

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

Rigorózní práce

Eva Wagnerová

Psychoterapie a proces změny v případové studii

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 06. 01. 2023

Eva Wagnerová

Anotace

Rigorózní práce se zaměřuje na problematiku psychoterapie pomocí metody případové studie u čtyř případů klientů. V práci jsou popsány základní druhy psychoterapie a s pomocí metody případové studie zkoumám proces změny u vybraných osob. Všímám si, na základě čeho se klienti rozhodují nastoupit na psychoterapii, jak dlouhý je tento proces, čím si musí projít a které překážky musí překonat. Součástí je též obecný popis psychoterapie, včetně bariér v psychoterapii a negativních vlivů na klienta a terapii. Zaměřením práce je detailní rozbor několika málo kazuistik s cílem porozumět těmto případům a aplikovat získané poznatky na podobné případy.

Klíčová slova: psychoterapie, případová studie, hlavní směry psychoterapie, bariéry v psychoterapii, motivace k psychoterapii.

Annotation

The rigorous work focused on the issue of psychotherapy with the help of the case study method in four cases of clients. The thesis describes the basic types of psychotherapy with the help of case study method, I examine the process of change in selected people. I notice on what basic clients decide to start psychotherapy, how long this proces is, what people have to go through and which obstacles they have to overcome. It also includes a general description of psychotherapy, including barriers in psychotherapy and negative influence. The focus of the work is a detailed analysis of a few case studies with the aim of understanding these cases and applying the knowledge gained to similar cases.

Keywords: psychotherapy, case study, main directions of psychotherapy, barriers in psychotherapy, motivation for psychotherapy.

OBSAH

ÚVOD	7
1 TEORETICKÁ ČÁST, PSYCHOTERAPIE	8
1.1 Využití psychoterapie	8
1.2 Prostředky psychoterapie	8
1.2.1 Psychoterapeutický vztah	9
1.2.2 Psychoterapeutický rozhovor	9
1.2.3 Empatický rozhovor	9
1.2.4 Poradensko-informační rozhovor	9
1.2.5 Interpretující rozhovor	10
1.2.6 Podpůrný rozhovor	10
1.2.7 Přesvědčující rozhovor	10
1.2.8 Imaginace	10
1.2.9 Učení	10
1.2.10 Relaxační postupy	11
1.2.11 Sugestivní postupy	11
1.2.12 Na tělo zaměřené postupy	12
1.2.13 Expresivní postupy	12
1.2.14 Psychoterapeutické prostředky při práci s dětmi	12
1.3 Cíle psychoterapie	12
1.4 Formy psychoterapie	14
1.5 Charakteristika psychoterapeuta	15
2 BARIÉRY V PSYCHOTERAPII	16
2.1 Vnitřní bariéry	18
2.2 Vnější bariéry	18
2.3 Stigma	18
2.4 Vnímané bariéry u psychoterapie	19
2.5 Kontaktování psychoterapeuta	20
2.6 Emoční kompetence	21

3	NEGATIVNÍ ÚČINKY PSYCHOTERAPIE	21
3.1	Překážky při zkoumání negativních účinků	23
3.2	Měření negativních účinků	24
4	DOMINANTNÍ SMĚRY V PSYCHOTERAPII	25
4.1	Psychoanalytická psychoterapie	25
4.2	Kognitivně behaviorální psychoterapie	26
4.3	Rogersovská psychoterapie	26
4.4	Existenciální rozbor a logoterapie	27
4.5	Systemická terapie	27
4.5.1	Přístupy systemické terapie	28
4.6	Neuropsychoterapie	28
4.7	Expresivní postupy psychoterapie	29
4.7.1	Arteterapie	29
4.8	Dramaterapie	31
4.8.1	Metody a cíle dramaterapie	31
4.9	Muzikoterapie	32
4.9.1	Metody a cíle muzikoterapie	32
4.10	Biblioterapie	32
4.10.1	Metody a cíle biblioterapie	33
4.11	Sociální podpora	33
4.12	Biosyntetická psychoterapie	33
5	SPECIFIKA PSYCHOTERAPIE U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ	35
5.1	Výzkumná šetření negativních vlivů psychoterapie na děti a adolescenty	36
6	MOTIVACE K PSYCHOTERAPII	39
7	DOSTUPNOST DUŠEVNÍ PÉČE	41
7.1	Informovanost v oblasti duševního zdraví	43
7.2	Budoucnost vývoje psychického zdraví v České republice	44
7.2.1	Národní akční plán pro duševní zdraví.....	45
7.2.2	Psychosomatika	46
7.3	Tělesné projevy ve spojitosti s psychosomatikou.	50
8	BODYTERAPIE	48
8.1	Metody bodyterapie	49

