laického terapeuta za účelem práce s **nadměrným stresem** a **úzkostnými stavy**. Psychické potíže Pavly měly počátek na střední škole, týkaly se nízkého sebevědomí a strachu z lidí. V té době Pavla vyhledala odbornou pomoc, absolvovala pár setkání u klinického psychologa a poté se začala věnovat vlastní duševní sebepéči. Její potíže se zhoršily po ukončení vysokoškolského studia



a nástupu do zaměstnání. Důležitou roli zde hrála situace týkající se partnerského vztahu, která se negativně odrazila na jejím psychickém stavu. Pavla se rozhodla vyhledat pomoc a obrátila se na laickou terapeutku na základě doporučení uvedených na internetových stránkách.

**Hlavní zkušenost** Pavly s laickou terapií byla ve formě **individuálního setkání**, která probíhala převážně v podobě *kartářství* a dalších **konkrétních technik**, které navazovaly na výklad karet („*bezpečný prostor, odblokování, čištění*“). Pavla docházela na sezení jedenkrát za čtrnáct dní po dobu jednoho roku k terapeutce bez psychologického či psychoterapeutického vzdělání. Každé setkání trvalo přibližně tři hodiny. Terapeutka při své práci podávala Pavle informace vycházející z hnutí New Age („*minulé životy*“). Osobní kontakt byl doplněn také o občasné telefonické spojení. Pavle se na počátku její stav zlepšil. V důsledku vnější události se její potíže výrazně prohloubily a u respondentky se navíc rozvinula se depresivní symptomatika. Pavla docházela na terapie celkem jeden rok. Terapii ukončila především z důvodu rozvoje dalších potíží a vnímaného neetického chování terapeutky. Před rokem vyhledala pomoc odborníka a nyní dochází pravidelně na psychoterapie ke klinickému psychologovi a za účelem medikace k psychiatrovi.

## **Lucie**

Lucie má v současnosti 48 let, má středoškolské vzdělání a pracuje jako pedagog v hudební škole. Respondentka je nyní svobodná a bezdětná. Lucie má zkušenost s odborníky v oblasti péče o duševní zdraví, konkrétně docházela před laickou terapií krátkodobě ke klinickému psychologovi a psychoterapeutovi.

Lucie vyhledala pomoc laického terapeuta za účelem práce s **nadměrným stresem** a **syndromu vyhoření**. V rané dospělosti řešila respondentka potíže s alkoholem a později také s bulimií u klinického psychologa a psychoterapeuta. Jejich spolupráce byla pouze krátkodobá, proto své zkušenosti s odborníky považuje Lucie za minimální. Později se u respondentky začaly objevovat specifické fobie. Lucie se v té době pohybovala v komunitě lidí, díky které se dozvěděla o laické terapii.

**Hlavní zkušenost** Lucie s laickou terapií byla ve formě **individuálního a skupinového setkání**. Terapie vedl manželský pár bez psychologického nebo psychoterapeutického vzdělání. Lucie začala docházet na individuální setkání pravidelně jedenkrát za čtrnáct dní. Na těchto sezeních probíhala **konkrétní**

**technika** nazvaná oficiálně jako *terapie ve změněném stavu*. Respondentka její podobu přirovnala k terapii regresní či hypnoterapii. Individuální setkání vedl muž a po celou dobu komunikoval s respondentkou skrze sluchátka a mikrofon. Na začátku terapeut pustil Lucii do sluchátek nahrávku s tzv. *binaurálními beaty*, které navozovaly uvolnění těla a ve stavu „*polospánku*“ otevřela respondentka některý z vybraných problémů. Poté následoval jeho popis „*vnitřním zrakem*“. Každý *změněný stav* trval 60 minut. Předcházela mu debata či edukace terapeutem a stejně tak tyto činnosti následovaly po něm („*teorie o tom, že nežijeme v tomhle světě, ale v realitě, kterou si vytváříme sami*“). Skupinová střetnutí byla v podobě on-line chatu na platformě Discord. Tato platforma sloužila ke sdílení témat ostatních účastníků komunity. Dále existovalo osobní skupinové setkávání účastníků („*semináře v kavárnách, čajovnách, týdenní soustředění*“), kterých se však Lucie neúčastnila. V posledním půl roku probíhalo každý týden on-line skupinové setkání formou videohovoru na vybrané téma. Lucie docházela na terapie celkem dva roky. Terapie ukončila před rokem a půl z toho důvodu, že se začala vzdalovat od názorů prezentovaných v terapii a vnímala manipulaci ze strany terapeutů.

## **Ivana**

Ivana má v současnosti 53 let, má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako psycholog. Respondentka je nyní svobodná a má jedno dítě. Ivana má zkušenost s odborníky v oblasti duševního zdraví, konkrétně absolvovala sebezkušenostní část v rámci dvou psychoterapeutických výcviků. Po ukončení laické terapie docházela Ivana pravidelně k psychoterapeutovi po dobu tří let.

Ivana vyhledala pomoc laického terapeuta za účelem práce s **únavou** a s **pocití nedoceněnosti** a **neakceptovanosti** plynoucích z rodinné situace. V období kolem 35. roku života procházela Ivana řadou zátěžových situací, popisovala vyhoření z práce a také stavy podobající se psychospirituální krizi. Na doporučení blízkých osob se dostala do kontaktu s několika laickými terapeuty, s nimiž proběhla jednorázová nebo krátkodobá spolupráce. Tato střetnutí Ivaně od potíží neulevila a spolupráci ukončila. Před pěti lety procházela Ivana životní krizí a hledala cestu, díky níž by se mohla vzdělávat a zároveň pracovat se svými potížemi. Na doporučení blízké osoby tak narazila na výcvikový kurz.

**Hlavní zkušenost** Ivany s laickou terapií byla ve formě **individuálního a skupinového setkání**, které byly součástí sebezkušenostní části výcvikového kurzu. Na těchto střetnutích bylo postupováno dle **konkrétní techniky** založené na *imaginacích a rodinných konstelacích*. Ivana se zúčastnila deseti individuálních konzultací. Délka setkání se pohybovala v rozmezí dvou až čtyř hodin. Skupinový kurz probíhal formou informativní přednášky a dále praktické části, při které účastníci ve dvojicích nacvičovali získané dovednosti. Skupinových seminářů se zúčastnilo přibližně dalších 400 lidí a byly rozděleny do šestnácti výcvikových dní. Tato zkušenost trvala celkem půl roku. Ivaně se na individuální i skupinové části otevřela řada citlivých témat. Vzhledem k nedostatečnému ošetření se stav Ivany celkově zhoršil a z toho důvodu výcvikový kurz ukončila a obrátila se na odbornou pomoc. Po dané zkušenosti docházela Ivana na psychoterapie po dobu tří let.

## **10.2 Výsledky analýzy jednotlivých rozhovorů**

V této části se věnujeme **výsledkům analýzy jednotlivých rozhovorů**. Detailně se zabýváme konkrétními tématy a podtématy, která se ve výpovědích respondentek objevily. Za účelem větší přehlednosti jsou daná témata a podtémata uvedena v tabulce součástí každé podkapitoly, a dále znázorněna v grafickém schématu (viz příloha). Tematické celky představujeme ve stejném pořadí jako v tabulce, prezentujeme popisem a interpretací výzkumníka a doplňujeme je vlastními výroky účastnic výzkumu. Úryvky z rozhovorů jsou stylisticky upraveny pro lepší čtivost textu, jejich význam zůstává plně zachován. S tématy a podtématy, která se ukázala jako významná pro zodpovězení na výzkumné otázky, následně pracujeme ve společné analýze.

### **10.2.1 Analýza rozhovoru – Hana**

Z analýzy rozhovoru s respondentkou Hanou vyplynulo sedm hlavních témat (hledání pomoci, očekávání pomoci, zhoršení stavu, vliv ostatních, peníze, vyhledání odborníka, reflexe zkušenosti). Tato témata obsahují jednotlivá podtémata (viz tabulka č. 2). Grafické znázornění témat rozhovoru s Hanou zobrazujeme v příloze č. 5.

**Tabulka č. 2: Témata a podtémata respondentky Hany**

<b>Témata</b>	<b>Podtémata</b>
<b>hledání pomoci</b>	<i>zranitelnost, opakované hledání pomoci, předchozí zkušenost, doporučení, vzdálení se od odborné pomoci, zázrak</i>
<b>očekávání pomoci</b>	<i>naděje, důvěra</i>
<b>zhoršení stavu</b>	<i>zhoršení potíží, vyčerpání, rozvoj nových potíží, dopad v profesní oblasti</i>
<b>vliv ostatních peníze</b>	<i>velký počet, individuální přístup, nedostatek péče, tlak, provinění vysoká částka, placené individuální konzultace, placené produkty, nabízení pokračování kurzu, zisk certifikátu</i>
<b>vyhledání odborníka reflexe zkušenosti</b>	<i>stacionář s psychoterapeutickým programem, nový terapeut odstup, přínos, poškození, nedostatečná kompetence</i>

### **Hledání pomoci**

Hana měla dlouhodobé potíže, které vedly k tomu, že se cítila duševně slabá a pociťovala vyšší **zranitelnost**. „*Ta duševní bolest u mě byla opravdu veliká. Takže já jsem fakt neslyšela, neviděla a jenom jsem chtěla pomoci. Byla jsem ve fázi, kdy jsem byla strašně slabá.*“ Hana se pokusila **opakovaně nalézt pomoc**, která by jí přinesla úlevu od silných úzkostných stavů. „*Měla jsem tendenci furt vyhledávat pomoc, protože mně nebylo dobře. Hledala jsem pomoc všude.*“ Jako první vyhledala odbornou pomoc u klinického psychologa a psychiatra. „*První krok byl určitě k odborné paní doktorce.*“ Hana docházela po dobu dvou a půl let ke klinickému psychologovi, přesto její potíže přetrvávaly, nanejvýše vnímala pouze dočasnou úlevu. „*Nebyla jsem úplně ve stavu poslouchat toho klinického psychologa, protože mně bývalo tak zle, že mně se ulevilo chvíli po terapii odpoledne a druhý den to zase nastupovalo a zhoršovalo se to.*“

Hana měla před hlavní laickou terapií více **předchozích zkušeností** v podobě jednorázových kurzů a přednášek. „*Měla jsem takové stavy, kdy jsem začala věřit těm věcem: zbavte se traumatu, žijte šťastně atd. Jednalo se o meditaci, která vás odblokuje, meditaci, která vám rozpustí veškerá traumata.*“ Na **doporučení** blízké osoby se dostala poprvé do kontaktu s laickou terapií ve formě individuálního setkávání. „*V té chvíli jsem věřila všem, kdo mi řekl, že mně pomůže a že ví, jak na to. A tak jsem narazila tady na ty neodborníky.*“ Později zahájila účast ve skupinovém kurzu a ukončila spolupráci s klinickým psychologem. Hana se **vzdálila od odborné pomoci**, protože

věřila ve zlepšení stavu díky probíhající laické terapii. „U toho klinického psychologa jsem to ukončila. Myslela jsem, že už mně nepomůže, že cesta nepovede přes klinického psychologa, ale já jako prozřu díky tady těm věcem z kurzu.“ Pro Hanu byl skupinový kurz **zázrakem**, protože jeho popis nabízel širokou škálu pomoci a možnost proměny života. „Chytla jsem se popisu, co to všechno slibovalo. A říkám si jo, jako to zní v pohodě, protože se tam samozřejmě zmiňovala ta traumata, úzkosti, deprese. A že nám to promění život.“

### **Očekávání pomoci**

Do terapie vstoupila Hana s **nadějí**, že jí tento kurz pomůže s potížemi, tak jak sliboval jeho popis. „Vy vidíte větu: *léčím stará zranění, pomůžu vám napojit se na vlastní sílu. To jsou věty, které ten člověk vlastně chce slyšet.*“ Hana v průběhu prvního setkání začala plně **důvěřovat**, že jí terapie pomůže. „Ona nás začala všechny jmenovat lásky. Já vás miluji, vy jste veselí, jste vesmírné bytosti. Tvrdila, že už jenom to, že vstupujeme do tohoto kurzu, tak si vlastně otevíráme cestu k léčení. A já jsem tomu uvěřila, že se potřebuju napojit, propojit energie a že pak dojde k tomu k tomu léčení.“

### **Zhoršení stavu**

Hana ztratila kontrolu nad svými potížemi a odpojila se sama od sebe. Přenechala svou zodpovědnost za svůj stav vnějším vlivům. „Já jsem se vlastně ještě víc od sebe odpojila tím, že jsem začala věřit, že to teda není na mně, ale je to na tom vesmíru.“ Haně se výrazně přitížilo a její psychické **potíže** se **zhoršily**. „Strašně mě to přitížilo, protože já jsem byla vlastně odpojená sama od sebe, jako kvůli úzkostem, a úplně nevím, jak jsem to mohla přežít.“ Průběh terapie doprovázelo Hanu **vyčerpání** plynoucí ze zpracování informací získaných od terapeutky. „Já jsem se cítila den vedle druhého špatně. Já jsem nespala, jenom jsem si utřepávala tady ty věci. V tu chvíli jsem si právě myslela, že ona říká pravdu, a že vlastně ve finále nemám úzkosti, ale jen jsem na špatném místě.“

Její úzkosti dosahovaly větší intenzity a **rozvinuly se nové potíže**. Hana přisuzuje příčinu ve změně myšlení. „Já jsem se propadla ještě hlouběji do neznáma. Ještě hlouběji do bolestí, ještě hlouběji až do takových těch schizoidních stavů, který vychází z těch extra silných úzkostí, protože ona už mě tak oblbla. Nebo spíš já jsem se nechala vlastně takhle doblbnout.“ Respondentka v terapii pokračovala, protože věřila,

že je na dobré cestě a vše se časem zlepší. „Ale něco věřilo tomu, co řekla ta terapeutka, že ono to bude dobrý.“

Zhoršení stavu mělo **vedlejší dopad** také v profesní oblasti Hany a dala v práci výpověď v důsledku neschopnosti. „Ze dne na den jsem dala výpověď, zrušila jsem všechny firmy, kde jsem vyučovala jazyky. Je pravda, že mně bylo tak zle, že bych tam nedošla.“

### **Vliv ostatních**

Popis kurzu sliboval **individuální přístup** ke každé zúčastněné ženě a Hana tak předpokládala, že se ho bude účastnit malé množství. Na prvním setkání byla z **velkého počtu** dalších účastnic kurzu překvapená. „Bylo tam něco jako individuální přístup a úplně jsem žila v představě, že nás bude na tom kurzu třeba maximálně 15. Jakto, že nás tam není 10, 15, což bylo mým přáním takovým? A jakto, že se tam přihlásilo 450 žen?“ Hana velký počet vnímala jako varovný signál, v kurzu však kvůli investovaným penězům pokračovala. „V ten moment jsem si řkala – tak to je úlet! Ale je to zaplacený, dám tomu šanci.“

V důsledku velkého počtu účastnic a nedostatku individuálního přístupu, reflektovala Hana riziko **nedostatku péče**, které dle jejích slov mohlo způsobit některým potíže. „Meditace může vyvolat další věci, člověk se v sobě může dotknout nebo otevřít něco dalšího a tam nebyla žádná možnost jí napsat nebo zavolat. Pokud měl někdo hlubší problém, tak mohla uškodit, protože tam nebyla žádná péče před ani po.“ V průběhu sezení neměly účastnice potřebu zasahovat do průběhu. „V rámci toho se nikdo k tématu nevyjadřoval. Já si myslím, že ani nikdo tu potřebu totiž neměl. Ty ženy byly i tak rády, že jim někdo věnuje pozornost, že jim někdo poradí.“

Hana vnímala **tlak**, který plynul z přizpůsobení svého prožívání ostatním účastnicím. Tento tlak vedl k pocitům **provinění**. „Úplně to šlo proti mně, ale já jsem ten pocit zase zadupala a řekla si, že takhle je to v pořádku, že oni jsou v pořádku a já jsem v nepořádku a měla bych se jako adaptovat a začít to vnímat a cítit stejně.“

### **Vyhledání odborníka**

Hana vyhledala zpět odbornou pomoc, konkrétně zkontaktovala **stacionář s psychoterapeutickým programem**, kam docházela po dobu sedmi týdnů. Pro Hanu byla tato péče důležitým prvním krokem pro zlepšení stavu. „Tak v tom

*stacionáři to probíhalo suprově. Byl to opravdu první krok odborné terapeutické péče, která mně pomohla v tom se zklidnit a navrátit se k sobě samé. Pomohlo mi to vrátit se k sobě a cítit tu starou Hanu, její starý hodnoty, rozum a to, co měla ráda.“* Hana věřila i po ukončení laické terapie ještě nějakou dobu informacím získaných na kurzu. *„Tady o těch ezách jsme tam mluvili, já jsem byla ještě trošku zblblá. Takže jsem tam tvrdila, že oni nic neví, že já vím a tady ty věci celá ta skupina se na mě dívala.“* Ostatní účastníci psychoterapeutického programu Hanu upozornili na nerelevantní informace. Později se Hana navrátila zpět ke svému myšlení. *„Ještě chvílku trvalo, než jsem jim to uvěřila, a pak jsem jim to naštěstí uvěřila.“*

S odstupem času se Haně ulevilo a navrátila se zpět do běžného života. *„Nechci slyšet ve ezu, nechci slyšet prozatím o spiritualitě. Já se potřebuju dát dohromady, abych ráno vstala, abych se cítila v pohodě, došla do práce, došla z práce. Už jsem se o to nestarala, protože jak se mi začalo ulevovat, začala jsem normálně zase žít.“* V současnosti má **nového terapeuta**, její stav je stabilizován a dokáže pracovat se svými potížemi. *„Pomohl mi vlastně pochopit, co se vlastně se mnou děje. Nejsm stoprocentní, ale nejím léky a umím se vším pracovat. Úplně normálně funguju.“*

## **Peníze**

Hana zaplatila za laickou terapii **vysokou částku**. Riziko finančního dopadu doprovázelo negativní prožívání Hany. *„Já jsem tam šla léčit úzkosti, ale tím, jak jsem za to platila tolik peněz, tak jsem zas měla úzkosti z toho, že veškeré moje peníze dávám bokem. Takže to byl takovej prvek, kterej rozhodně nepomohl v tom se cítit líp.“* Pro Hanu bylo varovným signálem posouvání termínu uzávěrky přihlášek. *„Takový signál, kdy jsem se pozastavila, tak mně strašně vadilo, že já platím tolik peněz a ona furt posouvá ten termín uzávěrky přihlášek.“* S odstupem času Haně došlo, že posouvání termínu přihlášek bylo za účelem přihlášení více účastnic. *„Až teď samozřejmě je mi to jasný, že tam chtělo co nejvíc jakoby žen. Ale ona to prezentovala tak, že to je vlastně pro nás. Čím víc žen dostane pomoc tím lépe.“*

**Placené služby** se týkaly také **individuálních konzultací**. *„Kdo chtěl individuální konzultaci, tak si musel domluvit a zaplatit. A to si myslím, že jsou určitě na tisícovce, u ní ne nezastavilo.“*

Další varovný signál se týkal nabízení dalších **placených produktů**. *„Ona tam nabízela potom nějaké další další produkty typu karty apod. A pokud cítím, že mě to*

*přitahuje, tak si ten produkt mám koupit. Takže nebrala v potaz, že třeba může být máma samoživitelka, která žije třeba z měsíce na měsíce. To tam bylo úplně opomíjený.“* Jedním z těchto produktů bylo také filtrační zařízení vody. *„Další varovný signál byla ta kangen voda. Když se při přednášce posvátné vody vodě na planety země vlastně se vyklube prodej filtračního zařízení.“* Hana dále zpozorněla přibližně tři sezení před ukončením kurzu, kdy bylo nabízeno **pokračování kurzu** zakončeného **ziskem certifikátu**. *„Asi tři setkání před koncem nám začala prezentovat pokračování. Takže i my se můžeme stát partnery. Můžeme prodávat a vydělat na tom spoustu peněz.“*

### **Reflexe zkušenosti**

Také po ukončení laické terapie vnímala respondentka vyšší náchylnost uvěřit laické pomoci. *„Všechno jsem povypínala. Ještě nějakou dobu jsem cítila, že stačí málo a na něco se chytну.“* Nyní Hana dokáže držet **odstup**. *„Ted' už to můžu otevřít, číst jasně, řeknu si, už je to dobrý.“* Na zkušenost pohlíží Hana s rozumem a některé myšlenky považuje doposud za **přínosné**. *„Není to tak, že bych ted' všechno to ezo dejme hodila do koše, zakopala a řekla – ne, nic neexistuje a vy jste hnusní, to si nemyslím. Ale jako všechno s rozumem, s mírou a s nohama na zemi. Prakticky a pragmaticky.“*

Dle Hany mohla být pro některé účastnice vhodnou formou pomoci. *„Je možný, že někomu pomohla. Je možné, že někomu, kdo by měl něco lehkého, nebo opravdu jsi potřeboval vyřešit jako rozvést se nerozvést se, tak opravdu možná něco mohlo přinést.“* Hana také uznává, že terapie mohla některým naopak **uškodit**. *„Z mého pohledu neodborného, mohlo to někomu pomoci, ale mohlo to i někomu ublížit.“*

Hana také popsala, jak vnímá laickou terapeutku s odstupem a poukazuje na její povrchní znalosti a **nedostatečné kompetence**. *„Co se týče faktických a teoretických věcí, ne všechny byly si zcestný. Podle mě samozřejmě čerpala normálně z knížek, ale jako to byly informace úplně základní. Tu chvíli jsem to poslouchala, ale ted' se na to dívám, že kdybych otevřela každou učebnici anatomie, že to tam prostě bude.“*

## **10.2.2 Analýza rozhovoru – Aneta**

Z analýzy rozhovoru s respondentkou Anetou vyplynulo šest témat (hledání pomoci, laický terapeut, zhoršení stavu, vliv ostatních, vyhledání odborníka, reflexe zkušenosti). To témata obsahují jednotlivá podtémata (viz tabulka č. 3). Grafické znázornění témat rozhovoru s Anetou zobrazujeme v příloze č. 6.