9	BIOENERGETIKA	50
10	EMPIRICKÁ ČÁST, METODOLOGIE	51
10.1	Cíl práce	51
10.2	Metoda výzkumu	51
10.3	Výzkumný soubor	51
10.4	Metoda výzkumu	52
10.5	Interpretace dat	52
10.5.1	Případová studie č. 1	52
10.5.2	Případová studie č. 2	59
10.5.3	Případová studie č. 3	64
10.5.4	Případová studie č. 4	67
	DISKUSE	75
	ZÁVĚR	77
	SEZNAM LITERATURY	81
	SEZNAM ZKRATEK	87
	SEZNAM PŘÍLOH	88
	PŘÍLOHY	89

Úvod

V době počátků psychoterapie došlo ke zdatnému zlepšení zejména ve vztazích terapeut versus klient. V oblasti etiky v rámci psychoterapie a ostatních medicínských oborů se dostává tento směr na přední místa. To, co bylo možné v minulosti, je již nyní pokládáno za nepřijatelné. Naše vnímání etiky a morálky neustále roste, jsme citlivější k právům pacientů, k dětem a ostatním skupinám. Nicméně je důležité neustále diskutovat o etické stránce psychoterapie, abychom mohli přemýšlet o tom, co mohou zásahy v psychoterapii způsobit.

Deprese je jednou z nejčastějších psychických poruch, jejíž prevalence je v Evropě asi 8,5 %, přičemž u žen je výskyt 2× vyšší než u mužů. Vysoké riziko je u mladých jedinců. Deprese se projevují pocity smutku, prázdnoty, nezájmem o okolí, poruchami spánku nebo zpomalením či ztrátou energie, v některých případech mohou vyústit až v sebevražedné myšlenky. Toto vše pacient vnímá jako nepohodu a dochází u něj ke zhoršení společenských a pracovních vztahů a jeho život se celkově zhoršuje ve všech oblastech. Je dokázáno, že psychoterapie se významně podílí na zlepšení projevů deprese, nehledě na dané terapeutické zaměření. Terapeutické postupy jsou vždy individuální stejně jako každý klient nebo terapeut, kteří jsou jejich součástí.

Různorodé nazírání na problematiku psychoterapie je rozsáhlé. Současná společnost klade čím dál vyšší nároky na jedince v každém ohledu, např. na vzdělání, životní styl, volnočasové aktivity atd. V těchto případech se jedná o zvyšující se nároky na psychickou a tělesnou stránku. V současném uspěchaném světě lidé pozbývají smysl pro vnímání významu všestranného rozvoje své osobnosti, často ztrácí jistotu a hledají způsoby, jež by jim usnadnily orientaci ve světě i ve svém nitru a pomohly jim zvládnout krizi. Ne každý ale dokáže zdolat nátlak přicházející mnohdy z několika stran, a proto se v tom lepším případě obrací na odbornou pomoc. Psychoterapie je jednou z možností, která zahrnuje cílené a účelové uplatnění psychologických nástrojů se záměrem přeměnit a uzpůsobit city, způsob myšlení a vystupování jedince způsobem přijatelným pro společnost. Jako psychologické nástroje jsou míněny metody zakládající se na plánované kontrole a ovlivnění vlastního vystupování, metody založené na kontaktu a komunikaci s ostatními a vedoucí ke změně prožitků a chování.

1 Psychoterapie

Podle Zbyňka Vybírala a Jana Roubala je psychoterapie terapeutická aktivita, kdy psychoterapeut využívá svou osobu a znalosti k tomu, aby u klienta nastala kýžená změna orientovaná na uspokojivé prožitky, počínání si ve vztazích a společenskou integraci. Dovednosti terapeuta se proto vztahují k řízenému rozhovoru, vybudování si vztahu a uplatnění různých technik (Vybíral a Roubal, 2010).