**Tabulka č. 3: Témata a podtémata respondentky Anety**

<b>Témata</b>	<b>Podtémata</b>
<b>hledání pomoci</b>	<i>odborná pomoc, doporučení</i>
<b>laický terapeut</b>	<i>důvěra, naděje, nejasné hranice, absence terapeutického vztahu, napětí, tlak, rady a doporučení, provinění, nedostatek péče, vzdor</i>
<b>zhoršení stavu</b>	<i>rozvoj nových potíží, přetrvávající potíže</i>
<b>vliv ostatních</b>	<i>součást skupiny, projekce, narušení hranic, sekta</i>
<b>vyhledání odborníka</b>	<i>přetrvávající potíže, psycholog</i>
<b>reflexe zkušenosti</b>	<i>vedlejší přínos, dopad v životě</i>

### **Hledání pomoci**

Aneta vyhledala odbornou pomoc několika lékařů z důvodu zdravotních problémů. Lékaři se shodli na tom, že nenašli konkrétní tělesnou příčinu potíží a upozornili na možnou příčinu nadměrného stresu. *„Byly to zdravotní potíže, u kterých mi všichni doktoři řekli, že to vlastně příčinu nemá. A jestli se stresuju. Sama jsem uznala a pociťovala, že ten stres není adekvátní a je ho už moc.“* Aneta se rozhodla nadměrný stres řešit hledáním jiné pomoci, protože nevěděla, jak se svým stavem naložit. *„Bylo tam takové to uvědomění, ale vlastně jsem neuměla s tím nic dělat.“* Od **odborné pomoci se vzdálila** zejména z toho důvodu, že v té době Aneta neměla dostatečné povědomí o odborné péči o duševní zdraví. *„Tehdy jsem vlastně ještě nějak vůbec neuvažovala, že bych si toho člověka nějak poklepávala a šla tou cestou psychoterapeut nebo psycholog s řádným výcvikem. To vůbec nebylo v mém vzorném poli.“* Na základě **doporučení** blízké osoby kontaktovala laického terapeuta a na toto doporučení spoléhala. *„Takže jsem se spoléhala na to doporučení s tím, že jsem věřila, že mi doporučí nějak dobře. Myslela jsem, že si vyhledávám tehdy někoho, kdo je kompetentní.“*

### **Laický terapeut**

Aneta při prvním setkání pociťovala **důvěrné** prostředí a oporu terapeutky. *„V tom prostoru, kdy jsem trošku cítila, že mi tam je nějaká možná opora dostupná, tak se to trošku valilo samo.“* Aneta dále vnímala **naději**, velký vděk a kladný vztah k terapeutce. *„Úplně na začátku tam byl velký vděk, protože najednou člověk byl ve velkých emocích a ono to bylo strašně jakoby jasný. No úplně to hrozně silně cejtil,*

*hrozně čistě to viděl. A, takže tam byl rozhodně kladnej vztah.*“ Tento vztah se postupně začal přeměňovat. Aneta si prvně začala všímat **nejasnosti hranic s terapeutkou**. *„Vztah se přetvářel spíš do mý starý známý. Cejtla jsem hroznou nejasnost těch hranic, která to strašně zatěžovala. Když jsem ji potkala jenom ve městě, tak najednou jsem ztuhla a cejtla prostě úzkost, že nevím, jak se k ní mám chovat.“* Aneta reflektuje **absenci terapeutickému vztahu** a porušování hranic. *„Bylo to hrozně daleko nějakému ideálnímu terapeutickému vztahu. Nedržela nějaký odstup terapeut – klient.“* V souvislosti s tím prožívala Aneta **napětí**. *„Nevěděla jsem, co si můžu dovolit, co je OK a co není. Nevěděla jsem, kdy vlastně můžu požádat o tu pomoc.“*

Aneta pociťovala další negativní emoce, které vznikaly jako reakce na **tlak** terapeutky. *„A ta terapeutka, která to vedla, byla někdy hodně tvrdá. Trošku, že to tlačila. Najednou to byl docela velkej tlak.“* V průběhu terapie poskytovala terapeutka Anetě **rady a doporučení**. *„Pamatuju si, že tam docela padaly takový jako striktní rady: aha, proč nejíš cukr, proč si to zakazuješ, proč si to neužíváš?“* Tyto rady a doporučení vedly u Hany k pocitům **provinění**. *„Cítila jsem určitě nějaký provinění nebo něco takovýho. Brala jsem to, do ty svý viny. Aha, tak já se budu snažit.“* Terapeutka **nedokázala dostatečně ošetřit** potíže Anety. *„A tak jenom jako řekla, že mi taky přeje, aby to už odešlo.“*

Na posledním sezení při rodinné konstelaci si uvědomila změnu postoje k terapii. Aneta chtěla být více autonomní a v tomto důsledku vnímala **vzdor**. *„Vlastně si pamatuju, že úplně na těch posledních konstelacích a která byla ta, jsem už jako cejtla, že se mně změnil postoj v tom, že já bych si to chtěla vést. Už jsem nebyla tak úplně odevzdaná. Já se v tom chci sama zorientovat a ne, že ona mi bude nadhazovat věty, které mám říct. A tam už jsem cejtla ten konflikt, že to fungovat nebude.“*

### **Zhoršení stavu**

Anetě se po prvním setkání **rozvinuly nové potíže** v podobě úzkostných stavů, které se před zahájením terapie neobjevovaly. *„Na to sezení navazovaly asi tři dny obrovských úzkostí. Měla jsem obrovské fyzické projevy, jako třeba podlamování kolen. By to den, kdy začaly tak dva roky zpracovávání úzkostí.“* Tyto potíže se prvně odrazily v jejím partnerském vztahu. *„Tak to bylo takový jako divný, byla jsem hodně taková ztracená. Večer když jsme šli s přítelem spát, tak přišla první vlna obrovského studu před přítelem.“* Úzkosti se týkaly především obav o partnerský vztah. *„Jo a to*

*jsem se ty ženský znova ozvala, že se něco děje a naprosto nevím, co se to děje. Já už jsem myslela, že krachuje vztah a všechno je prostě špatně. Byly tam hrozně velké projekce, že se vztahem je něco špatně, s mým přítelem je něco špatně. Takže jsme si o tom promluvili, myslím jenom přes telefon.“* Potíže měly v průběhu laické terapie proměnlivou povahu. *„Přicházely a odcházely jako takový vlny.“*

Aneta věřila, že ji rodinné konstelace pomáhají bojovat s potížemi. *„Třeba se tam právě hodně brečí, takže tam jsou strašně silný i ty uvolňující fáze. A možná kvůli tomu, že jsem si myslela, že to funguje.“* Úzkostné problémy u respondentky **přetrvávaly** a později se obrátila na pomoc odborníka. *„Už to trvalo dost dlouho a ty úzkosti jsem měla pořád.“*

### **Vliv ostatních**

Pro Anetu bylo přínosné, že se cítila **součástí skupiny**. *„Samozřejmě, že jsem se nějak začlenila do tý jejich skupiny společnosti.“* Na skupinových pobytech do techniky rodinných konstelací vstupovaly jednotlivé účastnice kurzu. *„Na těch pobytech, kde právě jednotlivá místa, objekty nebo osoby nejčastěji hrály ti lidi.“* Individuální setkání byly emočně méně silné ve srovnání se skupinovým setkáním. *„Mělo to samozřejmě tohleto menší sílu než pak, právě když byly setkání, které bylo víc ženskejch nebo víc účastníků.“* Na skupinových pobytech vnímala Aneta riziko vzniku **projekce**. *„Takže tam prostě lítá jako projekce přes projekci.“*

**Hranice byly narušovány** i ostatními účastnicemi kurzu. *„Přestupovalo to tam do takového divného kamarádství, známosti – jedna druhý si pomůžem. Vlastně s velkou částí těch ženskejch tam nebyly naprosto hranice, spíš byly porušované.“* Aneta přirovnala vlastnosti skupiny k proměňující se **sektě**. *„Mě to přišlo jako taková malá proměňující se sekta.“*

### **Vyhledání odborníka**

Pohnutkou pro vyhledání odborné pomoci byly **přetrvávající potíže**. *„Už to trvalo dost dlouho a ty úzkosti jsem měla pořád.“* O psychologické pomoci se dozvěděla na doporučení od další účastnice kurzu. *„Na tom pobytu se někdo zmínil, že chodí k psycholožce. Takže tam se mi to nabídlo a začala jsem přemýšlet, že to taky zkusím tu cestu.“* Aneta v současnosti dochází k poradenskému **psychologovi** s téměř ukončeným psychoterapeutickým výcvikem. V terapii se Aneta učí pracovat se svými

úzkostmi. „Byla jsem úplně celá v tenzi nebo jsem měla úzkosti ráno, které mi podlamovaly nohy. S tím jsme ještě hodně pracovali přímo v terapii s psycholožkou.“

V odborné terapii se vrací k situacím, které se odehrály v laické terapii. „Momentálně řešíme, že ty věci a postoje, které se v těch konstelacích udály. Jsou teďka strašně zažrané, protože mají tak strašně silný emoční doprovod.“ Konkrétně se jedná o zvědomění různých přesvědčení z laické terapie. „Vždyť to stojí vlastně na tomhle tom přesvědčení.“

### **Reflexe zkušenosti**

Aneta reflektuje, proč ji technika rodinných konstelací zaujala. „Mně to přišlo strašně zajímavý, protože ty konstelace byly strašně zjevný a prostě se třeba za půl hodiny najednou odehrál nějaký příběh, který byl strašně silný. Tak tehdy mi to přišlo jako wow. Pracovalo se tam s nějakou tou emoční stránkou, ale vlastně to bylo i hrozně analytický, logický, takže teď mi to strašně jako zaujalo.“ Dle názoru Anety mohla u někoho vzniknout závislost. „Jak je to hrozně jednoduchý, tak člověku to krásně rychle uleví. Jak jsem zmiňovala, tak je to celý strašně moc doprovázené fakt silnýma emocema. Dokážu si představit, že na tom opravdu někdo ulítává.“

Z této zkušenosti si odnáší **vedlejší přínos** v uvědomění a práce se svým tělem. „Trošku jako oceňuji, tak tam byla hodně snaha vyvrátit člověka doted' do těla. Co je jako pravda, tak já jsem nikdy takhle nevnímala. svý tělo.“ Dalším přínosem bylo to, že se jí otevřely nové cesty v životě. „Zpětně se na to dívám, že to do mého života patří, protože mně to otevřelo třeba cestu zajímat se o psychologii.“

Aneta si dále uvědomila **dopad** terapie **v životě**, který spočíval ve vytváření tlaku na svého přítele, aby rodinné konstelace absolvoval taktéž. „Takže ho hodně to ovlivnilo ten vztah. Protože jsem začala bejt strašně podezřívavá. Jednu dobu jsem i tak jako trochu tlačila na přítele, jestli si teda na ty konstelace taky nechce zajít, že by jako se vyřešil a já bych pak měla ten klid, že bych nemusela myslet.“

### **10.2.3 Analýza rozhovoru – Pavla**

Z analýzy rozhovoru s respondentkou Anetou vyplynulo sedm témat (hledání pomoci, zlepšení stavu, laický terapeut, zhoršení stavu, peníze, vyhledání odborníka, reflexe zkušenosti). Tato témata obsahují jednotlivá podtémata (viz tabulka č. 4). Grafické znázornění témat rozhovoru s Pavlou zobrazujeme v příloze č. 7.

**Tabulka č. 4: Témata a podtémata respondentky Pavly**

<b>Témata</b>	<b>Podtémata</b>
<b>hledání pomoci</b>	<i>zranitelnost, doporučení, zázrak, předchozí zkušenost, vzdálení se od odborné pomoci</i>
<b>zlepšení stavu</b>	<i>důvěra, naděje</i>
<b>laický terapeut</b>	<i>provinění, tlak, napětí, závislost, nedostatek informací, dopad v životě, strach, zavrnutí jiné péče</i>
<b>zhoršení stavu</b>	<i>rozvoj nových potíží, přetrvávající potíže, zhoršení potíží, vyčerpání</i>
<b>peníze</b>	<i>vysoká částka, finanční záloha</i>
<b>vyhledání odborníka</b>	<i>obvodní lékařka, klinická psycholožka</i>
<b>reflexe zkušenosti</b>	<i>vedlejší přínos, poškození</i>

### **Hledání pomoci**

Pavla se cítila dlouhodobě psychicky špatně, ale nedokázala konkrétně vyjádřit, co prožívá. „Ráno jsem vstávala úplně s úzkostmi. Já jsem sama v tu chvíli nedokázala pojmenovat, co se mi to vlastně děje, protože mě bylo pořád fakt hrozně.“ Uvědomila si, že je potřeba učinit kroky, aby se její stavy už neopakovaly a za tímto účelem se rozhodla vyhledat pomoc. „Tak jsem si už v tu chvíli začala říkat, že se mnou asi něco bude. A že je potřeba to řešit nebo nějak rozlousknout ten oříšek, aby se mi už tady ty situace prostě neopakovaly.“ Pavla v tomto období pociťovala vyšší **zranitelnost**. „Když je člověk tonoucí, tak zkouší kdesi a chytá se kdekákeho stébla.“

Na základě **doporučení** na internetových stránkách vyhledala pomoc kartářky. „Stránky, na které jsem se dívala, má už asi tak 10 let a dívala jsem se na recenze, který jsem načetla pozorně. A samé pozitivní recenze.“ Služby kartářky zaujaly Pavlu zejména z pozitivních recenzí bývalých klientů popisujících **zázrak**. „Ty lidi to chválili jako strašnej zázrak. Jak jim to změnilo život od základu, jak přišli na určitý problémy, že vyšli z těch bludných kruhů, že už se jim ty problémy neopakovaly.“ Dalším důvodem, proč se Pavla obrátila na laickou terapeutku, byla pozitivní **předchozí zkušenost**. „Z toho důvodu, protože když jednou jsme s kámoškama napsali jedný kartářce, co dělá jako věštby, tak nám to vyšlo. Tak jsem si říkala, že něco na tom bude.“

## Zlepšení stavu

Pavla terapii zahájila s psychickými potížemi týkajícími se úzkostných stavů. *„Bylo mi strašně pořád úzko a špatně jako psychicky. Byla jsem hrozně taková nervózní, roztěkaná, měla nízký sebevědomí a bála jsem se lidí.“* Po úvodním setkání Pavla začala **důvěřovat** metodám terapeutky a její stav se začal zlepšovat. *„To, co se vám děje, to už je nějaký divný. My to musíme všechno odblokovat. V tu chvíli jsem tomu uvěřila, že jsem prokletá a že si něco musím asi fakt jako odčinit, vyčistit. A pak jsem jako uvěřila tomu, že její odblokování je strašně jako dobrá metoda.“*

Pavla měla zpočátku k laické terapii a terapeutce kladný vztah a na sezení docházela ráda. *„Ze začátku jsem k ní chodila ráda a těšila jsem se. Vnímala jsem to dobře a myslela jsem si, že je to paní, co fakt pomáhá. A hlavně jsem si říkala, tak kdyby byla hrozná, tak k ní nikdo nechodí, je furt tak zaneprázdněná a dělá to 10 let.“* Pavle ke zlepšení stavu pomohly **naděje**, které podávala terapeutka Pavle. *„Tak já jsem z toho samozřejmě byla wau, protože jsem slyšela to, co jsem chtěla slyšet.“* Dočasnou úlevu ji poskytoval také telefonický kontakt s terapeutkou. *„Tak mě jako furt uklidňovala: nebojte, to bude dobrý. Ale taky mě upozornila, že si nenechám těch svejch panik.“*

Také přátelé si všimli její změny, a to Pavlu ještě více posílilo. *„Hlavně mi to říkali hodně kamarádi, že si fakt na mně všimli změny. Že su taková živější, veselejší, že nejsou taková zamklá. A o to víc mně to posílilo.“*

## Laický terapeut

Terapeutka podporovala u Pavly pozitivní myšlení. *„Říkala, že poslední dobou musím myslet pozitivně. Radovat se a myslet pozitivně, že všechno dobře dopadne.“* Pavla prožívala **provinění** ve chvílích, kdy myslet pozitivně nedokázala. *„Říkala jsem si, sakra ted' nemyslíš pozitivně, takže ono se to zase všechno podělá a můžeš si za to sama. Kdyby ses radovala, tak by se ti tohle nestalo. Takže já jsem si začala ještě vyčítat, že jsem třeba chytla paniku.“* Dále vnímala ze strany terapeutky velký **tlak**. *„Byla na mě až jako nepříjemná a pak mě třeba řekla všechno stylem, že si za to můžu sama. Protože prostě nemyslím pozitivně.“*

Pavla cítila **napětí** v závislosti na informacích poskytovaných terapeutkou. *„Přicházela jsem k ní v napětí, z toho důvodu, co mně řekne za zprávy. V tu chvíli jsem ji brala tak striktně a doslova.“* Postupem času začala Pavla vnímat **závislost** na terapeutce. *„Já jsem si začínala uvědomovat, jako že su na ní závislá, protože jsem*

potřebovala slyšet to její, že to všechno dobře dopadne. To bylo asi tak jediný, co mě drželo nad vodou, protože já jsem se totálně jinak hroutila.“ Pavla kontaktovala terapeutku telefonicky i mimo terapie. „Tak já jsem ji volala aj mimo ty terapie, co jsem se náhodou doslechla a potřebovala jsem slyšet tu její útěchu.“

Pro Pavlu bylo dále nepříjemné časové neohraničení celého procesu terapie. Respondentka měla **nedostatek informací** ohledně délky a počtu sezení „Domluvili jsme si termín a já jsem si myslela, že to bude v rámci třeba jenom pár sezení a konec.“ Pavla zpozorněla, když několik setkání po sobě dělali stejnou techniku. „Postupem času mně bylo divný, že jsme pořád na jednom bodu. My jsme furt dělali jenom bezpečnej prostor.“ V důsledku toho se Pavla dotázala terapeutky na další postup v procesu. „Jednou jsem se zeptala, kdy půjdeme dál. Jestli se nedostaneme už třeba k tomu dalšímu bodu. A ona: to já vám nedokážu říct, protože terapie není matematika, ale musí se to dokončit.“ Dále se musela Pavla ve většině případů přizpůsobit časovým možnostem terapeutky. „Já jsem jí řekla, jako že su v práci a že jestli by to nešlo dýl. A v ona že ne, bud' jednu hodinu, nebo ve dvě hodiny a přes to nejede vlak.“ **Dopad v životě** se odrazil na její práci. „Takže já jsem taky v práci naddělávala hodiny, který jsem si pak zpětně vybírala.“

Pavla chtěla sezení u laické terapie ukončit. Terapeutka začala přesvědčovat Pavlu, aby v terapii pokračovala. „Tak mě k tomu úplně začala přemlouvav, ale fakt vyloženě přemlouvav, abych k ní chodila.“ Pavla měla **strach** terapie ukončit, kvůli tvrzení terapeutky, že pouze ona dokáže Pavlu dostat z potíží. „Nikdy se z toho nedostanu, jen pouze díky ní. Že nic jinýho mi nepomůže. Že se sama si neporadím, ani žádněj psycholog mi nepomůže, prostě nikdo. Že ona je jediná ta vyvolená, co mě z tohoto dostane.“ Dále **zavrhovala ostatní péče** o duševní zdraví. „A když půjdete k normálnímu psychologovi, tak ten neřeší příčinu, ten vám napíše pouze prášky, a to je všechno. Tady se musí jít do hloubky.“ Pro Pavlu byl varovným signálem moment, kdy terapeutka tvrdila, že nemůže kombinovat Pavla terapie a neměla by o své současné terapii podávat informace ostatním. „Víte, terapie se nesmí míchat. Jakmile začnete míchat terapie, tak to ztratí efekt, a hlavně o téhle se moc s nikým nebavte.“

### **Zhoršení stavu**

Stav Pavly se výrazně zhoršil a v reakci na vnější událost související s partnerskou situací a **rozvinuly** se u ní **nové potíže**. „Zhroutil se mi celej svět, prostě

*jsem to psychicky neunesla a totálně se sesypala. Nebyla jsem schopná žít. Třeba když má člověk normálně zlomený srdce, tak to nějak trvá a pak se z toho dostává, ale já jsem se z toho nemohla dostat vůbec.“* Pavla měla silné úzkostné stavy. „*Když jsem se probudila ráno, tak mě bylo úplně zle, jako úzko, takový ty úzkosti a úplně panický až paniky vyloženě.“* Úzkosti se projevovaly také zhoršením spánku. „*V noci jsem nespala kvůli úzkostem a kolikrát už jsem si musela na noc třeba vzít od kámošky lexaurin, protože já jsem nemohla vyloženě spát, což jako bylo hrozný.“* Tyto potíže přetrvávaly několik měsíců a měly dopad na její běžné fungování. „*Najednou tu nebyla radost ze života, nebyla jsem schopná vstát z postele. Přestala jsem jest, za tejdén zhubla asi 4 kila. Všechno, co mě dřív dělalo radost, tak pro mě ztratilo význam. Já jsem byla jenom ubrečená. V práci jsem nebyla schopná fungovat, dělala jsem chyby a byla jsem tak strašně podrážděná.“* Potíže Pavly vyústily až v suicidální pokus. „*Tak já už jsem si chtěla i jako šáhnout na život, což bylo úplně hrozný. A takhle jsem jako prostě panikařila pořád a úplně ve stresu, šáhla jsem si na největší dno.“*

Pavla reflektuje, že zhoršení jejího stavu podpořilo terapeutkou doporučené pozitivní myšlení, kdy v tomto důsledku vnímala **vyčerpání**. „*Takže já jsem se snažila ty svoje negace potlačovat. Když jsem se snažila myslet pozitivně, tak to byla jenom přetvářka navenek, jinač zevnitř mě to totálně všechno drásalo. Bylo to hrozný.“*

## **Peníze**

Pavla reflektuje také riziko finančního dopad terapií, protože dávala za sezení **vysokou částku**. „*To byla docelá jako velká částka, když si to spočítám dvakrát do měsíce. A jako ze začátku jsem si myslela, že jako dělám to pro sebe pro dobrou věc.“* Pavlu tento finanční dopad podnítil také k ukončení terapie. „*Už se moje úspory i docela ztenčovaly, a to jsem si říkala, že už jako docela začíná bejt jako průser.“*

V souvislosti s placením za terapie reflektuje Pavla několik varovných signálů. Na prvním setkání si žádala terapeutka od Pavly **finanční zálohu**. „*A právě v tu chvíli jsem měla hned ze začátku zpozornět, kdy řekla, že si tady ode mě vezme zálohu. Protože kdybych náhodou ty terapie přerušila, tak si tu zálohu ponechá a pokud je dochodím, tak ta záloha bude vratná.“* Terapeutka **nevystavovala žádné faktury** a Pavla s odstupem vnímá, že měla zpozornět. „*Další věc, co jsem měla zpozornět, rozhodně nevystavovala žádný faktury.“* Mimo jiné upozornilo Pavlu na tuto



problematiku i **její okolí**. „Známa mě říkala, že se jí zdá, že ta ženská ze mě tahá jenom peníze. A mně už to začalo taky pomaličku docházet, protože mě bylo hůř a hůř.“

### **Vyhledání odborné terapie**

Pavla nebyla s terapeutkou spokojená a začala přemýšlet o změně pomoci. „*Jak jsem k ní chodila, tak že musím myslet pozitivně, za všechno si můžu sama, nejsem nad věcí, jsem taková a maková, citově závislá a takovýho závisláka nikdo nechce a kdesi cosí. Pomaličku jsem začala přemýšlet o jinejch terapiích.*“ V ukončení laické terapie ji podpořily také kamarádky. „*Když jsem se bavila s dobrejma kamarádkama, tak už mě tak začínaly nahlodávat, že se jim na tom něco nelíbí.*“ Pavla se rozhodla na poslední návštěvě terapii ukončit vzhledem k neetickému chování terapeutky. „*Nejhorší byla poslední návštěva. Ta návštěva byla spíš o tym, že ona mě shazovala a říkala, co je všechno se mnou špatně.*“ Po ukončení spolupráce začala vnímat úlevu. „*Tak jsem si řekla, že půjdu svojí cestou, a pak jsem si zjistila, jako že bez ní mi je docela líp a že su taková svobodnější.*“

Pavla vyhledala odbornou pomoc, protože její potíže přetrvávaly. „*Protože jsem u ní začínala zjišťovat, že je to fakt nekonečný a že se mi nikam neposouvám a že mi je spíš hůř a hůř.*“ Jako první oslovila svou **obvodní lékařku**, které popsala své potíže. „*Tak říkám, že je to asi rok. Popsala jsem ji, jak mi je a ona mě řekla, že to, co mi tady popisujete, to jsou deprese. Vy nežijete, ale přežíváte jako.*“ Následně byla doporučena ke **klinické psycholožce**. „*Chodím k ní každej tejdén. Je to úplně o něčem jiným, je to prostě člověk, co mě nesoudí, co mě vyslechne, a hledáme nějakou alternativu.*“

### **Reflexe zkušenosti**

**Vedlejší přínos** zkušenosti se u Pavly odrazil větším ověřování informací obezřetností. „*No odrazilo se to ve mně, že si mám na určitý věci dávat pozor a nevěřit všemu, co píšou na internetu, i když si to můžou ty lidi chválit.*“ Pavla vnímá příliš pozitivní recenze na internetu jako varovný signál. „*Je to většinou podezřelý. Což mě v tu chvíli, nenapadlo.*“

Pavla reflektuje, že může laická terapie někomu pomoci, ale i **uškodit**. „*Někomu to třeba může pomoci, ale někomu prostě, kdo byl na tom jako já, tak mu to může jako nadělat daleko víc škod.*“ Ve vztahu k okolí pak může být pro někoho těžké svěřit se ostatním. „*Lidi se stydí, že někomu naletěli. Okolí ty lidi rádo odsuzuje.*“ Pavle

**nejvíce ublížilo** zejména dodávání falešných nadějí. „*Ale teď si uvědomuju zpětně, že to bylo hlavně těma jejíma nadějemi.*“

## 10.2.4 Analýza rozhovoru – Lucie

Z analýzy rozhovoru s respondentkou Lucií vyplynulo sedm témat (hledání smyslu, zlepšení potíží, laický terapeut, negativní prožívání, manipulace, ukončení terapie, reflexe zkušenosti). Tato témata obsahují jednotlivá podtémata (viz tabulka č. 5). Grafické znázornění témat rozhovoru s Lucií zobrazujeme v příloze č. 8.

**Tabulka č. 5: Témata a podtémata respondentky Lucie**

<b>Témata</b>	<b>Podtémata</b>
<b>hledání smyslu</b>	<i>předchozí zkušenost, doporučení</i>
<b>zlepšení stavu</b>	<i>vymizení potíží, zpětná vazba, vedlejší přínos</i>
<b>laický terapeut</b>	<i>respekt, vzdor</i>
<b>negativní prožívání</b>	<i>odpor, potíže u kamaráda, strach</i>
<b>ukončení terapie</b>	<i>dopad v životě, manipulace, závislost</i>
<b>reflexe zkušenosti</b>	<i>přínos, poškození, peníze</i>

### **Hledání smyslu**

Lucie si před lety začala klást otázky ohledně smyslu své existence. „*Já jsem si nějaký roky předtím začala klást takové ty otázky – proč existujeme, jaký má smysl celá tahle existence, zeměkoule a vesmír.*“ Dostala se tak do komunity lidí, kteří smýšleli obdobným směrem. „*Díky tomu jsem se začala dostávat mezi lidi jako úplně jiného myšlení než běžní.*“ **Předchozí zkušenost** s laickou terapií byla v podobě regresní terapie. Pro Lucií to byla zajímavá zkušenost, i proto zahájila skupinovou terapii v komunitě lidí, kde se dostala na **doporučení** blízké osoby. „*Bylo to doporučení od mého kamaráda a v podstatě jsem si říkala, ale jo, proč ne.*“ Lucie neměla před terapií žádná očekávání, ani ji nezahájila za účelem léčení potíží. „*No tak v podstatě já jsem ani nevěděla, do čeho půjdu, co se bude dít. Nevěděla jsem, že je to nějaká terapie.*“ Rozhodnutí, řešit své psychické problémy, přišlo až na prvním sezení. „*Co jsem tam šla řešit původně vůbec nevím, ale když jsem tam přišla, tak jsem se rozhodla začít řešit své psychické problémy.*“

## Zlepšení stavu

Lucie v laické terapii pracovala na specifickém strachu a v průběhu sezení tyto **potíže vymizely**. „*Tak řešila jsem nějaké běžné strachy, nějaký trauma. Jako například jsem měla strach spát pod políčkami. Aby na mě nespadla, aby se v noci třeba neutrhla. Vím, že třeba tenhle problém se fakt vyřešil.*“ Dále chtěla pracovat na problému vyhoření a díky terapii také došlo ke zlepšení. „*Ale taky jsem tam šla řešit vyhoření, protože jak jsem pedagožka, tak už to jako po pár letech to nejde. Vím, že vyhoření se dalo fakt dohromady. Úplně mě to překvapilo a velmi jako rychle.*“ Lucie nedokázala popsat, kdy přišel moment vedoucí ke zlepšení jejího stavu, a uvědomila si jej až postupem času. „*Nevím vůbec, kdy přišel ten moment, kdy se to vyřešilo. Vlastně až po určité době jsem si všimla, že některá věc zmizela z mého života.*“

Lucii pomohla v průběhu **zpětná vazba** od terapeuta a také že byla vyslechnuta. „*Bylo to tak padesát na padesát. V tom nevidím žádný problém. Je to někdy podle mě lepší, protože člověk slyší zpětnou vazbu.* Mimo terapie měla Lucie dodržovat režim, který jí byl předepsán terapeutkou. „*Tam se mělo přesně psát od rána do večera, co jíme, kdy vstáváme, kolikrát chodíme na záchod a vždycky to sama konzultovala po určité době, změnila nám jídelníček, měli jsme dodržovat naprosto systematický řád dne. To znamená vstát v šest, kdy přesně snídaně, kdy chodit spát, meditace 10 minut apod.*“ Sestavení denního řádu terapeutkou napomohlo Lucii k tomu cítit se lépe. „*Ze začátku jsem si říkala, že to vůbec nemůžu dát, protože jsem hrozně free. No a zjistila jsem, že řád neuvěřitelně osvobodí člověka od všech těch stresů nervů. Úplně mě to překvapilo, takže to byla třeba zkušenost, kterou jsem vlastně nikdy neměla.*“

Lucii viděla **vedlejší přínos** terapie, díky které se jí otevřela nová témata a proměnily její hodnoty. „*Hlavně spoustu věcí jsem si uvědomila. Viděla jsem dost výsledky a na druhou stranu se mi otvíraly úplně nové věci v životě. Najednou se mi úplně změnila životní hodnoty.*“

## Laický terapeut

Lucie si všimla toho, že v průběhu sezení terapeut nepodával žádné povzbuzení. „*Nikdy to nebylo nějaké povzbuzení, že to je v pořádku nebo jdete správnou cestou. Vždycky jsme šli špatně. Že nikdy nic pozitivního.*“ Lucie pociťovala k terapeutovi **respekt**. „*Já jsem ho jakoby hrozně respektovala, protože byl vysoce inteligentní, velmi silný člověk. Já jsem si ho upřímně vážila.*“ Vztah k terapeutovi se

proměnil ke konci terapie do podoby **vzdoru**. „Ke konci to bylo tak, že jsem vlastně k němu měla vztah, jako kdybych byla na bojišti s nějakým vynikajícím válečníkem, kterého si vážím, ale bohužel je to můj protivník. Pak už jsem měla takový jako vzdor.“

### **Negativní prožívání**

Laická terapie byla založená na kombinaci různých teorií, kterým Lucie nedokázala porozumět, a z toho také plynul jistý **odpor**. „Pro mě to byly strašně chaotické teorie, že se v tom člověk vůbec nevyznal. Ke konci jsem to přímo tomu člověku říkala, že vůbec nevím, o čem mluví. A pak už jsem byla taková znechucená z těch jeho teorií.“ Teorie prezentované v průběhu byly negativního rázu. „Tak nikdy to nebylo na dobré cestě. Vždycky to bylo v hrozném úpadku a muselo se na tom začít pracovat. To probíhalo celou tou komunitou, jako ti lidé tam žijí v permanentní marnosti a beznaději. Člověk odcházel a říkal si – já si jdu asi hodit do lesa mašli, to už nemá smysl.“ V důsledku toho viděla Lucie **potíže u svého kamaráda**, a to ji podnítilo k ukončení. „To je vlastně jeden z důvodů, proč jsem nakonec odešla. Protože jsem viděla, jak můj kamarád, kterež tam byl, byl fakt na sebevraždu nebo měl k tomu sklony. Tak jsem si říkala, no tak to teda ne. Takové stvůry teda v žádném případě. Odcházím, tak nemůžu fungovat.“

Lucie měla před odchodem **strach** plynoucí z opuštění komunity. „Během tří měsíců, než jsem se rozhodla, že odejdu, to nebylo jednoduchý, protože jsme si vlastně uvědomila, že mám strach odejít.“ Tento strach vznikal také v důsledku používání on-line platformy. „Já jsem si pak říkala, že když odejdu, tak se mě někdo naborá do počítače a mně to určitě všechno tady smažou, to já nemůžu odejít.“ Strach z ukončení měla také její kamarádka. „Bavila jsem se s kamarádkou, která taky odešla nedávno a měla dlouho stejný strach odejít. Že se zavázala něčím duchovním.“

### **Ukončení terapie**

Pohnutkou pro rozhodnutí k ukončení terapie byl **dopad v životě**, konkrétně časová náročnost, což se odrazilo v její práci. „Mně to bralo strašně času a moje hudebka upadala. Začala, jsem si toho všimla, že ať nezkrachuje škola, že se jí asi musím věnovat.“ Lucie měla z tohoto rozhodnutí strach, protože by ukončení znamenalo velkou změnu. „Já jsem z toho měla velký strach, jak jsem byla neustále na denním kontaktu, museli jsme plnit tisíc úkolů a pořád ty fóra, tak člověk je už zblblý.“

Dle Lucie byly v průběhu poskytovány složité teorie a to ji zažalo odrazovat. „Jako přišlo mi to velice smysluplné, zajímavé, než to ke konci začalo nabírat tak složitých komplikovaných teorií jsem si říkala, tak jo, jdu konec finito.“ Pro definitivní ukončení terapie se Lucie rozhodla v souvislosti s vnímanou **manipulací**. „Viděla jsem taky i to, jak jsou tam lidé zfanatizovaní a hrozně zmanipulovaní. A jsem si říkala, tak, a teď už cítím, že už tady nemám být, takže odcházím nazdar bazar.“ Pro Lucii byl varovný signál užívání stejných frází ostatními účastníky. „Ty debaty byly mnohdy, že jsem nevěděla, co se mě ptají a cítila jsem z těch lidí, že oni taky neví, co říkají. Ty stejné fráze, co říkal tady ten člověk. A tak jsem si říkala, že jsou docela zmanipulovaní a že vlastně vůbec neví, o čem mluví.“

Lucie po ukončení terapie měla ambivalentní pocity. Na jednu stranu cítila volnost. „To byl jako první takovej dojem, že najednou jako volnost.“ Na druhou stranu vnímala **závislost** a byla zracena z opuštění komunity. „Když jsem odešla najednou z té komunity, tak jsem byla úplně v prčicích, jakože najednou nikam nepatřím.“ Také po nějakou dobu přetrvávalo myšlení. „Dlouho jsem měla pořád to myšlení, co tam do nás hučeli.“ To přetrvávalo u Lucie ještě po nějakou dobu. „Takže v podstatě jako trvalo zhruba rok a půl řekněme, než úplně ten člověk, jako z toho nějak odplynul a začal žít normálním způsobem.“

### **Reflexe zkušenosti**

Pro Lucii byla laická terapie velkým **přínosem**. „Jako nedívám se na to jenom negativně. Prostě pro mě to byla fakt jako výborná zkušenost, pozitivně negativní. „Přišlo mi to jako velice zajímavá zkušenost, než se to začlo ubírat směrem, který už jsem neakceptovala.“ Lucie si odnáší ze zkušenosti nové myšlení. „Upřímně jsem začala řešit jako život úplně jinak, i když jako teda nevnímám věci, že jsou úpadek. Prostě se mi otevřely úplně jiné obzory, i když to bylo jako takové chmurné, tak já jsem si z toho vzala nakonec jako jiný způsob myšlení.“

Lucie zpětně reflektuje jako největší problém manipulaci s účastníky. „Co vidím teďka zpětně, tak je neuvěřitelná manipulace s lidma.“ Dle Lucie může terapie také **uškodit**. „V podstatě to bylo velice zajímavé, ale jako uvědomila jsem si, že je nutné to velmi dobře ovládat, aby z toho nebyly nějaké problémy. Do teďka si uvědomuju, že ti lidé si nejsou vědomí toho, co dělají. Nevěřím tomu, že si to uvědomují.“ V neposlední

řadě zmínila Lucie také téma **peněz**. „*Třeba tak jsem si říkala, jestli oni na těch lidech nevydělávají. Protože oni fakt vydělávali.*“

### 10.2.5 Analýza rozhovoru – Ivana

Z analýzy rozhovoru s respondentkou Ivanou vyplynuly čtyři témata (hledání pomoci, vliv ostatních, zhoršení potíží, reflexe zkušenosti). Tato témata obsahují jednotlivá podtémata (viz tabulka č. 6). Grafické znázornění témat rozhovoru s Hanou zobrazujeme v příloze č. 9.

**Tabulka č. 6: Témata a podtémata respondentky Ivany**

<b>Témata</b>	<b>Podtémata</b>
<b>hledání pomoci</b>	<i>opakované hledání pomoci, zranitelnost, doporučení, předchozí zkušenost, vzdálení se od odborné pomoci, zranitelnost, zážrak</i>
<b>vliv ostatních</b>	<i>sekta, nedostatečná kompetence</i>
<b>zhoršení stavu</b>	<i>rozvoj nových potíží, absence pocitu bezpečí, nerespektování individuálních potřeb, manipulace, nedostatečná péče, vyčerpání, ukončení terapie, přetrvávající potíže</i>
<b>reflexe zkušenosti</b>	<i>vyhledání odborníka, velké množství účastníků, peníze</i>

#### **Hledání pomoci**

Ivana měla s laickou terapií zkušenost v minulosti. „*Mala som obdobie, ktoré som akoby prechádzala takouto esoterickou scénou.*“ **Hledala pomoc opakovaně** na více místech i bez ohledu na její psychologické vzdělání. „*Tak som hľadala v určitom momente pomoc kdekoľvek bez ohľadu na to, že som psychológ.*“ Ivana pociťovala v období hledání pomoci vyšší **zranitelnost**. „*Tak som bola v takomto období, že jednoducho som hľadala. Že tonúci sa slamky chytá.*“ Tyto terapie Ivanu většinou oslovily na základě **doporučení** blízké osoby. „*Vždy mi niekto niekoho odporučil, že toto je presne to, čo mi pomôže. Nebála som sa, pretože som relatívne otvorená veciam.*“ **Předchozí zkušenosti** Ivanu vyplašily a kontakty ukončila po pár setkáních. „*Boli to aj nejaké jednorazové kontakty, ktoré ma skutočne vystrašili, že som už nechcela ako keby pracovať s týmto človekom.*“

O výcvikovém kurzu se Ivana dozvěděla také díky doporučení blízké osoby. „*To spomenula kolegyňa, ktorá je psychologička a absolvovala tam ten výcvik, aké je to*

úžasné. Tak som sa do toho neskôr pustila s tým, že fajn.“ Zároveň nechcela zahájiť klasickou psychoterapiu a **vzdálila se** tak **od odbornej pomoci**. „Nechcela som ísť do klasickej dlhodobej psychoterapie.“ Do výcviku šla Ivana ze zájmovosti, a také za účelom riešenia životnej krízy. „Ze začiatku to bola zaujímavosť. Potom som potrebovala vedieť, čo mi to dá, pretože som bola v druhej životnej kríze.“ Pro Ivanu měl výcvik potenciál jak z osobní, tak profesní roviny a terapii vnímala jako **zázrak**. „Mňa to zaujímalo aj z odbornej roviny, aj ako keby ste ľudské roviny, že čo sa tam teda také úžasné stálo, že pani zrazu vyzdravela a napísala o tom veľa kníh.“

### **Vliv ostatních**

Postupem jednotlivých setkání začala měnit Ivana celkový postoj k terapii. „Ešte na tom prvom, druhom seminári mi to tak úplne neprichádzalo, skôr som sledovala tú metódu, že hej. Ale už potom som si všimla, že tí ľudia sú na ne fixovaní a už mi to pripadalo ako sekta.“ Ivana označila skupinu účastníkov za **sektu**. „To už potom začalo ísť tvrdo do sekty, by som povedala, manipulácie, ezoteriky, cesta k šťastiu, cesta k hojnosti, cesta neviem čoho. A ľudia sa prostredníctvom platenia, platenia, platenia učili v podstate stále ten istý postup, len do toho vkladali iné slová. Áno, ale teda bolo to manipulatívne zo strany tej dotyčnej pani, ktorá tú metódu vytvorila.“

Ve výcvikové formě vedli terapie vzájemně jednotliví účastníci. „Keď to cvičili, tak s vami pracovali tí ľudia, ktorí sa to učili, čiže boli ako keby povýšení do role terapeutov. Okolo nich kružili nejakí supervízori, ktorí ten výcvik absolvovali, a tam nebola šanca, aby to absolútne nejakým spôsobom uchopili.“ Ivana vnímá **nedostatečnou kompetenci** účastníkov jako velké riziko. „Ale keď sa klientovi začne otvárať niečo iné, alebo sa skutočne otvára nejaká trauma, ktorú je potrebné spracovať, tak títo ľudia už nevedeli, pretože im chýbalo vzdelanie. Ako metóda samotná nemusí byť škodlivá, ale ten terapeut, čo s vami nevie pracovať, tak áno.“ Dalším rizikom bylo také vzájemné přenášení svých potíží a projekce. „Poväčšine to robia tí ľudia, ktorí majú nejaké problémy.“ Pro Pavlu to bylo velmi vyčerpávající při práci s jinou účastnicí výcviku. „Ona prenášala svoje zaťaženie a snažila sa ma ovplyvňovať, používala doslova sugesciu v niektorých momentoch, pretože mi vkladala nejaké pocity, ktoré som v skutočnosti nemala. Tak to bolo ohrozujúce aj vyčerpávajúce.“ Pro Ivanu byla skupinové setkání více negativní než individuální. „V tej výcvikovej forme som to zažila ako také hororovejšie.“

## Zhoršení stavu

V individuální terapii byl navozen stav, v němž nebyla Ivana v lucidním vědomí. „V takém polosedě jsem cítila už extrémnu únavu, ale měla jsem pocit, že z toho procesu se jako keby nedá vyjít von. Čiže nechci to nazvať, že to bolo ako keby nějaký hypnotický stav, to úplně nie. Ale myslím si, že úplně nebola v takom tom lucidnom vedomí, jak jsem byla tým procesem zahltená.“ Ivaně se v tomto stavu, kdy nedokázala držet kontrolu, se objevily se traumatické vzpomínky z dětství. „A mně sa práve cez túto metódu začali objavovať nejaké vzpomienky z minulosti. Mám pocit, že som bola reálne retraumatizovaná a dotýkalo sa to zneužitia mňa ako dieťaťa.“ Tyto **nově vzniklé potíže** měly podobu posttraumatické stresové poruchy. „Potom to vyzeralo, ako keby som sa rozběhla do posttraumatické stresovej poruchy. A pre mňa toto bolo extrémne rizikové, áno, čiže to bolo to najhoršie, čo som si prežila.“

Ivana reflektuje **absenci pocitu bezpečí**, který souvisel s vnímanou nedostatečnou kompetencí ostatních účastníků. „Pocit bezpečia tam extrémne chýbal. A pocit toho, že tí ľudia jednoducho netušia, čo robia. Nie že si odfajfneme podľa nejakého checklistu kroky a to je všetko.“ Dále nebyly v průběhu respektovány **individuální potřeby** a Ivana zaznamenala **manipulaci** s účastníky. „Nebola respektovaná moja individualita, moje potreby, moje výhybky v tom procese. Trochu to bolo manipulatívne, pretože podľa nich to takto bolo, podľa ich zážitkov, podľa niektorej teórie to takto malo byť, a keď klient hovoril, že to cítí inak, tak to tam úplne akceptované nebolo.“

Ivaně při individuálním setkání začala hyperventilovat a **nedostala dostatečnou péči** po sezení. „Začala som hyperventilovať, pretože sa mi tam niečo otvorilo a mala som pocit, že sa zadusím. Potom to nejako odišlo, ale nechali ma tak. Ani také že, keď ti bude zle, zavolaj.“ Pro Ivanu byla absence ošetření stěžejní pro **zhoršení jejího stavu**. „Nemáte tam žiadne závery, žiadne ošetrovanie, nič. Proste skončíte proces, položíte peniaze na stôl a oni sa vás spýtajú, že ake to bolo. Možno by sa to pustilo v takej klasické terapii. Ale keď sa to pustilo tam a nebolo to ošetrené, to pre mňa bolo to najhoršie.“

Po individuálním setkání se cítila Ivana několik dní **vyčerpaná**. „A potom tam vždy bola šíalená únava, a tá trvala, čo si dobre pamätám, vždy nejaké dva, tri dni. Ja



som samozrejme mala všetky emočné prejavy a čokoľvek sa tam spúšťalo. Takže som mala taký pocit, že som odchádzala väčšinou jako vyžvýkaný citrón.“

Ivana sezení **ukončila**, pretože jej **potíže pretrvávaly** a cítila se dlouhodobě špatně. „Bolo to už ku koncu tých stretnutí a keď sa tam nič nedialo a ja som sa cítila zle, tak som z toho odišla a potom som si našla vlastnú terapeutku.“

### **Reflexe zkušenosti**

Ivana po této zkušenosti **vyhledala odborníka** a po dobu tří let docházela na psychoterapii. „Chodila som potom na terapiu fakt tie tri roky k jednej pani. Tu som potrebovala nejaké veci vyriešiť. A veľmi som si precízne vybrala, kam pôjdem.“ V důsledku této zkušenosti začala být Ivana pozornější při hledání pomoci. „Začala som byť oveľa pozornejšia na to, čo kde ponúka, kam ľudia chodia, a veľa vecí som si všimla manipuláciu zo strany týchto, ja to nazývam rýchlokvašený, vševedúci a liečiteľja.“ Ivana i přes převážně negativní zkušenost vnímá **vedlejší přínos**. „Áno, teraz, keby som povedala, napriek tomu, že to bolo tak hrôzostrašné, tak som možno rada, že sa niektoré veci tam otvorili a mohla som si ich spracovať. Lebo keby zostali potlačené, tak možná by som to somatizovala.“

Ivana považuje celý výcvik za velmi rizikový, vzhledem k **velkému množství účastníků** a **nedostatečné kompetenci** ostatních účastníků. „Pre mňa to bolo extrémne vystrašujúce, pretože to, čo som tam zažila a najmä to, čo tieto terapeutky robia, tak to bolo dosť strašné. A že tam bolo 400 ľudí, čiže to je úplná masovka. Absolvujete si u nich 16 výcvikových dní a zrazu ste terapeut. Ak nie je človek dostatočne ošetrovaný, a nerobí to človek, ktorý má psychologické alebo medicínske vzdelanie a zvlášť teda psychoterapeutické, to je zle.“ Některé z technik jsou běžně používané v odborné terapii. „Niektoré techniky sú naozaj bežne použiteľné z psychologických metód psychoterapie, ktoré oni spojili do nejakého šialeného zhluku.“

Ivana dále otevřela téma **peněz**. Dle Ivany se výcviku účastnili jedinci za účelem finančního zisku. „Tak keď si to zoberieme, tak to bolo celé ako veľký marketing. Áno, časť je presvedčená, že robí dobré veci, ale veľká časť tam je kvôli financiám za účelov zisku.“ Ivana vnímá tuto zkušenost jako zneužívání lidí. „Tam mi to prišlo ako čisté zneužívanie ľudí.“

## 10.3 Společná analýza získaných témat a podtémat rozhovorů

V této části se zabýváme **výsledky společné analýzy získaných témat a podtémat**. Poznatky z analýz jednotlivých rozhovorů jsme sjednotili do společných témat. Získaná témata prezentujeme v samostatných podkapitolách, které jsou rozčleněny dle posloupnosti výzkumných otázek. Za účelem větší přehlednosti je součástí každé podkapitoly tabulka znázorňující společná témata, a zároveň zaznamenává výskyt témat u jednotlivých respondentek. Společná témata jsou dále součástí grafického schématu (viz příloha). Tematické celky obsahují stručné shrnutí a výzkumníkovu základní interpretaci, kterou je podrobněji rozvádíme v diskuzi. Důležitou součástí jsou vlastní výpovědi respondentek vystihující dané téma. Úryvky z rozhovorů jsou opět stylisticky upraveny za účelem lepší čtivosti textu.