1.1 Využití psychoterapie

Psychoterapie je součástí prevence, terapie a rehabilitace poškozeného zdraví. Bývá úspěšná v situacích, jež mají vliv na rozvoj postižení psychogenními faktory (Vymětal, 2010).

Psychoterapie je vědní disciplína, jež zahrnuje teoretickou stránku v podobě uspořádaných znalostí v oboru a stránku aplikační. Součástí teoretické části jsou postupy, teorie osobnosti, postupy terapie a terapeutického procesu, rozvoj poruch a též výcvik. Psychoterapie je oblast, která patří do experimentálního a aplikovaného vědního oboru, který je charakteristický interdisciplinární a transdisciplinární povahou, jež se dotýká zejména oblasti medicínské a psychologické. Psychoterapie má oblast obecnou, sem patří výzkumné údaje, postupy, další oblast je speciální, která je zaměřená na individuální poruchy (Kratochvíl, 2017).

1.2 Prostředky psychoterapie

Psychoterapeutickým nástrojem je míněna psychoterapeutická spojitost, vzdělávání, rozhovor, ovlivňování nebo vyjadřovací metody.

Nástroje psychoterapie lze rozdělit na:

- **verbální** – dialog a sugesce,
- **nonverbální** – utříděná terapeutická situace, imaginace, relaxace (Vymětal, 2004).

Prostředky znázorňují stavební jednotky, které se většinou nepoužívají, ovšem veškeré psychoterapeutické kroky uplatňují rozmanité kombinace jednotlivých prostředků. Jedná se o individuální činnosti, které se vědecky využívají za účelem pomoci druhému (Vymětal, 2004).

1.2.1 Psychoterapeutický vztah

Terapeutický dialog je vnímán jako nevšední součást psychoterapeutického prostředí. Základem je vztah klienta a terapeuta, který uzpůsobuje místo k transformaci. Terapeut má prostor k uplatnění různých technik, díky kterým dosáhne žádaných změn. Nepostradatelnou složkou plnohodnotného vztahu mezi terapeutem a klientem je především důvěra a naděje, jež jsou předpokladem k tomu, aby klient dokázal být otevřený, aniž by se obával případného zneužití svých sdělení. Při psychoterapeutickém vztahu by měl klient pociťovat klid, jistotu, ale důležité také je zachovat určitou zdrženlivost. Rozhodujícími vlastnostmi terapeuta by měla být spolehlivost, akceptování a umění se vcítit do situace, v jaké se pacient nachází (Vymětal, 2003).

1.2.2 Psychoterapeutický rozhovor

Psychoterapeutický dialog je důležitým nástrojem v interpersonální komunikaci, kdežto léčebný dialog je komplexním postupem, který kromě verbálního významu koncipuje nonverbální prvek, např. gesta. Jedná se o osobitý nástroj způsobu léčby, který se uplatňuje u léčby dětských i dospělých klientů a rovněž u klientů od 13. roku věku a jenž má hodnotu jako rozhodující psychoterapeutický nástroj. Důležitým úkolem dialogu je působit na klienta a navození změn. Klíčový je dostatek informací, které se budou podílet na transformaci (Vymětal, 2004).

1.2.3 Empatický rozhovor

Zásadním prvkem empatického rozhovoru je projev podpory ze strany terapeuta, což napomáhá k eliminaci úzkosti či pochybností. Pokud klient vnímá ze strany terapeuta pochopení, je navozena klidná atmosféra, jež vzbuzuje důvěru a pocit bezpečí. Terapeut by se měl vždy chovat srdečně a měl by respektovat klientovy potřeby. Během rozhovoru nedává rady, ale poskytuje klientovi zpětnou vazbu, že jeho prožitkům a pocitům rozumí a vybízí ho k dalšímu hovoru (Kratochvíl, 2017).

1.2.4 Poradensko-informační rozhovor

Záměrem poradensko-informačního rozhovoru je získání objektivních údajů, díky nimž klient dokáže řešit nesnadné situace. Terapeut by měl být v průběhu tohoto rozhovoru věcný a racionální a na základě získaných údajů eliminuje neklid a pochybnosti (Vymětal, 2003).