Grafické znázornění společné analýzy témat a podtémat zobrazujeme v příloze č. 10. Veškerá data v této části textu vychází z poznatků prezentovaných v podkapitolách popisu jednotlivých případů nebo výsledků analýz jednotlivých rozhovorů.

### 10.3.1 Motivace k vyhledání laické terapie

V následující části se budeme zabývat souhrnnou analýzou hlavních témat směřující k naplnění výzkumného cíle *porozumění motivace respondentek k vyhledání laické terapie* a zodpovězení **výzkumné otázky č. 1**: Jaká byla motivace respondentek k vyhledání laické terapie?

Výskyt společných témat a podtémat k výzkumné otázce č. 1 (VO č. 1) u jednotlivých účastnic výzkumu zobrazujeme v tabulce č. 7.

**Tabulka č. 7: Společná témata a podtémata účastníků výzkumu k VO č. 1**

Témata	Hana	Aneta	Pavla	Lucie	Ivana
doporučení jiné osoby	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
opakované hledání pomoci	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>
vzdálení se od odborné pomoci	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>

<b>předchozí zkušenost</b>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>
<b>záznak</b>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>
<b>zranitelnost</b>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>

---

### **Doporučení jiné osoby**

Do kontaktu s laickou terapií se dostaly všechny účastnice výzkumu na základě doporučení jiné osoby. U respondentek Anety, Lucie a Ivany se jednalo o doporučení v podobě pozitivních ohlasů blízké osoby. Na základě doporučení blízké osoby narazila Hana i na předchozí laické terapie. U Pavly šlo o doporučení ve formě pozitivních recenzí na internetu od osob, které měly zkušenost s danou terapií. Pro respondentky bylo při vyhledání laické terapie důležité vědomí toho, že pokud někomu terapie pomohla, může jim pomoci také.

Vybrané výpovědi:

- Hana: *„V té chvíli jsem věřila všem, kdo mi řekl, že mně pomůže a že ví, jak na to. A tak jsem narazila tady na ty neoborníky.“*
- Aneta: *„Takže jsem se spoléhala na to doporučení s tím, že jsem věřila, že mi doporučí nějak dobře. Myslela jsem, že si vyhledávám tehdy někoho, kdo je kompetentní.“*
- Ivana: *„Vždy mi niekto niekoho odporučil, že toto je presne to, čo mi pomôže. Nebála som sa, pretože som relatívne otvorená veciam.“*

### **Opakované hledání pomoci**

Dvě účastnice výzkumu (Hana, Ivana) hledaly pomoc, odbornou či laickou, za účelem léčby psychických potíží opakovaně, jelikož se cítily dlouhodobě špatně. Hana navštěvovala zároveň s laickou terapií také setkání u klinického psychologa, po kterých vnímala pouze dočasnou úlevu, a z toho důvodu se obrátila na laickou terapii. Pavla hledala pomoc v náročném období na různých místech i mimo odbornou péči, i přes její psychologické vzdělání. Z tématu opakovaného hledání pomoci vyplývá, že respondentky podstoupily všechny dostupné kroky ve snaze nalézt úlevu.

Vybrané výpovědi:

- Hana: *„Měla jsem tendenci furt vyhledávat pomoc, protože mně nebylo dobře. Hledala jsem pomoc všude.“*
- Ivana: *„Tak som hľadala v určitom momente pomoc kdekoľvek bez ohľadu na to, že som psychológ.“*

### **Vzdálení se od odborné pomoci**

U tří respondentek (Hany, Anety, Ivany) se objevilo téma vzdálení se od odborné pomoci. Hana ukončila sezení u klinického psychologa, protože věřila ve zlepšení stavu díky laické terapii. Aneta se obrátila se svými zdravotními potížemi na lékaře, avšak potíže spojené s psychikou se rozhodla řešit rovnou k laické terapeutce. Dle její výpovědi neměla v té době dostatečného povědomí o odborné pomoci. Ivana nechtěla nastoupit do klasické psychoterapie vzhledem k jejímu dlouhému trvání. U těchto respondentek došlo k tomu, že daly z uvedených důvodů přednost laické terapii před odbornou péčí.

Vybrané výpovědi:

- Hana: *„U toho klinického psychologa jsem to ukončila. Myslela jsem, že už mně nepomůže, že cesta nepovede přes klinického psychologa, ale já jako prozřu díky tady těm věcem z kurzu.“*
- Aneta: *„Tehdy jsem vlastně ještě nějak vůbec neuvažovala, že bych si toho člověka nějak poklepávala a šla tou cestou psychoterapeut nebo psycholog s řádným výcvikem. To vůbec nebylo v mém vzorném poli.“*
- Ivana: *„Nechcela som ísť do klasické dlhodobej psychoterapie.“*

### **Předchozí zkušenost**

S laickou terapií se setkaly před hlavní zkušeností tři respondentky (Hana, Pavla, Ivana). U Pavly se jednalo o jednorázovou návštěvu kartářky. Motivací pro další vyhledání obdobné terapie byla kladná reakce a důvěra Pavly v účinnost metody. Hana a Ivana v minulosti absolvovaly u laického terapeuta několik individuálních setkání, u Hany se jednalo také o podobu několika kurzů a seminářů. Ačkoliv tyto zkušenosti respondentky označily spíše za negativní, vyhledaly laickou terapii znovu.

Vybrané výpovědi:

- Pavla: *„Z toho důvodu, protože když jednou jsme s kámoškama napsali jedný kartárce, co dělá jako věštby, tak nám to vyšlo. Tak jsem si říkala, že něco na tom bude.“*
- Ivana: *„Boli to aj nejaké jednorazové kontakty, ktoré ma skutočne vystrašili, že som už nechcela ako keby pracovať s týmto človekom.“*

### **Zázrak**

Jednotlivé výpovědi tří respondentek (Hany, Pavly, Ivany) naznačují, že motivací k vyhledání laické terapie byla víra v zázrak proměnit život k lepšímu. Hanu zaujala nabídka účinků terapie na stránkách skupinového kurzu. Pro Pavlu byl stěžejní obsah recenzí na internetových stránkách. Ivanu zajímal proces terapie z odborné roviny, a také osobní příběh laické terapeutky.

Vybrané výpovědi:

- Hana: *„Chytla jsem se popisu, co to všechno slibovalo. A říkám si jo, jako to zní v pohodě, protože se tam samozřejmě zmiňovala ta traumata, úzkosti, deprese. A že nám to promění život.“*
- Pavla: *„Ty lidi to chválili jako strašnej zázrak. Jak jim to změnilo život od základu, jak přišli na určitý problémy, že vyšli z těch bludných kruhů, že už se jim ty problémy neopakovaly.“*
- Ivana: *„Mňa to zaujímalo aj z odbornej roviny, aj ako keby ste ľudské roviny, že čo sa tam teda také úžasné stálo, že pani zrazu vyzdravela a napísala o tom veľa kníh.“*

### **Zranitelnost**

Téma zranitelnost se objevilo u tří respondentek (Hany, Pavly, Ivany). U těchto respondentek dlouhodobě přetrvávaly psychické potíže, které vedly k pocitům vyšší zranitelnosti. Z výpovědí respondentek vyplývá, že v tomto období byly náchylnější uvěřit účinkům laické terapie.

Vybrané výpovědi:

- Hana: „*Ta duševní bolest u mě byla opravdu veliká. Takže já jsem fakt neslyšela, neviděla a jenom jsem chtěla pomoci. Byla jsem ve fázi, kdy jsem byla strašně slabá.*“
- Pavla: „*Když je člověk tonoucí, tak zkouší kdeco a chytá se kdejakého stébla.*“
- Ivana: „*Tak som bola v takomto období, že jednoducho som hľadala. Že tonúci sa slamky chytá.*“

### 10.3.2 Prožívání v průběhu laické terapie

V následující části se budeme zabývat souhrnnou analýzou témat směřující k naplnění výzkumného cíle *porozumění psychickému prožívání respondentek v průběhu sezení u laické terapie*. Odpovíme na **výzkumnou otázku č. 2**: Jak respondentky prožívaly průběh laické terapie po psychické stránce?

Výskyt společných témat a podtémat k výzkumné otázce č. 2 (VO č. 2) u jednotlivých účastnic výzkumu zobrazujeme v tabulce č. 8.

**Tabulka č. 8: Společná témata a podtémata účastníků výzkumu k VO č. 2**

Témata	Hana	Aneta	Pavla	Lucie	Ivana
naděje	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>
důvěra	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>
napětí	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>
provinění	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>
vyčerpání	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>
strach	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>
vzdor	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>

#### **Naděje**

Tři respondentky prožívaly (Hana, Aneta, Pavla) pocity naděje ve vyléčení. Prožitek naděje byl u respondentek Hany a Pavly spojen s poskytováním podpurných slov laických terapeutek. Aneta pociťovala naději a věřila v pozitivní vývoj terapie ve

spojitosti s ventilací intenzivních emocí. U všech účastnic výzkumu byly pocity naděje přítomny pouze na počátku laické terapie.

Vybrané výpovědi:

- Hana: *„Vy vidíte větu: léčím stará zranění, pomůžu vám napojit se na vlastní sílu. To jsou věty, které ten člověk vlastně chce slyšet.“*
- Pavla: *„Tak já jsem z toho samozřejmě byla wau, protože jsem slyšela to, co jsem chtěla slyšet.“*
- Aneta: *„Úplně na začátku tam byl velký vděk, protože najednou člověk byl ve velkých emocích a ono to bylo strašně jakoby jasný. No úplně to hrozně silně cejtil, hrozně čistě to viděl. A, takže tam byl rozhodně kladnej vztah.“*

### **Důvěra**

Pocity důvěry k laickému terapeutovi nebo laické terapii samotné prožívaly tři respondentky (Hana, Aneta, Pavla). K navázání důvěrného vztahu došlo u těchto respondentek po prvním setkání.

Vybrané výpovědi:

- Hana: *„Ona nás začala všechny jmenovat lásky. Já vás miluji, vy jste veselí, jste vesmírné bytosti. Tvrдила, že už jenom to, že vstupujeme do tohoto kurzu, tak si vlastně otevíráme cestu k léčení. A já jsem tomu uvěřila, že se potřebuju napojit, propojit energie a že pak dojde k tomu k tomu léčení.“*
- Pavla: *„To, co se vám děje, to už je nějaký divný. My to musíme všechno odblokovat. V tu chvíli jsem tomu uvěřila, že jsem prokletá a že si něco musím asi fakt jako odčinit, vyčistit. A pak jsem jako uvěřila tomu, že její odblokování je strašně jako dobrá metoda.“*

### **Napětí**

U dvou účastnic výzkumu (Anety, Pavly) se v průběhu sezení objevily pocity napětí. U Anety pocity napětí plynuly především z nejasných hranic s terapeutkou. U Pavly se téma napětí objevilo v souvislosti očekávání z předpovědi při metodě výkladu karet terapeutkou.

Vybrané výpovědi:

- Aneta: „Nevěděla jsem, co si můžu dovolit, co je OK a co není. Nevěděla jsem, kdy vlastně můžu požádat o tu pomoc.“
- Pavla: „Přicházela jsem k ní v napětí, z toho důvodu, co mně řekne za zprávy. V tu chvíli jsem ji brala tak striktně a doslova.“

### **Provinění**

U tří respondentek (Hany Anety, Pavly) se otevřelo téma provinění. U Hany pocity provinění vznikaly z toho, že se necítila stejně jako ostatní účastníce kurzu. Pro Hanu byl tento moment také varovným signálem. Aneta a Pavla vnímaly provinění v důsledku poskytování rad a doporučení terapeutkou.

Vybrané výpovědi:

- Hana: „Úplně to šlo proti mně, ale já jsem ten pocit zase zadupala a řekla si, že takhle je to v pořádku, že oni jsou v pořádku a já jsem v nepořádku a měla bych se jako adaptovat a začít to vnímat a cítit stejně.“
- Aneta: „Cítila jsem určitě nějaký provinění nebo něco takovýho. Brala jsem to, do ty své viny. Aha, tak já se budu snažit.“
- Pavla: „Říkala jsem si, sakra teď nemyslíš pozitivně, takže ono se to zase všechno podělá a můžeš si za to sama. Kdyby ses radovala, tak by se ti tohle nestalo. Takže já jsem si začala ještě vyčítat, že jsem třeba chytla paniku.“

### **Vyčerpání**

Výpovědi tří respondentek (Hany, Pavly, Ivany) ukazují na to, jak byl pro ně proces terapie náročný a vyčerpávající po psychické i fyzické stránce. Hana vnímala vyčerpání v důsledku přetrvávajících potíží, což se odrazilo například také potížemi se spánkem. Pro Pavlu bylo vyčerpávající potlačování svých emocí. Ivana popisuje vyčerpání, které se dostavilo po sezení a trvalo několik dní.

Vybrané výpovědi:

- Hana: „Já jsem se cítila den vedle druhého špatně. Já jsem nespala, jenom jsem si utřepávala tady ty věci. V tu chvíli jsem si právě myslela, že ona říká pravdu, a že vlastně ve finále nemám úzkosti, ale jen jsem na špatném místě.“



- Pavla: „Takže já jsem se snažila ty svoje negace potlačovat. Když jsem se snažila myslet pozitivně, tak to byla jenom přetvářka navenek, jinač zevnitř mě to totálně všechno drásalo. Bylo to hrozný.“
- Ivana: „A potom tam vždy bola šílená únava, a tá trvala, čo si dobre pamätám, vždy nejaké dva, tri dni. Ja som samozrejme mala všetky emočné prejavy a čokoľvek sa tam spúšťalo. Takže som mala taký pocit, že som odchádzala väčšinou jako vyžvýkaný citrón.“

## **Strach**

Téma strachu zmiňovaly dvě účastnice výzkumu (Pavla, Lucie). Pocity strachu obě respondentky vnímaly, když chtěly laickou terapii ukončit. U Pavly se jednalo o reakci na slova terapeutky, že bez její pomoci se nedokáže dostat z potíží. Lucie měla strach z důvodu opuštění komunity.

Vybrané výpovědi:

- Pavla: „Nikdy se z toho nedostanu, jen pouze díky ní. Že nic jinýho mi nepomůže. Že se sama si neporadím, ani žádnéj psycholog mi nepomůže, prostě nikdo. Že ona je jediná ta vyvolená, co mě z tohoto dostane.“
- Lucie: „Během tří měsíců, než jsem se rozhodla, že odejdu, to nebylo jednoduchý, protože jsme si vlastně uvědomila, že mám strach odejít.“

## **Vzdor**

Dvě účastnice výzkumu (Aneta, Lucie) prožívaly ke konci laické terapie pocity vzdoru. U Anety plynuly prožitku vzdoru s její pasivní rolí v terapii a potřebou se stát více autonomní. Lucie prožívala vzdor přímo k laickému terapeutovi v souvislosti s podávanými informacemi.

Vybrané výpovědi:

- Aneta: „Vlastně si pamatuju, že úplně na těch posledních konstelacích a která byla ta, jsem už jako cejtla, že se mně změnil postoj v tom, že já bych si to chtěla vést. Už jsem nebyla tak úplně odevzdaná. Já se v tom chci sama zorientovat a ne, že ona mi bude nadhazovat věty, které mám říct. A tam už jsem cejtla ten konflikt, že to fungovat nebude.“

- Lucie: „Ke konci to bylo tak, že jsem vlastně k němu měla vztah, jako kdybych byla na bojišti s nějakým vynikajícím válečníkem, kterýho si vážím, ale bohužel je to můj protivník. Pak už jsem měla takový jako vzdor.“

### 10.3.3 Vliv laické terapie na potíže

V následující části se budeme zabývat souhrnnou analýzou témat směřující k naplnění výzkumného cíle *popsání vlivu laické terapie na psychické potíže respondentek*. Odpovíme na **výzkumnou otázku č. 3**: Jak reflektují respondentky vliv laické terapie na psychické potíže?

Výskyt společných témat a podtémat k výzkumné otázce č. 3 (VO č. 3) u jednotlivých účastnic výzkumu zobrazujeme v tabulce č. 9.

**Tabulka č. 9: Společná témata a podtémata účastníků výzkumu k VO č. 3**

Témata	Hana	Aneta	Pavla	Lucie	Ivana
<b>zlepšení stavu</b>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>
<b>zhoršení stavu</b>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>
<b>rozvoj dalších potíží</b>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>
<b>vedlejší přínos</b>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
<b>vyhledání odborníka</b>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>

#### **Zlepšení stavu**

Významné zlepšení stavu pocítily dvě účastnice výzkumu (Pavla, Lucie). U Pavly došlo ke zlepšení po prvních sezeních u laické terapeutky. Zlepšení stavu u Pavly souviselo především s dodáváním nadějí ohledně partnerského vztahu terapeutky a posilováním slov přátel. Zlepšení trvalo až do zásahu vnější události. U Lucie došlo k nejvýraznějšímu zlepšení celkového stavu. Potíže, na kterých v terapii pracovala, téměř vymizely. Lucie nedokázala popsat moment, který vedl ke zlepšení jejího stavu.

- Pavla: „Hlavně mi to říkali hodně kamarádi, že si fakt na mě všimli změny. Že su taková živější, veselejší, že nejsou taková zamklá. A o to víc mně to posílilo.“

- Lucie: *„Ale taky jsem tam šla řešit vyhoření, protože jak jsem pedagožka, tak už to jako po pár letech to nejde. Vím, že vyhoření se dalo fakt dohromady. Úplně mě to překvapilo a velmi jako rychle.“*

### **Zhoršení stavu**

U čtyř respondentek (Hany, Anety, Pavly, Ivany) došlo v průběhu terapie k výraznému zhoršení jejich stavu. U Hany, Anety a Ivany došlo ke zhoršení přímým působením terapie. U Pavly zde figuroval také zásah vnější události. Hana přisuzuje zhoršení stavu zejména ztrátě kontroly nad svými potížemi a přesunutím zodpovědnosti vnějším okolnostem. Podobné pocity prožívala Pavla. Pro Ivanu a Anetu bylo stěžejní při zhoršení potíží v důsledku nedostatečného ošetření po sezení a nerespektování individuality. Potíže všech respondentek přetrvávaly až do konce laické terapie.

Vybrané výpovědi:

- Hana: *„Já jsem se vlastně ještě víc od sebe odpojila tím, že jsem začala věřit, že to teda není na mně, ale je to na tom vesmíru.“*
- Aneta: *„Už to trvalo dost dlouho a ty úzkosti jsem měla pořád.“*
- Pavla: *„Tak já už jsem si chtěla i jako šáhnout na život, což bylo úplně hrozný. A takhle jsem jako prostě panikařila pořád a úplně ve stresu, šáhla jsem si na největší dno.“*

### **Rozvoj dalších potíží**

Čtyři respondentky (Hana, Aneta, Pavla, Ivana) popisují rozvoj dalších potíží v průběhu sezení u laického terapeuta. U Hany se objevily schizoidní stavy, které plynuly ze silných úzkostí. Anetě a Ivaně se otevřely v laické terapii citlivá témata, která nebyla následně dostatečně ošetřena. Anetě se tak rozvinuly po prvním setkání úzkostné stavy a u Ivany se objevily symptomy posttraumatické stresové poruchy. U Pavly se objevila depresivní symptomatika, jako reakce na vnější událost.

Vybrané výpovědi:

- Hana: *„Já jsem se propadla ještě hlouběji do neznáma. Ještě hlouběji do bolestí, ještě hlouběji až do takových těch schizoidních stavů, který vychází z těch extra*

*silných úzkostí, protože ona už mě tak oblbla. Nebo spíš já jsem se nechala vlastně takhle doblbnout.“*

- Aneta: *„Na to sezení navazovaly asi tři dny obrovských úzkostí. Měla jsem obrovské fyzické projevy, jako třeba podlamování kolen. By to den, kdy začaly tak dva roky zpracovávání úzkostí.“*
- Pavla: *„Najednou tu nebyla radost ze života, nebyla jsem schopná vstát z postele. Přestala jsem jest, za tejdén zhubla asi 4 kila. Všechno, co mě dřív dělalo radost, tak pro mě ztratilo význam. Já jsem byla jenom ubrečená. V práci jsem nebyla schopná fungovat, dělala jsem chyby a byla jsem tak strašně podrážděná.“*
- Ivana: *„A mně sa práve cez túto metódu začali objavovať nejaké vzpomienky z minulosti. Mám pocit, že som bola reálne retraumatizovaná a dotýkalo sa to zneužitia mňa ako dieťaťa.“*

### **Vedlejší přínos**

Všechny účastnice výzkumu vnímají v souvislosti se zkušeností s laickou terapií přínos v různých oblastech. Hana si odnáší některé z myšlenek laické terapie. Pro Anetu bylo přínosné zvědomění si vlastního těla. Lucie vnímá jako přínos proměnu životních hodnot a otevření nových věcí v životě. Pavla se díky zkušenosti stala obezřetnější. Ivana vnímá otevření témat za přínosné jako prevenci somatizování.

Vybrané výpovědi:

- Aneta: *„Trošku jako oceňuji, tak tam byla hodně snaha vyvrátit člověka doted' do těla. Co je jako pravda, tak já jsem nikdy takhle nevnímala. své tělo.“*
- Pavla: *„No odrazilo se to ve mně, že si mám na určitý věci dávat pozor a nevěřit všemu, co píšou na internetu, i když si to můžou ty lidi chválit.“*
- Lucie: *„Hlavně spoustu věcí jsem si uvědomila. Viděla jsem dost výsledky a na druhou stranu se mi otvíraly úplně nové věci v životě. Najednou se mi úplně změnilы životní hodnoty.“*
- Ivana: *„Áno, teraz, keby som povedala, napriek tomu, že to bolo tak hrôzostrašné, tak som možno rada, že sa niektoré veci tam otvorili a mohla som si ich spracovať. Lebo keby zostali potlačené, tak možná by som to somatizovala.“*

## Vyhledání odborníka

V důsledku zhoršení stavu, rozvoje nových potíží či přetrvávajících potíží vyhledaly čtyři účastnice výzkumu (Hana, Aneta, Pavla, Ivana) odbornou pomoc. Pro Hanu byl první krok psychoterapeutický program v rámci stacionáře a následná individuální terapie. Aneta se rozhodla pro psycholožku na základě doporučení. Pavla se dostala do péče klinického psychologa a psychiatra přes svou obvodní lékařku. Ivana nastoupila do dlouhodobé psychoterapie.

Vybrané výpovědi:

- Aneta: „Na tom pobytu se někdo zmínil, že chodí k psycholožce. Takže tam se mi to nabídlo a začala jsem přemýšlet, že to taky zkusím tu cestu.“
- Pavla: „Jak jsem k ní chodila, tak že musím myslet pozitivně, za všechno si můžu sama, nejsem nad věcí, jsem taková a maková, citově závislá a takovýho závisláka nikdo nechce a kdesi cosi. Pomaličku jsem začala přemýšlet o jiných terapiích.“
- Ivana: „Bolo to už ku koncu tých stretnutí a keď sa tam nič nedialo a ja som sa cítila zle, tak som z toho odišla a potom som si našla vlastnú terapeutku.“

### 10.3.4 Rizika laické terapie

V následující části se budeme zabývat souhrnnou analýzou témat směřující k naplnění výzkumného cíle *zanalyzování vnímaných rizik v souvislosti s absolvováním laické terapie*. Odpovíme na **výzkumnou otázku č. 4**: Jaká rizika vnímají respondentky v souvislosti absolvováním laické terapie?

Výskyt společných témat a podtémat k výzkumné otázce č. 4 (VO č. 4) u jednotlivých účastnic výzkumu zobrazujeme v tabulce č. 10.

**Tabulka č. 10: Společná témata a podtémata účastníků výzkumu k VO č. 9**

Témata	Hana	Aneta	Pavla	Lucie	Ivana
<b>tlak</b>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>
<b>nedostatek péče</b>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
<b>peníze</b>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>

<b>závislost</b>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>
<b>dopad v životě</b>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>
<b>manipulace</b>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
<b>velký počet účastníků</b>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>
<b>nedostatečná kompetence</b>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>
<b>sekta</b>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>

---

### **Tlak**

U tří respondentek (Hany, Anety, Pavly) se objevilo téma tlaku. Hana vnímala riziko tlaku, které vedlo k přizpůsobení se okolnímu prostředí a potlačování svých vlastních pocitů. Pro Anetu a Pavlu tlak vznikl jako reakce na striktní rady laického terapeuta. V důsledku tlaku respondentky pociťovaly provinění.

Vybrané výpovědi:

- Hana: *„Úplně to šlo proti mně, ale já jsem ten pocit zase zadupala a řekla si, že takhle je to v pořádku, že oni jsou v pořádku a já jsem v nepořádku a měla bych se jako adaptovat a začít to vnímat a cítit stejně.“*
- Aneta: *„A ta terapeutka, která to vedla, byla někdy hodně tvrdá. Trošku, že to tlačila. Najednou to byl docela velkej tlak.“*
- Pavla: *„Byla na mě až jako nepříjemná a pak mě třeba řekla všechno stylem, že si za to můžu sama. Protože prostě nemyslím pozitivně.“*

### **Nedostatek péče**

Tři účastnice výzkumu (Hana, Lucie, Ivana) považují za riziko laické terapie nedostatek následné péče. Respondentky vnímaly nedostatek péče především, pokud se v průběhu sezení otevřela citlivá témata a nebylo s nimi následně dostatečně pracováno.

Vybrané výpovědi:

- Hana: *„Meditace může vyvolat další věci, člověk se v sobě může dotknout nebo otevřít něco dalšího a tam nebyla žádná možnost jí napsat nebo zavolat. Pokud*

*měl někdo hlubší problém, tak mohla uškodit, protože tam nebyla žádná péče před ani po.“*

- Lucie: *„Tak nikdy to nebylo na dobré cestě. Vždycky to bylo v hrozném úpadku a muselo se na tom začít pracovat. To probíhalo celou tou komunitou, jako ti lidé tam žijí v permanentní marnosti a beznaději. Člověk odcházel a říkal si – já si jdu asi hodit do lesa mašli, to už nemá smysl.“*
- Ivana: *„Začala som hyperventilovať, pretože sa mi tam niečo otvorilo a mala som pocit, že sa zadusím. Potom to nejako odišlo, ale nechali ma tak. Ani také že, keď ti bude zle, zavolaj.“*

### **Peníze**

U čtyř účastnic výzkumu (Hany, Pavly, Lucie, Ivany) se ve výpovědích objevilo téma peněz. Všechny respondentky vnímaly riziko placení vysokých částek za laické terapie. Pro Hanu byly finance také varovným signálem, a to v souvislosti s nabídkou pokračování kurzu nebo nabídkami placených produktů. Pavlu upozornily na problematiku peněz za terapii její kamarádky.

Vybrané výpovědi:

- Hana: *„Asi tři setkání před koncem nám začala prezentovat pokračování. Takže i my se můžeme stát partnery. Můžeme prodávat a vydělat na tom spoustu peněz.“*
- Hana: *„V ten moment jsem si říkala – tak to je úlet! Ale je to zaplacený, dám tomu šanci.“*
- Pavla: *„Známá mě říkala, že se jí zdá, že ta ženská ze mě tahá jenom peníze. A mně už to začalo taky pomaličku docházet, protože mě bylo hůř a hůř.“*

### **Závislost**

Téma závislosti na laické terapii nebo terapeutce vyplynulo z výpovědí dvou respondentek (Pavly, Lucie). U Pavly se jednalo o závislost na laické terapeutce a na poskytovaných informacích. Z výpovědi Lucie plyne, že byla závislá na skupině.

Vybrané výpovědi:

- Pavla: *„Já jsem si začínala uvědomovat, jako že su na ní závislá, protože jsem potřebovala slyšet to její, že to všechno dobře dopadne. To bylo asi tak jediný, co mě drželo nad vodou, protože já jsem se totálně jinak hroutila.“*
- Lucie: *„Když jsem odešla najednou z té komunity, tak jsem byla úplně v prčicích, jakože najednou nikam nepatřím.“*

### **Dopad v životě**

Čtyři účastnice výzkumu (Hana, Aneta, Pavla, Lucie) reflektují dopad laické terapie i v jiných oblastech života. Pro Hanu, Pavlu a Lucii se jednalo o profesní život. Aneta popisuje dopady na partnerský vztah.

- Hana: *„Ze dne na den jsem dala výpověď, zrušila jsem všechny firmy, kde jsem vyučovala jazyky. Je pravda, že mně bylo tak zle, že bych tam nedošla.“*
- Aneta: *„Takže ho hodně to ovlivnilo ten vztah. Protože jsem začala bejt strašně podezřívavá. Jednu dobu jsem i tak jako trochu tlačila na přítele, jestli si teda na ty konstelace taky nechce zajít, že by jako se vyřešil a já bych pak měla ten klid, že bych nemusela myslet.“*
- Pavla: *„Takže já jsem taky v práci naddělávala hodiny, který jsem si pak zpětně vybírala.“*
- Lucie: *„Mně to bralo strašně času a moje hudebka upadala. Začala, jsem si toho všimát, že ať nezkrachuje škola, že se jí asi musím věnovat.“*

### **Manipulace**

U dvou účastnic (Lucie, Ivany) výzkumu vyplynulo z výpovědí téma manipulace. V průběhu sezení zaznamenaly obě respondentky manipulativní chování ze strany laických terapeutů. Pro Lucii byla manipulace podnětem pro ukončení laické terapie.

Vybrané výpovědi:

- Lucie: *„Viděla jsem taky i to, jak jsou tam lidé zfanatizovaní a hrozně zmanipulovaní. A jsem si říkala, tak, a teď už cítím, že už tady nemám být, takže odcházím nazdar bazar.“*



- Ivana: „*Nebola respektovaná moja individualita, moje potreby, moje výhybky v tom procese. Trochu to bolo manipulatívne, pretože podľa nich to takto bolo, podľa ich zážitkov, podľa niektorej teórie to takto malo byť, a keď klient hovoril, že to cíti inak, tak to tam úplne akceptované nebolo.*“

### **Velký počet účastníků**

Skupinového sezení u dvou účastnic výzkumu (Hana, Ivana) se zúčastnil velký počet účastníků. Pro Hanu byl okamžik zjištění také varovným signálem. Obě respondentky v této souvislosti vnímají riziko ztráty individuálního přístupu ke klientovi a nedostatečného ošetření.

Vybrané výpovědi:

- Hana: „*Bylo tam něco jako individuální přístup a úplně jsem žila v představě, že nás bude na tom kurzu třeba maximálně 15. Jakto, že nás tam není 10, 15, což bylo mým přáním takovým? A jakto, že se tam přihlásilo 450 žen?*“
- Ivana: „*Pre mňa to bolo extrémne vystrašujúce, pretože to, čo som tam zažila a najmä to, čo tieto terapeutky robia, tak to bolo dosť strašné. A že tam bolo 400 ľudí, čiže to je úplná masovka. Absolvujete si u nich 16 výcvikových dní a zrazu ste terapeut. Ak nie je človek dostatočne ošetrovaný, a nerobí to človek, ktorý má psychologické alebo medicínske vzdelanie a zvlášť teda psychoterapeutické, to je zle.*“

### **Nedostatečná kompetence**

Dvě účastnice výzkumu (Hana, Ivana) otevřely téma nedostatečných kompetencí laického terapeuta. Hana zdůrazňuje, že terapeutka měla některé teoretické znalosti získané z knih, ale tyto znalosti byly pouze základní. Ivana vnímala, že vzdělání laických terapeutů může být potenciálním rizikem z toho důvodu, že nedokážou vhodně pracovat s klienty.

Vybrané výpovědi:

- Hana: „*Co se týče faktických a teoretických věcí, ne všechny byly si zcestný. Podle mě samozřejmě čerpala normálně z knížek, ale jako to byly informace úplně*

základní. Tu chvíli jsem to poslouchala, ale teď se na to dívám, že kdybych otevřela každou učebnici anatomie, že to tam prostě bude.“

- Ivana: „Ale keď sa klientovi začne otvárať niečo iné, alebo sa skutočne otvára nejaká trauma, ktorú je potrebné spracovať, tak títo ľudia už nevedeli, pretože im chýbalo vzdelanie. Ako metóda samotná nemusí byť škodlivá, ale ten terapeut, čo s vami nevie pracovať, tak áno.“

## **Sekta**

Riziko proměnění skupinových setkání do sekty vnímaly dvě respondentky (Aneta, Ivana). Ivana označila skupinu vykazující prvky sekty v souvislosti s manipulací ze strany laického terapeuta.

- Aneta: „Mně to přišlo jako taková malá proměňující se sekta.“
- Ivana: „To už potom začalo ísť tvrdo do sekty, by som povedala, manipulácie, ezoteriky, cesta k šťastiu, cesta k hojnosti, cesta neviem čoho. A ľudia sa prostredníctvom platenia, platenia, platenia učili v podstate stále ten istý postup, len do toho vkladali iné slová. Áno, ale teda bolo to manipulatívne zo strany tej dotyčnej pani, ktorá tú metódu vytvorila.“

## **10.3.5 Postupy a metody v laické terapii**

V následující části se budeme zabývat souhrnnou analýzou témat směřující k naplnění výzkumného cíle *zmapování postupů a metod používaných v laické terapii*. Odpovíme na **výzkumnou otázku č. 5**: Jaké postupy a metody byly použity v laické terapii?

Výskyt společných témat a podtémat k výzkumné otázce č. 5 (VO č. 5) u jednotlivých účastnic výzkumu zobrazujeme v tabulce č. 11.

**Tabulka č. 11: Společná témata a podtémata účastníků výzkumu k VO č. 5**

<b>Témata</b>	<b>Hana</b>	<b>Aneta</b>	<b>Pavla</b>	<b>Lucie</b>	<b>Ivana</b>
<b>individuální sezení</b>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
<b>skupinové sezení</b>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
<b>on-line platforma</b>	<i>ano</i>	<i>ne</i>	<i>ne</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>

### **Individuální sezení**

Laické terapie ve formě individuálního setkání se zúčastnily čtyři respondentky (Aneta, Pavla, Lucie, Ivana). U Pavly se jednalo o jedinou formu terapie, Aneta, Lucie a Ivana absolvovaly zároveň skupinové setkání. Délky terapie se pohybovaly od jedné do čtyř hodin. Průběh terapie byl založený na metodě, kterou terapeut využíval a také na výkladu laického terapeuta. U Pavly bylo každé sezení zahájeno výkladem karet, a poté následovaly například techniky bezpečný prostor a čištění. Aneta se zúčastnila pár individuálních setkání založených na metodě rodinných konstelací a následného rozhovoru. Lucie docházela na terapie, které probíhaly v tzv. změněném stavu. Ivana se individuálního sezení účastnila pomocí výcvikové metody.

Vybrané výpovědi:

- Ivana: *„Ty sedenie boli relatívne dlhé. Dokonca som tam niekedy bola 4 hodiny. Ja som bola v polosedě, a v tej hlave som cítila už extrémnu únavu a ale mala som pocit, že z toho procesu sa ako keby nedá vyjať von. Myslím si, že som úplne nebola a prý takom tom lucidnom vedomí.*
- Lucie: *„To bylo hodinu ten změněný stav a tomu předcházela debata na nějaké téma. Tam jsem se najednou začal dozvídat teorie o tom, že vlastně nežijem v tomhle světě, ale v realitě, kterou si jakoby vytváříme sami, jo a z nějakých důvodů a tak dál.“*

### **Skupinové sezení**

Téma skupinového sezení se týkalo čtyř respondentek (Hany, Anety, Lucie, Ivany). Hana a Ivana absolvovala skupinové setkání prostřednictvím videohovoru a povídáním na zvolené téma. Do skupinových sezení Anety, Lucie a Ivany zasahovaly mimo laického terapeuta také ostatní účastnice laické terapie za účelem vzájemné pomoci. U Hany se jednalo o přednášku ze strany terapeutky, účastnice do průběhu nijak nezasahovaly. Skupinového setkání u Hany a Ivany se zúčastnilo velké množství osob.

Vybrané výpovědi:

- Aneta: *„Přestupovalo to tam do takového divného kamarádství, známosti – jedna druhý si pomůžem. Vlastně s velkou částí těch ženskejch tam nebyly naprosto hranice, spíš byly porušované.“*
- Ivana: *„Keď to cvičili, tak s vami pracovali tí ľudia, ktorí sa to učili, čiže boli ako keby povýšení do role terapeutov. Okolo nich kružili nejakí supervízori, ktorí ten výcvik absolvovali, a tam nebola šanca, aby to absolútne nejakým spôsobom uchopili.“*
- Lucie: *„Řekla jsem nějaký příběh a teď se tam pracovalo s těmi teoriemi, kterým jsem houby rozuměla. Už jsem si říkala, vždyť ti lidé vůbec neví, o čem mluví. Oni jim prostě opakují to, co říkal tady tenhle chlapík.“*

### **On-line platforma**

V laické terapii u dvou respondentek (Hany, Lucie) byla používána on-line platforma. U obou účastnic se jednalo o formu videohovorů na dané téma. Hana byla také součástí vytvořené skupiny na sociálních sítích, kde se mohly účastnice vzájemně podporovat a byly zde ukládány nahrávky ze setkání. Lucie mimo videohovor probírala témata s ostatními účastníky také v prostředí chatové konverzace.

Vybrané výpovědi:

- Lucie: *„Byla jsem součástí komunity přes chat, měli jsmw společný Discord a vlastně tam jsme řešili různá sezení, kde se mluvilo o, nevím čem, lidsky to vedl tenhle člověk a taky tam vlastně běželo fórum na různá témata, diskuze a dělali jsme společný projekt.“*
- Hana: *„Vytvořila stránku, kde bude nahrávat ty setkání, kde si budeme pomáhat, budeme držet prostor.“*

### **Konkrétní technika**

Všechny respondentky ve svých výpovědích popsaly některé z konkrétních metod, které byly v laické terapii použity. Respondentky Pavla, Lucie a Ivana popisují metody, které byly založeny na imaginativních technikách a při jejich průběhu nebyly plně v lucidním stavu. Aneta popisuje metodu rodinných konstelací, jež spočívala

v rozestavění různých objektů či osob představujících její členy rodiny a utváření situací z reálného života. U Hany byla všechna sezení postavena na výkladu terapeutky, pouze u jednoho setkání měla možnost účasti metody meditace. Lucie měla v průběhu laické terapie také dodržovat režim, který byl sestaven terapeutkou.

Vybrané výpovědi:

- Hana: *„A ona mě teda začala provázet. Že zavři si oči, pojd' najít tu část v těle, která se nachází teď v tak silné nevolnosti. A tak se ptala, jaká ta bolest má třeba tvar, jakou má barvu a v jaké části těla ta bolest se nachází.“*
- Lucie: *„Tam se mělo přesně psát od rána do večera, co jíme, kdy vstáváme, kolikrát chodíme na záchod a vždycky to sama konzultovala po určité době, změnila nám jídelníček, měli jsme dodržovat naprosto systematický řád dne. To znamená vstát v šest, kdy přesně snídane, kdy chodit spát, meditace 10 minut apod.“*
- Ivana: *„Niektoré techniky sú naozaj bežne použiteľné z psychologických metód psychoterapie, ktoré oni spojili do nejakého šialeného zhluku.“*

# 11 DISKUZE

V následující kapitole se budeme zabývat výsledky výzkumu a jejich srovnáním s poznatky teoretické části práce. Jednotlivé oblasti jsou prezentovány v posloupnosti výzkumných otázek. V diskuzi se dále věnujeme kritickému zhodnocení metodologického rámce výzkumu. Závěrem se zamýšlíme nad limity výzkumu, přínosem práce a doporučením pro další výzkum.

## **Shrnutí studie ve vztahu k výzkumným cílům**

Výzkumné šetření umožnilo vhled do problematiky rizik laické terapie a jejího vlivu na psychiku jedinců. Výsledky výzkumu dostatečně naplňují **primární cíl** výzkumu, a to porozumět zkušenosti respondentek, které se léčily s psychickými potížemi u laických terapeutů.

Za naplněné považujeme také **dílčí výzkumné cíle**, které se týkaly motivace k vyhledání laické terapie, psychického prožívání v průběhu laické terapie, popsání vlivu laické terapie na psychické potíže, zanalyzování vnímaných rizik laické terapie a v neposlední řadě zmapování postupů a metod v laické terapii. Získané odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky srovnáváme s teoretickými poznatky týkajícími se problematiky laických terapií, současnou problematikou laických terapií v České republice, alternativní léčbou obecně a teorií psychoterapeutické péče. Důležitou součástí diskuze je také naše interpretace daných témat a popis jejich vzájemného propojení.

## **Motivace k vyhledání laické terapie**

Motivaci respondentek vyhledat laickou terapii ovlivnil soubor několika faktorů. Ukázalo se, že podstatnou roli při vyhledání laické terapie hraje doporučení jiné osoby. Doporučení pocházelo buď ze strany blízké osoby, nebo se jednalo o doporučení součástí recenzí na internetových stránkách. Rozumíme, že respondentky vyjadřovaly víru v účinnost terapie – pokud někomu terapie pomohla, může pomoci jim samotným. V této souvislosti upozorňují odborníci na pochybné laické terapeuty, na jejichž stránkách jsou dohledatelné pouze pozitivní recenze (Kladivová, 2023; Mahlerová, 2022). Záruka účinnosti laické terapie plyne z inzercí také laických terapeutů samotných. Pro účastnice výzkumu představovala nabídka

pomoci laického terapeuta jistý zázrak. Vybíral a Danelová (2010); Procházka (2022) poukazují na atraktivitu laických terapií, které jsou charakteristické nabídkou rychlých a trvalých účinků, proměnou života nebo nalezení jeho smyslu.

Sirios (2008) uvádí neúčinnou konvenční medicínu a převzetí aktivní role za své zdraví jako dva hlavní důvody pro vyhledání alternativní léčby. V našem výzkumu první zmíněný motiv konkrétně představuje vzdání se od odborné pomoci. Respondentky upřednostnily laickou terapii v případech, kdy jim odborná péče nepřinesla dostatečnou úlevu od potíží, ve shodě s popisem NZIP (2024). Nedostatečná informovanost ohledně možností péče o duševní zdraví vedla k tomu, že respondentky nevěděly, kam se v danou chvíli se svými potížemi mají obrátit. Druhý motiv vidíme u respondentek, které v minulosti opakovaně hledaly pomoc a nepocítily úlevu od svých potíží. Některé respondentky se setkaly s laickou terapií již v minulosti. Nezáleželo na tom, zda byla minulá zkušenost pozitivní nebo negativní. V obou případech vnímáme, že se respondentky stavily do role aktivního hledání pomoci a byly otevřené různým formám péče.

Důsledkem dlouhotrvajících obtíží se cítily účastnice výzkumu více zranitelné. Dle Fariase a Granqvista (2007) tento druh terapie vyhledají lidé v obtížné situaci. Mahlerová (2022) laické terapeuty pojmenovává jako obchodníky se zranitelností, kteří využívají zranitelné situace klienta. Pro respondentky pociťující zranitelnost bylo snazší uvěřit účinnosti laické terapie.