1.2.5 Interpretující rozhovor

Při tomto druhu rozhovoru se terapeut snaží poukázat na to, jak se klient dosud choval a vyjadřoval, a motivuje ho k přehodnocení jeho chování. Terapeut interpretuje klientův strach a přání, což může podnítit vznik neklidu a odporu, projeví se např. mlčením (Vymětal, 2003).

1.2.6 Podpurný rozhovor

U podpurného rozhovoru terapeut povzbuzuje klienta a projevuje mu svoji důvěru v postupu vpřed a zlepšení. Jedinci, kteří nemají důvěru sami v sebe a mají sklon k znevažování své osoby, si tímto způsobem mohou zvýšit sebedůvěru. Terapeut musí patřičně zhodnotit situaci a vzbuzení naděje musí odpovídat realitě, protože pokud je v klientovi vzbuzena naděje nepřiměřeně, rozvíjí se hrozba jeho závislosti na terapeutovi (Vymětal, 2003).

1.2.7 Přesvědčující rozhovor

Jedná se o direktivní rozhovor, kdy lze využít racionální argumenty i sugestivní vliv. Terapeut vystupuje jako autorita, současně vlastním vlivem na klienta za něj přejímá zodpovědnost. Tento typ rozhovoru vyhovuje klientům, kteří jsou limitováni svým respektem k odborníkovi (Vymětal, 2003).

1.2.8 Imaginace

Imaginace neboli fantazie je jedním z psychoterapeutických nástrojů a existují její dvě koncepce. Spontánní imaginace je vnímána jako sny, které mají v léčbě dlouhodobé místo. Dle Freuda jsou víceméně tajným uskutečněním dětské touhy. Dle Junga jsou samovolnou a nenucenou událostí, která má současně doplňkovou funkci. Klíčovým posláním terapeuta je prostřednictvím volných sdružení odkrýt tajný obsah snů. V druhé koncepci je zásadní zážitek snu, který následně ovlivňuje vědomí. Promyšlenou imaginaci nyní prezentuje zejména technika katatymního prožívání, ovládaného denního snu, což můžeme znát jako symbolické drama. Tato dovednost je někdy aplikována při relaxaci, kdy je záměrem zjištění souvislostí mezi imaginací a osobností klienta (Vymětal, 2010).

1.2.9 Učení

Každá psychoterapie je vlastně učení, jelikož klient získává nové poznatky a zkušenosti. Pokud půjdeme do hloubky, jedná se o učení řízené a účelové, ovšem mnohdy

se jedná o trénink určitého chování a dovedností. V psychoterapii jsou pod tímto nástrojem zahrnuty tréninkové postupy vycházející z behaviorálního pojetí a klíčovou zásadou je trénink a vzrůstající nároky. K základním technikám učení patří averzní podmiňování, negativní trénink a zahlcení, desenzibilizace, příznivé zpevňování, modelování a předstírání rolí. Tyto metody používají cílené a specifické učení a jsou aplikovány u většiny věkových skupin (Kratochvíl, 2017).

1.2.10 Relaxační postupy

Relaxační metody jsou mezi klienty velmi oblíbené, jelikož se využívají zejména v terapii úzkosti. K tradičním, v Evropě nejrozšířenějším a nejoblíbenějším psychofyziologickým metodám, jež se orientují jak na relaxaci těla, tak na relaxaci duše, patří autogenní trénink. Jeho zakladatelem je J. H. Schultz (1884–1970), proto se také používá název Schultzův trénink. Autogenní trénink probíhá vsedě a vleže. Jedná se o sestavu sedmi cviků (kroků), které jsou označeny: uvolnění – tíha – teplo – dech – tep – břicho – hlava. Každý z kroků je orientovaný na určitou část těla a vede k uvolnění dané oblasti.

Jako určitá náhrada autogenního tréninku je označována progresivní svalová relaxace, jejímž autorem je E. Jacobson. Jedná se o trénink na základě opaku silného napětí a uvolnění specifických svalů. Další technikou je meditace, při které jsou prováděny specifické tělesné a duševní cviky, např. mandaly. Poslední je biofeedback, kdy klient prostřednictvím fyziologického procesu získává kontrolu nad obtížnými psychickými ději (Vymětal, 2004).