### **Prožívání v průběhu laické terapie**

Prožívání v průběhu laické terapie se u respondentek proměňovalo v čase. Popíšeme jej v závislosti na třech fázích, které uvádí Culley & Bond (2008). Na úvodních setkáních laické terapie převládaly pozitivně zbarvené emoce, konkrétně naděje a důvěra. Respondentky vnímaly pocity naděje ve spojitosti s poskytováním podpurných slov. Dle Beyrsteina (2003) mohla hrát v počáteční fázi role víra nebo očekávání zlepšení stavu. Dodávání naděje v psychoterapii se ukázalo jako účinné také dle autorů Yaloma & Leszcze (2021) nebo Lamberta & Oglese (2004). Účastnice výzkumu dále pociťovaly důvěru v laickou terapii nebo ve vztahu s terapeutem samotným, a měly možnost se v daném prostředí svěřit se svými potížemi. K navození důvěrné atmosféry dochází v úvodní fázi terapie dle Culley & Bonda (2008), dle Laska et al. (2014) je důvěra účinných faktorem. Z daných zjištění plyne, že na počátku

vstupovaly do procesu obecné účinné faktory, jak uvádí výše uvedení autoři, nebo dále Vymětal (2010) či Kratochvíl (2017).

Ve střední fázi terapie byly prožitky respondentek převážně negativního rázu, a sice napětí, provinění a vyčerpání. Respondentky prožívaly provinění z toho důvodu, že si své potíže způsobily dle laických terapeutů samy. Na skryté obviňování ze strany terapeutů upozorňuje Mahlerová (2022) nebo Vltavský (2023). Pocity napětí u respondentky vznikaly v důsledku nejasných hranic s laickým terapeutem nebo s očekáváním výsledků sezení. Domníváme se, že vyčerpání plynulo v důsledku dlouhého trvání terapie, a také z hlediska přemíry informací nebo prožitých emocí.

V závěrečné fázi terapie zažívaly účastnice výzkumu vzdor a strach. Pocity vzdoru souvisely s tím, že respondentky chtěly být v procesu terapie více autonomní, a mnohdy nesouhlasily s myšlenkami laického terapeuta. Právě Singer a Nievod (2003) upozorňují na vnucování klientovi vůle terapeuta, které je typické pro New Age terapie. Pocity strachu u respondentek vedly k tomu, že bylo pro ně náročné laickou terapii ukončit.

### **Vliv laické terapie na potíže**

Účastnice výzkumu vnímaly dočasné zlepšení stavu, avšak k trvalému zlepšení stavu v důsledku laické terapie došlo pouze v případě jedné respondentky. Nedokážeme s přesností určit, co k vymizení potíží vedlo, i vzhledem k výpovědím respondentky. Předpokládáme, že zde mohla hrát roli řada obecných účinných faktorů, jak uvádí Beyerstein (2003), například sugesci, víru nebo očekávání ve zlepšení. Také Vymětal (2010) poukazuje na účinné faktory v praktikách alternativní léčby.

Do laické terapie vstoupily respondentky s duševními potížemi, které v mnohých případech splňovaly diagnostická kritéria závažných duševních onemocnění. Domníváme se, že tyto respondentky vyžadovaly odbornou péči a poskytnutí péče laické bylo jednou z možných příčin zhoršení stavu. Jak uvádí například Heřt (2011) v souvislosti s alternativní léčbou. U účastnic výzkumu došlo v důsledku souboru faktorů k výraznému zhoršení stavu a také rozvoji nových potíží. Negativní efekty laické terapie můžeme srovnat s poznatky v oblasti odborné psychoterapie. Vzhledem k nedostatečným kompetencím laických terapeutů předpokládáme nežádoucí účinky vzniklé neadekvátní léčbou, neetického chování



nebo nesprávné indikace, jak uvádí mnozí autoři (Herzoga, 2019; Bystedt, 2014, Lilienfield, 2007). Přetrvávající potíže, dle Bystedta (2014) neefektivní léčba, byly jedním z důvodů ukončení laické terapie a vzápětí vyhledaly respondentky zpět odborníka v oblasti péče o duševní zdraví.

Další zkoumanou oblastí vlivu byl vedlejší přínos laické terapie. Vybíral a Danelová (2010) uvádí, že alternativní terapie mohou jedince nasměrovat nebo poskytnout dočasnou úlevu.

### **Rizika laické terapie**

Z výsledků výzkumu vyplývá několik témat týkajících se rizik laické terapie. Domníváme se, že jednání laických terapeutů porušuje mnohé etické zásady terapeutické práce. Respondentky v průběhu laické terapie vnímaly tlak laického terapeuta nebo ostatních účastníků sezení a v tomto důsledku prožívaly účastnice provinění. Autoři poukazují na to, že by terapeut měl respektovat hodnoty klientů, zachoval si neutrální postoj, zdržoval se mravních hodnocení či skutků (Kořenek, 2004; Ondok, 2005).

V laické terapii dále figuruje riziko vzniku závislosti na terapeutovi nebo terapii samotné. Oproti tomu v klasické psychoterapii je usilováno o podporu klienta a postupné osamostatňování klienta. Singer a Nievod (2003) upozorňují na problematiku tlaku a závislosti u terapií New Age. Respondentky vnímaly u terapeutů také jejich nedostatečné kompetence a nedostatečnou péči. Beyerstein (2001) naráží na to, že terapii poskytují často nedostatečně kvalifikovaní jedinci. Předpokládáme, že nedostatečné kompetence a ošetření působilo na zhoršení stavu nebo rozvoj nových potíží.

Respondentky, které absolvovaly laickou terapii ve formě skupinového sezení, považují za riziko velké množství účastníků. V důsledku vysokého počtu nebyla respektována individualita respondentek a neměly možnost zasahovat do procesu. Dalším vnímaným rizikem je manipulace a znaky sekty. Tato setkání bychom mohli přirovnat k psychoterapeutickým kultům, které jsou typické oddaností, skupinovou identitou, manipulativními technikami, kontrolou a izolací od vnějšího světa (Danelová, 2010).

Rizikem laické terapie je vedlejší dopad v životě. Respondentky reflektovaly především dopad terapie v pracovním životě. Velkým z rizik laické terapie je vysoká

finanční částka. Součástí procesu je pak nabízení dalších placených produktů, vlastní investice a zisk. Na to upozorňuje v souvislosti s novodobým klamem Mahlerová (2022); Kladivová (2023).

### **Postupy a metody v laické terapii**

Respondentky mají zkušenost s laickou terapií ve formě individuálního setkání, skupinového setkání nebo on-line platformy. Na jednotlivých sezeních byly sdíleny myšlenky vycházející z New Age hnutí (Berg, 2008; Lilienfeld et al., 2003). Skupinové setkání měly vlastnosti psychoterapeutického kultu (Danelová, 2010). On-line platforma sloužila k setkání prostřednictvím videohovoru, chatu nebo skupiny na sociálních sítích.

Terapeuti při své práci využívají konkrétních technik, například informativní přednášky, imaginativní techniky, rodinné konstelace, kartárství, vedené meditace, relaxační cvičení, bezpečný prostor, odblokování, čištění, změněný stav. Jedná se o postupy, které mohou částečně pocházet z vědecky ověřených metod, ve většině případů však vědecký základ postrádají.

### **Kritické zhodnocení metodologického rámce výzkumu**

Zvolený typ výzkumu **vícepřípadová studie** umožnila získat velké množství informací od několika málo jedinců a uchopit tak složitost případu v širokém kontextu, jak popisuje Ferjenčík (2015).

Metoda sběru dat **polostrukturovaný rozhovor** byla vybrána vzhledem k použité analýze metody dat. Za hlavní výhodu polostrukturovaného rozhovoru považujeme především možnost upřednostnění klíčových témat respondentem samotným a jeho podrobného zkoumání, což uvádí Blokšová (2014). Z důvodu absence standardizované metody pro danou výzkumnou oblast, byl sestaven rozhovor s vlastními otázkami. Probírané okruhy otázek byly poměrně obsáhlé, což se v konečném důsledku odrazilo na délce trvání a na únavě některých z respondentů, a také nerovnoměrnému rozložení pozornosti oblastí mezi jednotlivými respondenty. Považujeme za jedno z úskalí výzkumu, kterému bychom mohli předejít užším zaměřením otázek.

Za vhodně zvolenou považujeme také analýzu dat – **interpretativní fenomenologickou analýzu**, kterou Řiháček et al. (2013) doporučují, pokud chceme

porozumět zkušenostem účastníků výzkumu a zodpovědět tak na výzkumné otázky. Výše uvedená šíře okruhu otázek se odrazila v náročnosti analýzy a zpracování výsledků výzkumu. Za úskalí považujeme možné zkreslení výsledků výzkumníka. To vnímáme především u zpracování výsledků výzkumu, při kterém mohly být ve velkém množství získaných dat opomenuty důležité momenty rozhovoru.

Výzkumný vzorek získaný pomocí metod **záměrného výběru** a **samovýběru**. Tyto metody výběru výzkumného vzorku se ukázaly jako žádoucí, jelikož jsme mohli posoudit vhodnost zájemců pro účast ve výzkumu na základě stanovených kritérií. Vybrané osoby do výzkumu vstoupily aktivně a s motivací do zkoumané problematiky přispět sdílením své zkušenosti (Miovský, 2006). Autoři Řiháček et al. (2013) doporučují zvolit nižší počet respondentů za účelem detailní analýzy zkušenosti jednotlivých respondentů, proto se náš výzkumný soubor skládá z pěti respondentek.

## **Limity a úskalí práce**

Limitem výzkumu vnímáme především **nehomogenitu** výzkumného souboru, která ovlivnila do značné míry výsledky výzkumu. Přestože všechny účastnice splňovaly předem stanovené podmínky pro účast, ukázala se tato kritéria nedostatečná. Homogenita výzkumného souboru byla narušena především rozdílnou absolvovanou laickou terapií a různorodými psychickými potížemi, s nimiž se respondentky potýkaly.

Vzhledem k nízkému počtu respondentů, který byl stanoven v souladu se zvolenou metodou analýzy dat, považujeme za další limit **nízkou zobecnitelnost výsledků na populaci**.

Dalším limitem výzkumného šetření je zkoumání osob především s **negativní zkušeností** s laickou terapií, pouze u jedné respondentky došlo k celkovému zlepšení potíží v průběhu sezení u laického terapeuta. Přestože se v tomto případě jednalo o záměr výzkumníka, mohou chybět cenné informace osob, u kterých byla laická terapie účinná.

Výše uvedené limity a úskalí výzkumu zvažujeme níže v části doporučení pro další výzkum v závěru diskuze.

## **Přínos realizovaného výzkumu**

Za hlavní přínos práce vnímáme **prozkoumání oblasti laických terapií**, která byla doposud nedostatečně probádaná. V současnosti se stává tato problematika poněkud diskutovanou, výzkumy v českém prostředí až na některé výjimky, však zcela chybí.

Práce přináší **autentické příběhy jedinců** se zkušeností absolvování laické terapie. Skrze tyto příběhy bychom chtěli nabídnout oporu těm, kteří se ocitli v obdobné obtížné situaci. Věříme, že tato práce může přispět k větší informovanosti v oblasti péče o duševní zdraví, upozornit na možná rizika spojená s absolvováním laické terapie a přispět tak k veřejné diskuzi ohledně legislativního ukotvení poskytování terapeutických služeb.

## **Doporučení dalšího výzkumu**

Vzhledem k nedostatečně probádané oblasti laických terapií se nabízí mnoho podnětů pro další výzkumy. V návaznosti na naše výzkumné šetření doporučujeme provedení další **kvalitativní studie**. S ohledem na limity této práce doporučujeme stanovit užší kritéria pro účast ve výzkumu za účelem sjednocení formy laické terapie nebo psychických potíží účastníků. Předpokládáme, že zajímavé poznatky může dále přinést výzkum srovnávající zkušenost jedinců s laickou terapií úspěšnou a neúspěšnou. Další doporučení pro kvalitativní studii se týká pozměněné metody analýzy dat. Tematická analýza nebo Zakotvená teorie by umožnila zkoumání výzkumného souboru s vyšším počtem účastníků. V tomto ohledu navrhuje zaměřit se detailněji na jednu konkrétní oblast (například motivaci pro vyhledání laické terapie, postupy v laické terapii, prožívání v průběhu atd.).

V kontinuitě toho se nabízí také **kvantitativní výzkum**. Absenci standardizované metody zkoumání oblasti laických terapií, by mohlo nahradit sestavení vlastního dotazníku, který by umožnil zmapování problematiky laických terapií v České republice. Oblast účinků laické terapie by mohla být ověřena použitím některé ze standardizovaných metod používaných při ověřování účinnosti odborné psychoterapie.

## 12 ZÁVĚR

V této kapitole se věnujeme přehledu výsledků výzkumného šetření. Na základě analýzy a interpretace dat ve vztahu k výzkumným otázkám, jsme dospěli k následujícím poznatkům:

- Při vyhledání laické terapie hrálo podstatnou roli doporučení jiných osob.
- Laickou terapii vyhledávaly respondentky, které v minulosti opakovaně hledaly pomoc, a nedostalo se jim úlevy.
- Respondentky daly přednost laické terapii před odbornou pomocí z důvodu neúčinnosti nebo nedostatečné informovanosti.
- Hlavní zkušenost respondentek s laickou terapií předcházela jiná zkušenost s laickou terapií.
- Respondentky byly motivovány popisem zázračných účinků laické terapie.
- Laickou terapii vyhledávaly respondentky v období, kdy vykazovaly vyšší zranitelnost.
- V úvodní fázi laické terapie prožívaly respondentky pocity naděje a důvěry.
- Provinění, vyčerpání a nejistotu vnímaly účastnice výzkumu ve střední fázi laické terapie.
- Při ukončování laické terapie prožívaly respondenty pocity strachu a vzdoru.
- Jedna účastnice výzkumu vykazovala trvalé zlepšení stavu vlivem laické terapie.
- U ostatních respondentek se vlivem laické terapie zhoršil celkový stav, či se rozvinuly další psychické potíže. V tomto důsledku vyhledaly respondentky odbornou pomoc.
- Respondentky reflektují vedlejší přínos laické terapie. Tento přínos se týká proměny životních hodnot, otevření nových témat, zvědomění si těla, prevence somatizace nebo větší obezřetnost.
- Laičtí terapeuti dle subjektivního vnímání respondentek vytvářeli tlak, nebyli dostatečně kompetentní pro terapeutickou práci a neposkytnuli respondentkám dostatečnou péči. Respondentky vnímaly závislost na laické terapii nebo laickém terapeutovi samotném.
- Laická terapie se odrazila dopadem některé z dalších oblastí života. Tento dopad se týkal profesního života nebo partnerského vztahu.

- Respondentky, které absolvovali laickou terapii ve formě skupinového sezení, vnímají rizika velkého počtu účastníků, manipulace a proměny v sektu.
- Za laickou terapii respondentky platily vysokou finanční částku. V průběhu laické terapie byly nabízeny placené produkty.
- Laická terapie probíhala formou individuálního sezení, skupinového sezení či prostřednictvím on-line platformy.
- Laičtí terapeuti využívali při práci s respondentkami konkrétních technik v podobě informativních přednášek, imaginací, rodinných konstelací, kartářství, vedených meditací, relaxačních cvičení, bezpečného prostoru, odblokování, čištění nebo změněného stavu.

# SOUHRN

Předložená diplomová magisterská práce se věnuje tématu rizik laické terapie a jejího vlivu na psychiku jedinců. V posledních letech se zvýšila poptávka odborné pomoci nejen u duševně nemocných lidí a terapeutické služby začali nabízet také jedinci bez adekvátního vzdělání – tzv. laičtí terapeuti. Za nemalé finanční částky nabízí veřejnosti záruku lepšího života a vyřešení širokého spektra potíží, včetně úzkostí, traumat či depresí. V České republice doposud nenalezneme relevantní výzkumy týkající se léčby laických terapeutů. Téma laické terapie se již objevilo v médiích, přesto jej stále vnímáme jako nedostatečně probádané.

Práce se skládá z teoretické a empirické části. V první kapitole teoretické části se zabýváme možnostmi v oblasti péče o duševní zdraví. Duševní zdraví definuje Galderesi (2015) jako dynamický stav rovnováhy umožňující využití svých schopností v souladu s univerzálními hodnotami společnosti. Základním předpokladem pro kvalitní duševního zdraví je sebepéče. Konceptem sebepéče se zabýval Butler et al. (2019), který jej člení na doménu fyzickou, profesní, vztahovou, emoční, psychickou a spirituální. Duševní onemocnění zahrnuje úplnou změnu chování, oproti chování, které se v dané společnosti považuje za normální (Spitzer, 2013). Systém péče o duševní zdraví v České republice nabízí psychologickou péči, se níž se můžeme setkat například v klinické praxi nebo v oblasti poradenství; psychosociální podporu a psychoterapeutickou péči; psychiatrickou péči a krizovou péči. Každá z oblastí má svá specifika a odborné požadavky pro poskytování dané pomoci.

Druhou kapitolu teoretické části věnujeme vybrané terminologii v oblasti duševního zdraví a onemocnění. Blíže se zajímáme o pojmy stres, krize, trauma, úzkost a deprese. Pojmem stres rozumíme komplexní psychofyziologickou reakci, která se na psychické úrovni projevuje pocitem nadměrného zatížení či ohrožení duševní a tělesné pohody (Vágnerová, 2014). Krizí označujeme stav, kdy stresová událost dosáhne hraničních hodnot a dochází tak k přímému ohrožení jedince (Paulík, 2017). Extrémně stresující zážitek nebo dlouhotrvající stresující situace označujeme pojmem trauma (Vodáčková, 2020). Úzkost se obvykle projevuje jako součást řady psychiatrických poruch, somatických onemocnění a zároveň se jedná o samostatnou kategorii úzkostných poruch (Beck et al., 2005). Deprese je dle MNK-10 psychické

onemocnění, které řadíme do kategorie afektivních poruch (Dušek & Večeřová-Procházková).

Ve třetí kapitole se podrobněji zabýváme psychoterapií. Psychoterapie je dle Kaliny (2013) odborná činnost, jejímž cílem je léčení či ovlivňování duševního stavu člověka a napomáhá v dosahování změn, které jsou pro rozvoj duševního zdraví žádoucí. Účinné faktory v psychoterapii rozumíme terapeutem iniciované dění, které se stává prostředkem změny u klienta či v jeho sociálním prostředí (Vymětal 2010) Obecné faktory jsou společné pro všechny psychoterapeutické směry. Kratochvíl (2017) mezi ně řadí vztah mezi pacientem a terapeutem, výklad poruchy, emoční uvolnění, konfrontaci s vlastními problémy a posilování žádoucího chování. Specifické účinné faktory jsou typické pro určité psychoterapeutické směry a rozdělujeme je do rozumové oblasti, emoční oblasti, jednání, tělesné a vztahové oblasti (Vymětal, 2004). Psychoterapeutická práce vyžaduje dodržování etických zásad a dodržování etického kodexu. ČMPS (2017) mezi základní hodnoty řadí svobodu a solidaritu; rovnost v důstojnosti i právech; ochranu života, svobody, cti, důstojnosti a soukromí a možnost osob spolurozhodovat o záležitostech, které se jich dotýkají. Negativní účinky psychoterapie jsou všechny nežádoucí jevy způsobené terapií samotnou. Pokud vznikají negativní účinky v důsledku neadekvátní léčby, neetického jednání nebo nesprávné indikace, přisuzujeme dopad chybě terapeuta (Herzog, 2019).

V poslední kapitole teoretické části se zaměřujeme na laickou terapii. Laickou terapii definujeme jako postupy léčby psychických potíží, které provádí jedinec bez kompetencí pro výkon psychologické nebo psychoterapeutické pomoci, tedy bez psychologického vzdělání nebo absolvování dlouhodobého psychoterapeutického výcviku. Danelová (2010) rozděluje laické terapie do skupiny New Age terapií, spirituálně orientovaných terapií, psychoterapeutických kultů, alternativní a komplementární psychoterapie v rámci CAM. Terapie New Age jsou praktiky založené na esoterismu, práci s magnety, krystaly, médii a energiemi obecně (Kaptchuk, & Eisenberg, 2001). V kapitole jsme stručně vymezili vybrané techniky v laické terapii, konkrétně rodinné konstelace, kartářství, metodu cesta a regresní terapie. V laické terapii působí především obecné účinné faktory, které jsou součástí běžných meziosobních vztahů postavených na vzájemném respektu, úctě a snaze o pochopení druhého (Vymětal, 2010). Dle Beyersteina (2003) zde figuruje iluze účinnosti. Mezi rizikové faktory laické terapie patří nedostatečná kompetence,



závislost, manipulace, vnucovaní vůle terapeuta a další (Beyerstein, 2003; Singer & Nievod, 2003). K současné problematice laické terapie v České republice se vyjadřuje prostřednictvím médií řada odborníků. Mahlerová (2022) se detailně věnuje laickým terapeutům v sérii Klamatěři.

V empirické části prezentujeme vlastní kvalitativní výzkum. Primárním cílem výzkumu bylo porozumět zkušenostem respondentek, které se léčily s psychickými potížemi u laických terapeutů. Zajímali jsme se o motivaci k vyhledání laické terapie, prožívání v průběhu laické terapie, vliv laické terapie na psychické potíže, subjektivně vnímaná rizika laické terapie a postupy a metody používané v laické terapii. Výzkumu se zúčastnilo pět respondentek, které absolvovaly laickou terapii za účelem léčby psychických potíží. Formou polostrukturovaného rozhovoru byla získána data, která byla následně zpracována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. Ve výsledcích výzkumu nejprve seznamujeme s jednotlivými případy, následně se věnujeme analýze jednotlivých respondentek a společné analýze témat a podtémat všech respondentek. Z interpretace výsledků výzkumu vyplývají následující závěry.

Motivací pro vyhledání laické terapie bylo doporučení jiných osob v podobě osobního doporučení nebo internetových recenzí. Laickou terapii vyhledávaly respondentky, které v minulosti opakovaně hledaly pomoc, a nedostalo se jim úlevy. Respondentky daly přednost laické terapii před odbornou pomocí z důvodu neúčinnosti nebo nedostatečné informovanosti. Hlavní zkušenost respondentek s laickou terapií předcházela jiná zkušenost s laickou terapií. Respondentky byly motivovány popisem zázračných účinků laické terapie. Laickou terapii vyhledávaly respondentky v období, kdy vykazovaly vyšší zranitelnost.

Prožívání v průběhu laické terapie se u respondentek proměňovalo v čase. V úvodní fázi laické terapie prožívaly respondentky pocity naděje a důvěry. Provinění, vyčerpání a nejistotu vnímaly účastnice výzkumu ve střední fázi laické terapie. Při ukončování laické terapie prožívaly respondentky pocity strachu a vzdoru.

U jedné respondentky došlo k trvalému zlepšení stavu vlivem laické terapie. U ostatních respondentek se vlivem laické terapie zhoršil celkový stav, či se rozvinuly další psychické potíže. V tomto důsledku vyhledaly respondentky odbornou pomoc. Vedlejší přínos laické terapie se týká proměny životních hodnot, otevření nových témat, zvědomění si těla, prevence somatizace nebo větší obezřetnost.

Laičtí terapeuti dle subjektivního vnímání respondentek vytvářeli tlak, nebyli dostatečně kompetentní pro terapeutickou práci a neposkytnuli respondentkám dostatečnou péči. Respondentky vnímaly závislost na laické terapii nebo laickém terapeutovi samotném. Laická terapie se odrazila dopadem některé z dalších oblastí života. Tento dopad se týkal profesního života nebo partnerského vztahu. Respondentky, které absolvovaly laickou terapii ve formě skupinového sezení, vnímali rizika velkého počtu účastníků, manipulace a proměny v sektu. Za laickou terapii respondentky platily vysokou finanční částku. V průběhu laické terapie byly nabízeny placené produkty.

Laická terapie probíhá formou individuálního sezení, skupinového sezení či prostřednictvím on-line platformy. Laičtí terapeuti využívali při práci s respondentkami konkrétních technik v podobě informativních přednášek, imaginací, rodinných konstelací, kartářství, vedených meditací, relaxačních cvičení, bezpečného prostoru, odblokování, čištění nebo změněného stavu.

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. vydání). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychological Association. (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. American Psychological Association. Získáno 2. 2. 2024 z <https://www.apa.org/ethics/code>
- American Psychological Association. (2018). *New Age therapy*. Získáno 15. 3. 2024 z <https://dictionary.apa.org/new-age-therapy>
- Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. (2018). *Výzva „4P“ k legalizaci psychoterapie v sociálních službách*. Získáno 2. února 2024 z <https://www.apsscr.cz/files/files/V%C3%BDzva%204P.pdf>
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling*, 48(2), 177–187. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00032-0)
- Bartůňková, S. (2010). *Stres a jeho mechanismy*. Karolinum.
- Baštecká, B. (2005). *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Grada.
- Bays, B. (2008). *Svoboda*. Eminent.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7. vydání). Oxford University Press.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Basic Books.
- Benedetti, F. (2013). Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship. *Physiological Reviews*, 93(3), 1207-1246. <https://doi.org/10.1152/physrev.00043.2012>
- Berg, M. C. (2008) New age advice: ticket to happiness?. *Happiness Study*, 9, 361–377. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9038-x>

- Beyerstein, B. (2001). Fringe Psychotherapies: The Public at Risk. *The Scientific Review of Alternative Medicine*, 5(2), 70-79.  
[https://www.researchgate.net/publication/255524680\\_Fringe\\_Psychotherapies\\_The\\_Public\\_at\\_Risk](https://www.researchgate.net/publication/255524680_Fringe_Psychotherapies_The_Public_at_Risk)
- Beyerstein, B. L. (2003). *Why Bogus Therapies Often Seem to Work. Quackwatch*.  
 Získáno 15. 3. 2024 z  
<http://www.quackwatch.org/01QuackeryRelatedTopics/altbelief.html>
- Blokšová, D. (2014). *Vztahy v rodině s diagnózou mentální bulimie – případová studie* [Nepublikovaná bakalářská diplomová práce]. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Borovanská, M. (2022). *Návrh zákona o psychologických a psychoterapeutických službách*. Unie psychologických asociací ČR. Získáno 2. února z  
<https://upacr.cz/wp-content/uploads/2022/04/2022-04-25-ZAMER-ZAKONA.pdf>
- Brannon, L., & Feist, J. (1997). *Health psychology: An introduction to behavior and health* (3. vydání). Thomson Brooks / Cole Publishing Co.
- Butler, L. D., Mercer, K. A., McClain-Meeder, K., Horne, D. M., & Dudley, M. (2019). Six domains of self-care: Attending to the whole person. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 29(1), 107-124.  
<https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1482483>
- Bystedt, S., Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., & Carlbring, P. (2014). Clinicians' perspectives on negative effects of psychological treatments. *Cognitive behaviour therapy*, 43(4), 319-331.  
<https://doi.org/10.1080/16506073.2014.939593>
- Calhoun, L. G., & Tadeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Culley, S., & Bond T. (2008). *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii: Dovednosti a strategie pro zvyšování kompetence v pomáhajících profesích*. Portál.

- Česká asociace pro psychoterapii. (2023). *Etický kodex*. Získáno 2. února 2024 z <https://cmpsy.cz/files/EK/Eticky-kodex-psychologicke-profese-12-2017.pdf>
- Česká asociace pro psychoterapii. (2023). *Plánované změny živnostenského zákona a reakce ČAP*. Získáno 2. února 2024 z <https://czap.cz/Dokumenty-o-vykonu-psychoterapie/13178289>
- Českomoravská psychologická společnost. (2017). *Etický kodex psychologické profese*. Získáno 2. února 2024 z <https://cmpsy.cz/files/EK/Eticky-kodex-psychologicke-profese-12-2017.pdf>
- Danelová, E. (2010). *Alternativní a okrajové psychoterapeutické směry: Co o nich víme?* [Nepublikovaná magisterská diplomová práce]. Masarykova univerzita.
- Daňková, Š., Hanušová, K., Krejčová, D., Voborník, J., Těšitelová, V., & Zvolský, M. (2019). *Implementační plán zavedení MKN-11 v ČR*. Získáno 2. března z <https://www.uzis.cz/res/file/klasifikace/mkn/mkn-11-cz-implementacni-plan.pdf>
- Dierick, P., & Lietaer, G. (2008). Client perception of therapeutic factors in group psychotherapy and growth groups: An empirically-based hierarchical model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(4), 203-230. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2008.58.2.203>
- Dragometrický, A. (2007). *Psychoterapie I*. (6., rozšířené a doplněné vydání). Stratos.
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2., přepracované vydání). Grada.
- Ernst E. (2000). Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(2), 252–257. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10743298/>
- Farias, M. & Granqvist P. (2007). The psychology of the New age. In Kemp, D. & Lewis, J. R. (Eds.), *Handbook of New age* (123 - 150). Brill.
- Ferjenčík, J. (2015). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši* (1. elektronické vydání). Portál.

- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231-233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Gilbert, P. (2017). *Depression: The evolution of powerlessness*. Classic edition. Routledge.
- Greenberg, J. S. (2006). *Comprehensive Stress Management* (9. vydání). McGraw-Hill.
- Grof, S. (2004). *Psychologie budoucnosti: poznatky a poučení z moderního výzkumu vědomí*. Perla.
- Groothuis, D.R. (1995). *Tváří v tvář New Age*. Návrat domů.
- Hellinger, B. (2000). *Skrytá symetrie lásky*. Praga: Pragma.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (4. vydání). Portál.
- Herzog, P., Lauff, S., Rief, W., Brakemeier, E. L. (2019) *Assessing the unwanted: A systematic review of instruments used to assess negative effects of psychotherapy*. *Brain*
- Heřt, J. (2011) *Alternativní medicína a léčitelství*. Věra Nosková.
- Horská, B., Kohoutková, Š., Kudrnová Vosečková, L., & Lásková, A. (2021). *Vítejte na chatu, můžete začít psát... Chatové poradenství pro pomáhající profese*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Získáno dne 28. června z:
- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Eds.). (2004). *Psychiatrie* (2. dopl. vyd.). Praha: Tigris.
- Jániš, M. (2010). Účinné faktory skupinové psychoterapie. *E-psychologie*. 4 (1), 30-50. <https://e-psycholog.eu/pdf/janis.pdf>
- Jochmannová, L., & Kimplová, T. (Eds.). (2022). *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Grada.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Grada.

- Kaptchuk, T. J., & Eisenberg, D. M. (2001). Varieties of healing. 2: a taxonomy of unconventional healing practices. *Annals of internal medicine*, 135(3), 196–204. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-135-3-200108070-00012>
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 43(2), 207-222. <http://doi.org/10.2307/3090197>
- Kissman, K. (1990). The Role of Fortune-telling as a Supportive Function among Icelandic Women, *International Social* 33(2), 137-144. <https://doi.org/10.1177/002087289003300205>
- Kivlinghan, D. M., & Holmes, S. E. (2004). The importance of therapeutic factors: A typology of therapeutic factors studies. In: DeLucia-Waacka J. L. et al. (Eds.). *Handbook of group counseling and psychotherapy*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kladivová, B. (2023, 16. listopadu). *Díky drahokamu začnu více milovat. Odborníci varují před podvodnými e-shopy a ezošmejdý*. iRozhlas. Získáno 15. března 2024 [https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/zdravi/ezosmejdi-e-shopy-podvod-test-potraviny-na-pranyri\\_2311161242\\_jgr](https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/zdravi/ezosmejdi-e-shopy-podvod-test-potraviny-na-pranyri_2311161242_jgr)
- Klamatěři (n.d.). *Instagram*. Získáno 15. března 2024 z [https://www.instagram.com/klamateri\\_v\\_online/](https://www.instagram.com/klamateri_v_online/)
- Konečný, K., Hadravová, J., Balarinová, L., Lorencová, M., & Knapiková, S. (2020). *Jak na psychosociální podporu v době covidu i po něm*. Ministerstvo vnitra České republiky. Získáno 2. 2. 2024 z [www.mvcr.cz/soubor/jakna-psp-covid-19-pdf.aspx](http://www.mvcr.cz/soubor/jakna-psp-covid-19-pdf.aspx)
- Kopřivová, J. (2012). *Motivace psychologů k praktikování alternativních terapií New Age*. [Nepublikovaná magisterská diplomová práce]. Masarykova univerzita.
- Kořenek, J. (2004). *Lékařská etika*. Triton.
- Kosová, J. (2005). Farmakologie a psychoterapie úzkostných poruch. *Psychiatrie pro praxi*, 2005(6), 285-288.
- Kratochvíl, S. (2009). *Skupinová psychoterapie v praxi* (3., doplněné vydání). Galén.

- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie* (7. vydání). Portál.
- Lambert, M. J., & Barley, D. F. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In Norcross, J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationship that works*. Oxford: Oxford University Press.
- Lambert, M. L., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert, M. L. (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. (5. vydání). John Wiley.
- Laska K. M., Gurman A. S., Wampold B. E. (2014) Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: a common factors perspective. *Psychotherapy*. 51(4), 467-81. <https://doi.org/10.1037/a0034332>
- Lieberei, B., & Linden, M. (2008). *Unerwünschte Effekte, Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie*. 102(9), 558-562. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2008.09.017>
- Lilienfeld, S. O. (2007). *Psychological Treatments That Cause Harm. Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53–70. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00029>
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., & Lohr, J. M. (2003). *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology*. The Guilford Press.
- Linden M, Schermuly-Haupt M. L. (2014) Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry*. 13(3), 306-9. <https://doi.org/10.1002/wps.20153>
- Lorenc, J., Pec, O., Kobic, K. & Beránková, A. (2003). *Krizová intervence a krizové služby*. [https://www.researchgate.net/publication/288645731\\_Crisis\\_Intervention\\_and\\_Crisis\\_Services](https://www.researchgate.net/publication/288645731_Crisis_Intervention_and_Crisis_Services)
- Lovci klamu. (n.d.) *Instagram*. Získáno 15. března z <https://www.instagram.com/lovciklamu/>



- Mahlerová, J. (2022, 18. října). Klamatéri: Hyenismus aneb novodobé klamy v ezoterice a obchod se zranitelností. IDNES. Získáno dne 15. března 2024 z [https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/klamateri-ezo-dalibor-spok-helena-houdova-karolina-kachynova.A221017\\_083137\\_domaci\\_jumhttps://www.idnes.cz/zpravy/domaci/klamateri-ezo-dalibor-spok-helena-houdova-karolina-kachynova.A221017\\_083137\\_domaci\\_jum](https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/klamateri-ezo-dalibor-spok-helena-houdova-karolina-kachynova.A221017_083137_domaci_jumhttps://www.idnes.cz/zpravy/domaci/klamateri-ezo-dalibor-spok-helena-houdova-karolina-kachynova.A221017_083137_domaci_jum)
- Mahlerová, J. (2022, 26. října). *Noví šmejdi útočí na ženy. Slibují bezstarostný život, varuje expertka.* IDNES. Získáno 15. března z [https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/smejdi-klamateri-romana-mazalova-psycholozka-online-prostredi.A221025\\_185117\\_domaci\\_albe](https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/smejdi-klamateri-romana-mazalova-psycholozka-online-prostredi.A221025_185117_domaci_albe)
- Mahlerová, J. (2022, 7. listopadu). *Když rodinu rozloží ezoterika. Manželka jako by zemřela, líčí otec tří dcer.* IDNES. Získáno 15. března 2024 z [https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/smejdi-klamateri-ezoterika-michal-miovsky.A221107\\_081608\\_domaci\\_jum](https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/smejdi-klamateri-ezoterika-michal-miovsky.A221107_081608_domaci_jum)
- Mahlerová, J., Hromková, D., Vlčková, T. (2022). *Očistím tě od traumatu. On-line a za spoustu peněz. Jak funguje EZObyznys.* IDNES Získáno 15. března z [https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/zpravodajstvi-ezoterika-byznys-terapie-helena-houdova-sex.A220405\\_161012\\_domaci\\_dou](https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/zpravodajstvi-ezoterika-byznys-terapie-helena-houdova-sex.A220405_161012_domaci_dou)
- Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče.* Grada.
- Marks, D. F. (2012). Health Psychology: Overview. In A. M. Nezu, C. M. Nezu, & P. A. Geller (Eds.), *Handbook of Psychology. Volume 9: Health Psychology.* John & Sons, Inc.
- Matušková, K. (2020). *Legislativní rámec psychoterapie v ČR.* [Nepublikovaná magisterská diplomová práce]. Masarykova univerzita.
- McNally, R. J. (2003). *Is the pseudoscience concept useful for clinical psychology? The scientific review of mental health practice, 2(2),* Získáno 15. března 2024 z <http://www.srmhp.org/0202/pseudoscience.html>

- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. (2006). *Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Psychiatrické centrum.
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče*. Získáno 2. února 2024 z <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020). *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030*. Získáno 2. února 2024 z <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2024). *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru klinická psychologie*. 2. února z [https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2024/01/VP\\_KLINICKA-PSYCHOLOGIE\\_7.1.2024.pdf](https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2024/01/VP_KLINICKA-PSYCHOLOGIE_7.1.2024.pdf)
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Mišovič, J. (2019). *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Slon.
- Morschitzky, H., & Sator, S. (2014). *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Portál.
- Nahin, R. L. (2001). Research into complementary and alternative medicine: problems and potential. *BMJ*, 322(7279), 161–164. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7279.161>
- Nahum, D. D., Alfonso, C. A., & Sönmez, E. (2018). Common factors in psychotherapy. In *Advances in psychiatry* (pp. 471–481). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-70554-5\\_29](https://doi.org/10.1007/978-3-319-70554-5_29)
- Národní soustava povolání. (2018). *Psycholog ve zdravotnictví*. Získáno 2. března 2024 z <https://nsp.cz/jednotka-prace/56e2c971b1>

- Národní zdravotní informační portál. (2023). *Psycholog ve zdravotnictví*. Získáno 2. března z <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1294>
- Národní zdravotnický informační portál. (2024). *Alternativní medicína*. Získáno 15. března 2024 z <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/156>
- Nařízení vlády č. 278/2008 Sb., o obsahových náplních jednotlivých živností. Česká republika.
- National Institute of Mental Health (2020). *Major depression*. Získáno 2. března 2024 z <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>
- Ondok, J. P. (2005). *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton.
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie* (3., aktualizované a doplněné vydání). Grada.
- Pal, S. K. (2002). Complementary and alternative medicine: An overview. *Current Science*, 82(5), 518–524. <http://www.jstor.org/stable/24105958>
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2. vydání). Grada.
- Pert, C. B. (1997). *Molecules of Emotion*. Simon and Schuster.
- Pešová, I., & Šamalík, M. (2006). *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Grada.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2016). *Ethics in psychotherapy and counseling: a practical guide* (5. vydání). Wiley.
- Praško, J. (2003). *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Grada.
- Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Portál.
- Praško, J., Vyskočilová, J., & Prašková, J. (2006). *Úzkost a obavy*. Portál.
- Praško, J., Vyskočilová, J., & Prašková, J. (2012). *Úzkost a obavy: Jak je překonat* (3. vydání). Portál.
- Preiss, M. (2009). *Trauma a posttraumatický růst*. *Psychiatrie pro praxi*, 2009, 10 (1). Praha: Psychiatrické centrum, s. 12-18.
- Procházka, R., Kolařík, M., Lečbych, M., & Šmahaj, J. (2014). *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Grada.

- Psychiatrická společnost ČLS JEP. (2008). *Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008*. Získáno 2. března 2024 z [https://www.psychiatrie.cz/images/stories/revize\\_koncepce\\_2008.pdf](https://www.psychiatrie.cz/images/stories/revize_koncepce_2008.pdf)
- Psychokraviny? (n.d.). O této skupině. *Facebook*. Získáno 15. března 2024 z <https://www.facebook.com/groups/psychokraviny>
- Raboch, J., Pavlovský, P., & Janotová, D. (2012). *Psychiatrie: minimum pro praxi* (5. vydání). Triton.
- Ritchie, H., & Roser, M. (2018). *Mental health*. Our world in data. Získáno 2. března 2024 z <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Rogers, C. R. (2015). *Být sám sebou: Terapeutův pohled na psychoterapii*. Portál.
- Ruppert, F. (2014). *Trauma a rodinné konstelace*. Portál.
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. a kol. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova Univerzita. Získáno 2. března 2024 z [https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/504618/mod\\_resource/content/3/Kvalitativni-analyza-textu\(1\).pdf](https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/504618/mod_resource/content/3/Kvalitativni-analyza-textu(1).pdf)
- Sayers, J. (2001). The world health report 2001 — Mental health: new understanding, new hope. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(11), 1085. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566704/>
- Schermuly-Haupt, M. L., Linden, M., & Rush, A. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y>
- Singer, M. T., & Nievod, A. (2003). New Age Therapies. In S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn, & J. M. Lohr, *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology* (176-205). Guilford Press.
- Sirois, F. M. (2008). Motivations for consulting complementary and alternative medicine practitioners: a comparison of consumers from 1997-8 and 2005. *BMC complementary and alternative medicine*, 8 (16). <https://doi.org/10.1186/1472-6882-8-16>

- Smith, J. A., & Osborn, M. (2007). *Interpretative Phenomenological Analysis*. Získáno 17. ledna 2024 z [http://med-fom-familymedresearch.sites.olt.ubc.ca/files/2012/03/IPA\\_Smith\\_Osborne21632.pdf](http://med-fom-familymedresearch.sites.olt.ubc.ca/files/2012/03/IPA_Smith_Osborne21632.pdf)
- Spitzer, T., & Spitzer, R. (2013). *Psychobattery: A Chronicle of Psychotherapeutic Abuse*.
- Sterling, P., & Eyer, J. (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In S. Fisher, & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 629-649). John Wiley & Sons.
- Svobodová, I. (2022). *Možnosti péče o duševní zdraví*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Získáno 2. března z <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/03/Moznosti-pece-o-dusevni-zdravi.pdf>
- Šoltéz, L., & Pullman, R. (2008). *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Osveta.
- Špatenková, N. (2017). *Krize a krizová intervence*. Grada.
- Timul'ák, L. (2014). *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru: integrativní rámec*. Portál.
- Tiryakian, E. A. (1972). Toward the Sociology of Esoteric Culture. *American Journal of Sociology*, 78(3), 491–512. <http://www.jstor.org/stable/2776304>
- Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese* (5. vydání). Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
- Vaillant, G., E. (2012). *Positive mental health: is there a cross-cultural definition?*. *World Psychiatry*, 11(2), 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.006>
- Vančura, M. (2020). Psychospirituální krize. In D. Vodáčková (Ed.), *Krizová intervence* (s. 329–357). Portál.
- Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Portál.

- Vltavský, L. (2023, 6. května). *Ezošmejdi a psychošmejdi plus odborníci z leknutí: 5 důvodů, proč se jim v Česku tolik daří*. *Expres*. Získáno 15. března 2024 z [https://www.expres.cz/zpravy/ezosmejdi-kurzy-samozvani-odbornici-cesko-legislativa-klienti-verejnost-penize-manipulace.A230505\\_135330\\_dx-zpravy\\_vlt](https://www.expres.cz/zpravy/ezosmejdi-kurzy-samozvani-odbornici-cesko-legislativa-klienti-verejnost-penize-manipulace.A230505_135330_dx-zpravy_vlt)
- Vodáčková, D. (2020). *Krizová intervence* (4. vydání). Portál.
- Vörösová, G., Solgajová, A., & Archalousová, A. (2015). *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Grada.
- Vybíral, Z. (2016). *Jak se stát dobrým psychoterapeutem*. Portál.
- Vybíral, Z. (2019). Psychoterapeuti chybují II: O čem mluvíme, když mluvíme o nezamýšlených a negativních účincích psychoterapie? *Psychoterapie*, 13(2), 122–137.
- Vybíral, Z., & Danelová, E. (2010). Okrajové psychoterapie. In Z. Vybíral, & J. Roubal, *Současná psychoterapie* (599-612). Portál.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Česká republika.
- Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie* (2., rozšířené a přepracované vydání). Grada.
- Vymětal, J. (2007). *Speciální psychoterapie* (2., přepracované a doplněné vydání). Grada.
- Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie* (3., aktualizované a doplněné vydání). Grada.
- Wieland, L. S., Manheimer, E., & Berman, B. M. (2011). Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the Cochrane collaboration. *Alternative therapies in health and medicine*, 17(2), 50–59. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3196853/>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2021). *Teorie a praxe skupinové terapie*. Portál.
- Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Portál.

# SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka č. 1: Výzkumný soubor

Tabulka č. 2: Témata a podtémata respondentky Hany

Tabulka č. 3: Témata a podtémata respondentky Aneta

Tabulka č. 4: Témata a podtémata respondentky Pavly

Tabulka č. 5: Témata a podtémata respondentky Lucie

Tabulka č. 6: Témata a podtémata respondentky Ivany

Tabulka č. 7: Společná témata a podtémata respondentek k VO č. 1

Tabulka č. 8: Společná témata a podtémata respondentek k VO č. 2

Tabulka č. 9: Společná témata a podtémata respondentek k VO č. 3

Tabulka č. 10: Společná témata a podtémata respondentek k VO č. 4

Tabulka č. 11: Společná témata a podtémata respondentek k VO č. 5

# SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha č. 3: Schéma polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 4: Informovaný souhlas

Příloha č. 5: Hana – grafické znázornění témat rozhovoru

Příloha č. 6: Aneta – grafické znázornění témat rozhovoru

Příloha č. 7: Pavla – grafické znázornění témat rozhovoru

Příloha č. 8: Lucie – grafické znázornění témat rozhovoru

Příloha č. 9: Ivana – grafické znázornění témat rozhovoru

Příloha č. 10: Grafické znázornění společné analýzy témat a podtémat



## **Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce**

### **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Rizika laické terapie a její vliv na psychiku jedinců

**Autor práce:** Bc. Klára Katrušáková

**Vedoucí práce:** PhDr. Romana Mazalová, Ph.D

**Počet stran a znaků:** 134 stran, 231 209 znaků

**Počet příloh:** 10

**Počet titulů použité literatury:** 139

**Abstrakt:** Tato magisterská diplomová práce zkoumá rizika laické terapie a její vliv na psychiku jedinců. Teoretická část se zabývá možnostmi v oblasti péče o duševní zdraví, vybranou terminologií v oblasti duševního zdraví a onemocnění, vymezením psychoterapie a laické terapie. Empirická část prezentuje vícepřípadovou studii, jejímž cílem je porozumění zkušenostem pěti respondentek, které se léčily s psychickými potížemi u laických terapeutů. Výzkumný soubor byl získán záměrným výběrem a samovýběrem. Sběr dat proběhnul prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a data byla zpracována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. Z interpretace výsledků vyplývá signifikantní vliv laické terapie na prožívání respondentek. Výsledky výzkumu poukazují na motivaci respondentek k vyhledání laické terapie, prožívání v průběhu laické terapie, vliv laické terapie na potíže, vnímaná rizika laické terapie a postupy používané v laické terapii.

**Klíčová slova:** psychoterapie, laická terapie, duševní onemocnění, interpretativní fenomenologická analýza

## **Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce**

### **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Risk of lay therapy and its impacts on individuals' experience

**Author:** Bc. Klára Katrušáková

**Supervisor:** PhDr. Romana Mazalová, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 134 pages, 231 209 characters

**Number of appendices:** 10

**Number of references:** 139

**Abstract:** This master thesis explores the risks of lay therapy and its impact on the psyche of individuals. The theoretical part deals with options in mental health care, selected terminology in the field of mental health and illness, definitions of psychotherapy and lay therapy. The empirical section presents a multi-case study aimed at understanding the experiences of five respondents who were treated for mental health problems by lay therapists. The research sample was obtained through purposive sampling and self-selection. Data collection was conducted through semi-structured interviews and the data were processed using interpretative phenomenological analysis. The interpretation of the results shows a significant effect of lay therapy on the respondents' lived experience. The results of the research indicate the respondents' motivation for seeking lay therapy, their experiences during lay therapy, the impact of lay therapy on their difficulties, the perceived risks of lay therapy, and the procedures used in lay therapy.

**Keywords:** psychotherapy, lay therapy, mental illness, interpretative phenomenological analysis

## **Příloha č. 3: Schéma polostrukturovaného rozhovoru**

### **SEZNAM OTÁZEK POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU**

#### ***Základní informace o respondentovi:***

- Jaký je Váš aktuální věk?
- Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?
- Jaké je Vaše zaměstnání?
- Jaký je Váš rodinný stav?
- Máte děti?
- Máte zkušenost s odborníkem na duševní zdraví?

#### ***Popis terapie a práce terapeuta:***

- Co Vás vedlo k tomu, že jste vyhledal/a pomoc terapeuta?
- Z jakého důvodu jste si danou terapii/terapeuta vybrala? Proč myslíte, že byl pro Vás tento důvod tak důležitý?
- Kde jste na terapeuta narazil/a?
- Jak dlouho jste terapeuta navštěvoval/a? Kolika setkání jste se zúčastnil/a?
- Čím Vás oslovil terapeut a jeho práce? Jaká byla pro Vás práce s terapeutem? Jak jste vnímal/a terapeuta? Proč myslíte, že to na Vás působilo právě takto?
- Můžete mi popsat, jak probíhala jednotlivá setkání?
- Jaké změny jste si všiml/a v průběhu léčby, co se týče Vašeho vztahu s terapeutem?

#### ***Potíže a prožívání respondenta***

- Můžete mi popsat Vaše potíže před zahájení terapií?
- Jaké bylo pro Vás první sezení? Jaký byl Váš přístup k terapii při prvním sezení?
- Jak se proměňovaly Vaše potíže v průběhu terapií? Skrz co myslíte, že došlo k této změně?
- Jak jste se cítil/a v průběhu dalších sezení?

- Jak se měnil Váš vztah k terapeutovi? Jak se měnil Vámi vnímaný přínos terapie při dalších sezeních?
- Můžete popsat situace nebo okamžiky, kdy jste si začal/a všímat dopadů léčby?
- Jaké konkrétní chování terapeuta vedlo k dopadům na Vaše prožívání?
- Byly tyto následky vykomunikovány a ošetřeny terapeutem?
- Co Vás vedlo k rozhodnutí ukončit terapii? Jaké pro Vás toto rozhodnutí bylo?
- Odrazila se tato setkání v dalších oblastech Vašeho života?
- Můžete mi popsat proměnu Vašich potíží po ukončení terapií?

### ***Závěrem***

- Změnil se Váš pohled na terapii a laické terapeutky před a po zkušenosti?
- Chtěl/a byste dodat něco k tématu?

## Příloha č. 4: Informovaný souhlas



Univerzita Palackého  
v Olomouci



### Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci magisterské diplomové práce

---

Byl/a jsem osloven/a k rozhovoru za účelem získání dat pro kvalitativní výzkum k práci s názvem „*Rizika laické terapie a její vliv na psychiku jedinců*“. Výzkum probíhá v rámci magisterského studia oboru psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Souhlasím s účastí na výzkumu a má spolupráce je dobrovolná. Účast ve výzkumu spočívá v nahrávaném rozhovoru. Moje identita zůstane v plné anonymitě. Mé odpovědi jsou důvěrné, všechny získané údaje budou použity pro účely diplomové práce a případně další výstupy související s daným tématem. Rozhovor bude nahráván na mobilní telefon. Nahrávka bude po přepisu smazána.

Byly mi zodpovězeny veškeré mé dotazy. Mám svobodnou volbu kdykoliv od účasti na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Svým podpisem vyjadřuji souhlas se svou účastí na tomto výzkumu.

Jméno a příjmení respondenta: .....

Dne:.....

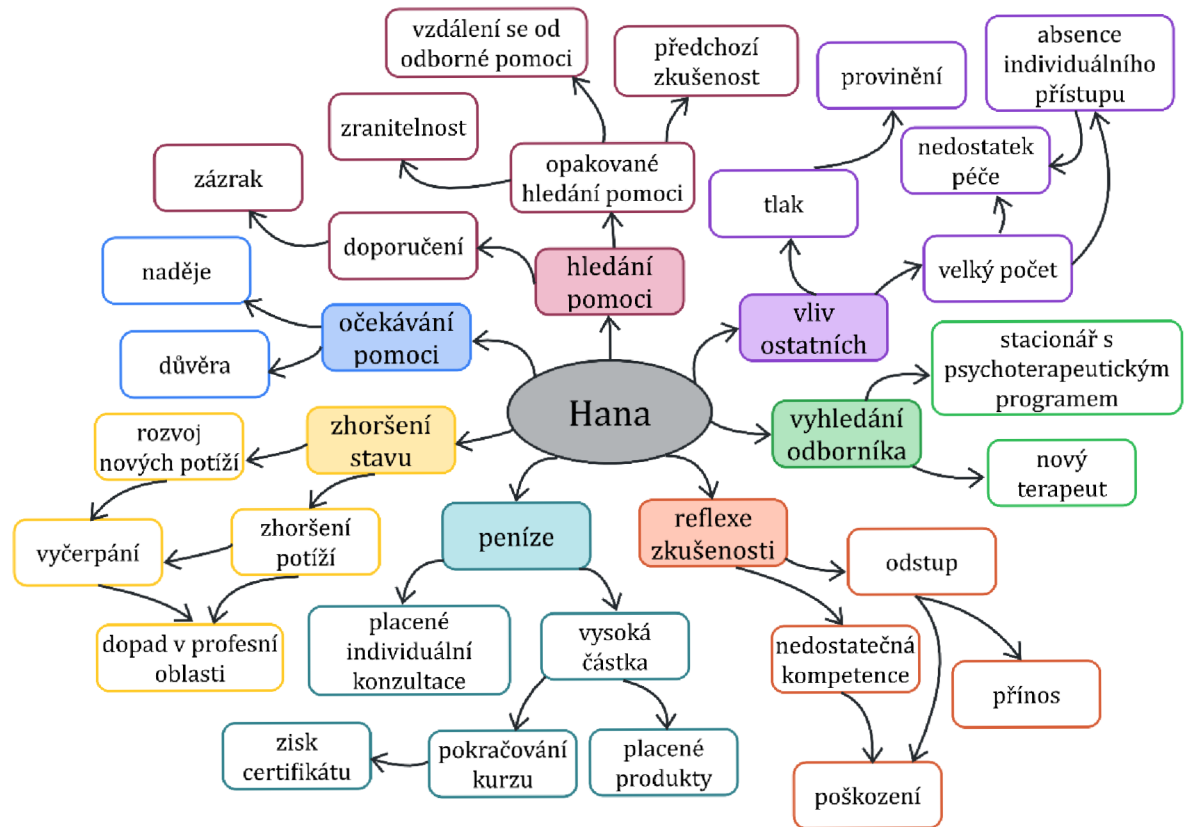
Podpis: .....

**Jméno a příjmení výzkumníka:** Klára Katrušáková

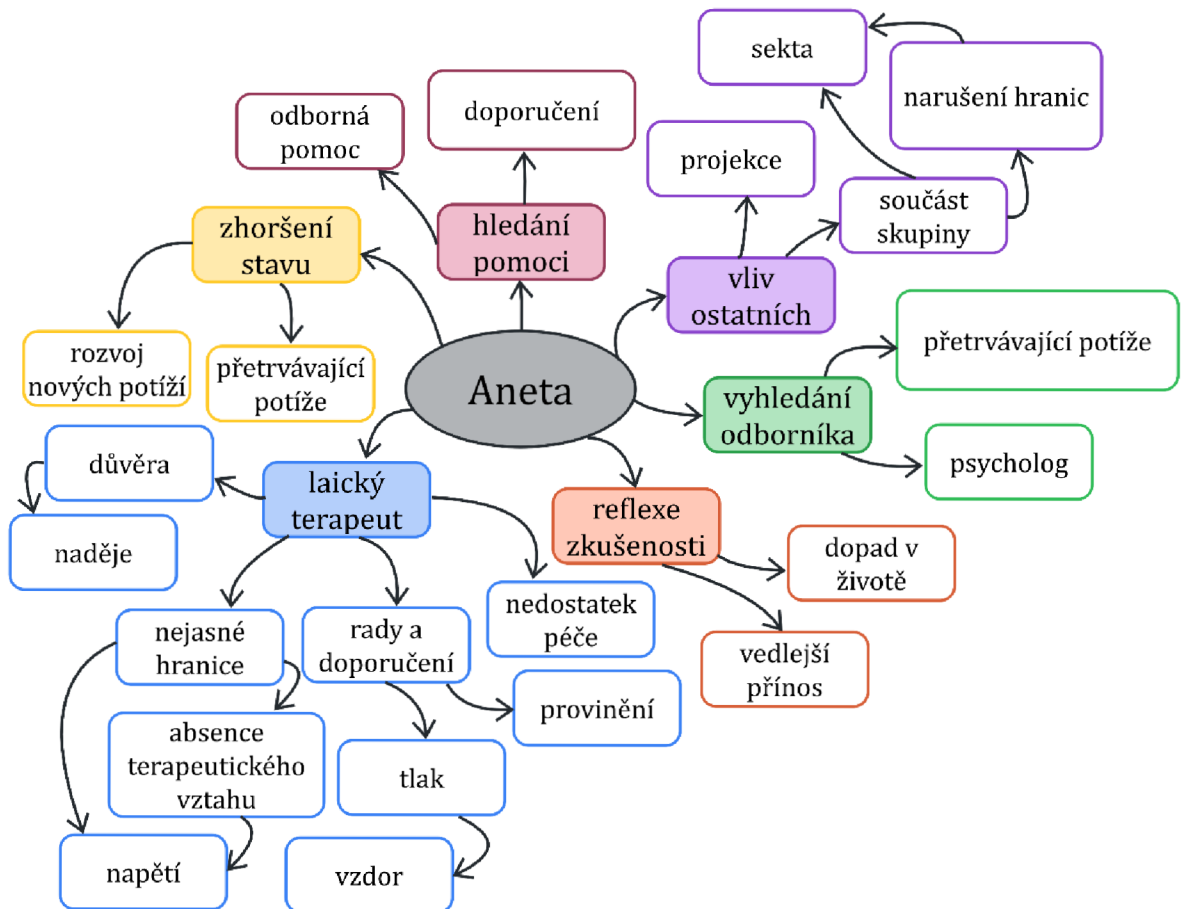
**E-mail:** klara.katrusakova@gmail.com

**Telefon:** +420 605 000 637

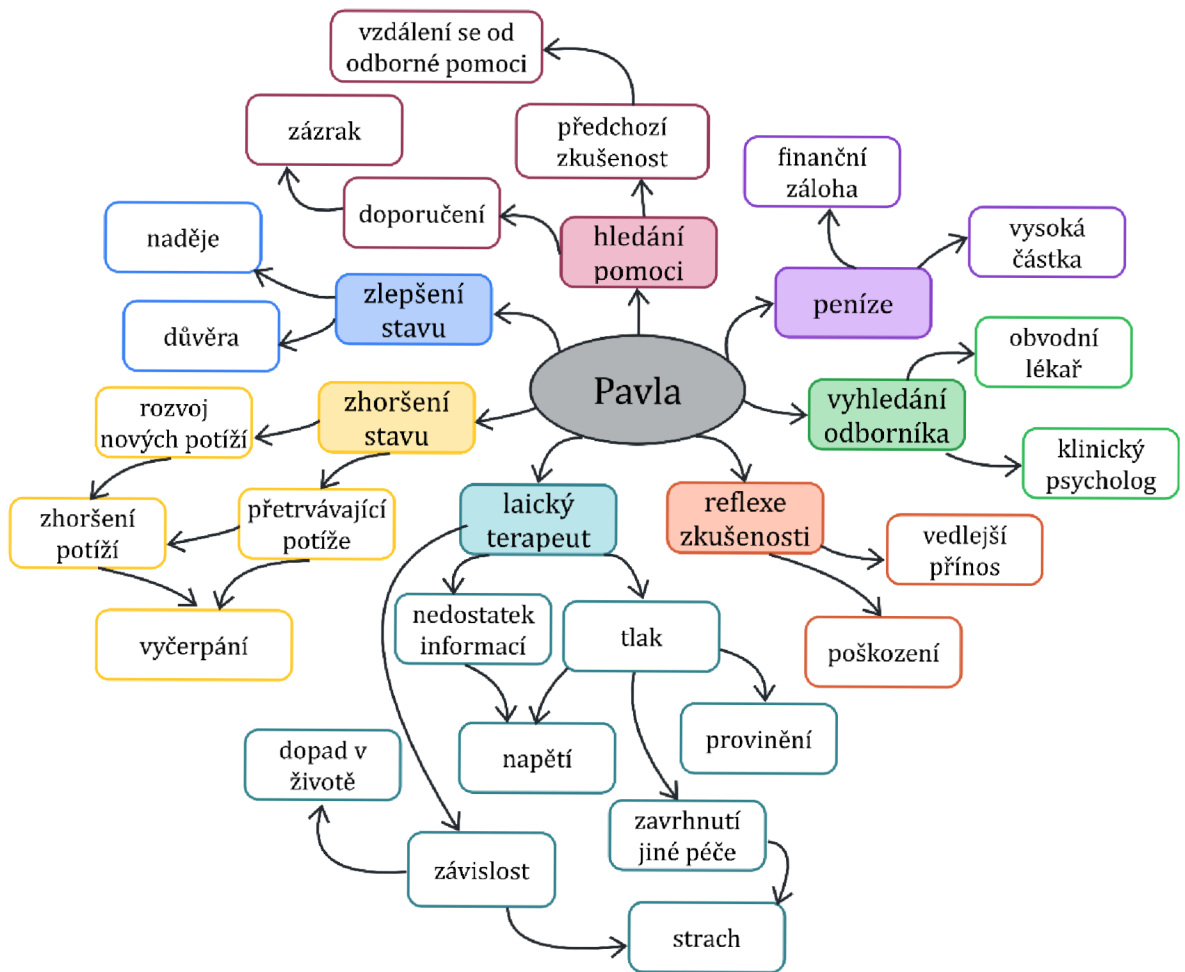
**Příloha č. 5: Hana – grafické znázornění témat rozhovoru**



**Příloha č. 6: Aneta – grafické znázornění témat rozhovoru**

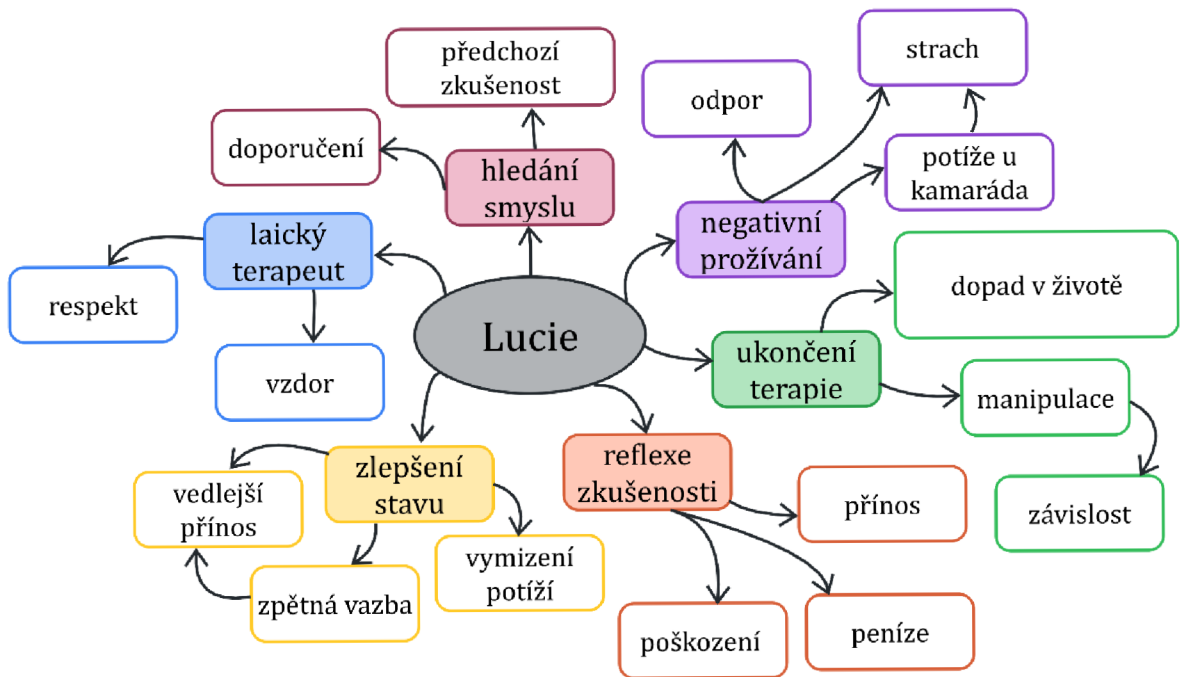


**Příloha č. 7: Pavla – grafické znázornění témat rozhovoru**

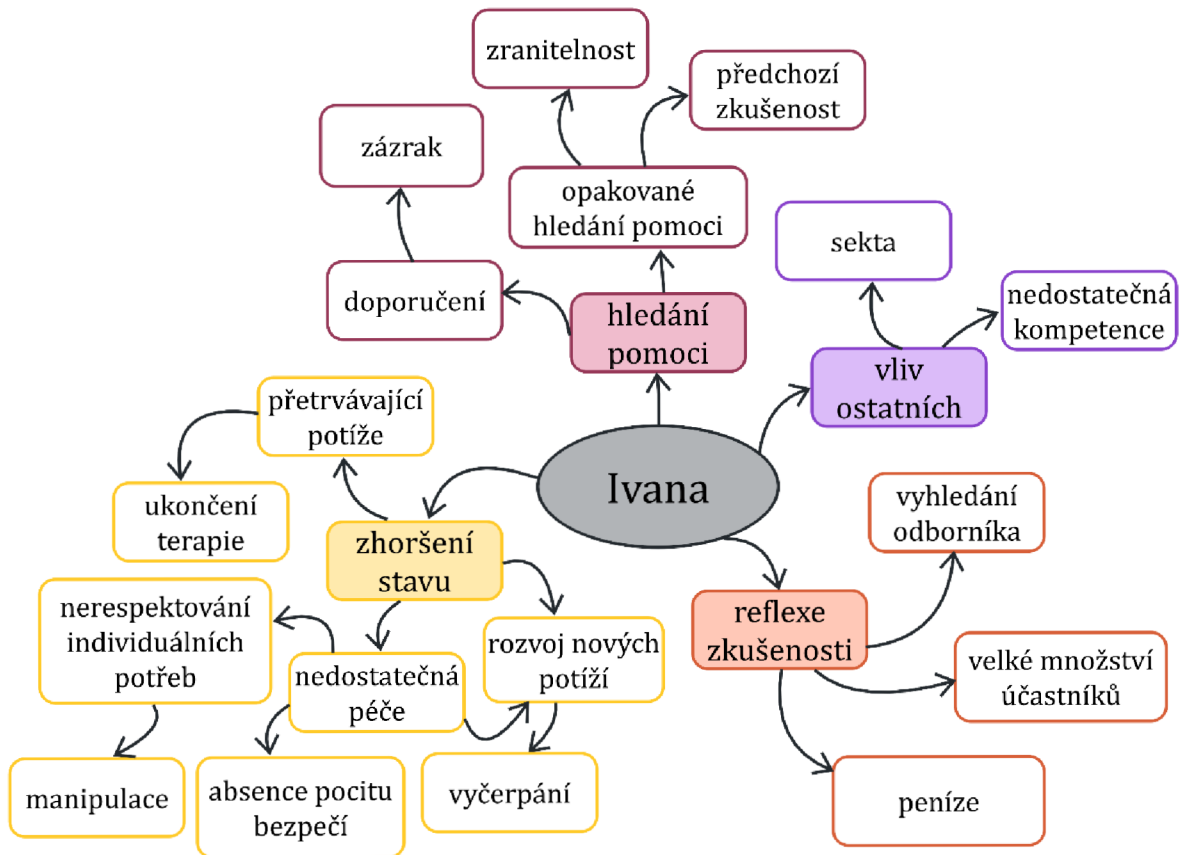




**Příloha č. 8: Lucie – grafické znázornění témat rozhovoru**



## Příloha č. 9: Ivana – grafické znázornění témat rozhovoru



## Příloha č. 10: Grafické znázornění společné analýzy témat a podtémat