1.2.11 Sugestivní postupy

Prostřednictvím sugestivních metod psychoterapeut obchází záměrnou kontrolu u klienta, tím usiluje o jeho žádané změny a chování. Tyto metody obvykle navazují na hypnózu a jejich efektivita závisí zejména na sugestibilitě jedince. Hypnóza může přechodně zvýšit sugestibilitu, ale při neodborném použití může klientovi naopak ublížit. Neobvyklou formou sugesce je posthypnotická sugesce, která zahrnuje určité zadání, jehož splnění musí být v určitém časovém intervalu po ukončení hypnózy (Kratochvíl, 2017).

1.2.12 Na tělo zaměřené postupy

Tyto postupy nabízí v daných případech nové možnosti terapie, a to zejména v oblasti somatoformních poškození. Jsou vhodné pro klienty, jejichž potíže úzce souvisí s prožitky svého těla, a též pro pacienty v kómatu. Účelem je ovlivnit psychiku nonverbální technikou. Jedná se hlavně o práci s dechem a svalovou tenzí, dále o amplifikace, jejichž význam je v účelovém posílení daného tělesného výrazu, kdy se předpokládá, že vyjde najevo psychický obsah, který navozují (Vymětal, 2004).

1.2.13 Expresivní postupy

Expresivní postupy zahrnují soubor doplňkových metod, ve kterých klienti formulují své vnitřní prožitky. Nejvýznamnější je psychodrama, různé druhy arteterapie, pantomima či muzikoterapie (Vymětal, 2004).

1.2.14 Psychoterapeutické prostředky při práci s dětmi

Závěrečným nástrojem psychoterapie je psychoterapeutický prostředek pro práci s dětmi. Každý typ psychoterapie je uzpůsoben věku dítěte. Jeho vývojem zesilují intervence do prostředí dítěte a k individuální práci s ním. Vzhledem k rychlému vývoji dítěte, který je zcela osobitý, se vývojová diagnostika stává nezbytnou částí terapie. K specifickým prostředkům při práci s dětmi patří cílený rozvoj postižených funkcí, na hru a směřovanou aktivitu (Knobloch, Enachescu–Hroncová, 2013).

1.3 Cíle psychoterapie

Hlavním cílem psychoterapie je diagnostika potíží, závažných faktů a zejména udržení motivace pacienta k terapii. Zásadním prvkem je úmluva o společném výkladovém rámci, korektivní a nové učení. V závěru nastupuje zobecnění do každodenního života. Podstatou psychoterapie je korektivní učení. Pokud pacient překoná bariéru, většinou si uvědomí, že se nejednalo o nepřekonatelnou překážku a pochopí, že ji zvládl překonat. Klíčové je uvědomění si osobní nadvlády, kterou vyzdvihoval M. Adler. Korektivní zkušenost nám ukazuje svět v uspokojivém světle, ze kterého nemusíme mít strach, protože je přátelský a zvládnutelný. Významnou technikou je hra rolí, poskytující objevení utajených odměn a výdajů. Dovoluje přípravu závěrečné etapy

změn, kdy se do procesu začlení reálné významné osoby (Knobloch, Enachescu–Hroncová, 2013).

Cílem psychoterapie je úleva, restrukurační léčba, regenerace zdraví, poznávání a posouzení skutečnosti, emoční vyrovnanost, výkonnost, společenská přizpůsobivost. Cíl psychoterapie spatřujeme v přeměnách osobnosti, chování a společenských postojů pacienta, přičemž tyto přeměny jsou předem dané a v terapii jsou získány psychologickými nástroji. Na základě toho, jakým směrem je terapie zaměřena a do jaké míry zasahuje osobnost jedince, jsou cíle psychoterapie členěny takto (Plevová, 2013):

- Častým cílem psychoterapie je změna osobnosti na základě sebepoznání. Pacient je pobízen ke snížení či potlačení vnitřních rozporů a řešení neshod, kdy změna osobnosti se odvíjí od sebepoznání. Pacient je směřován k redukci vnitřních rozporů a řešení sporů a sebeakceptace. Toto směřování je velmi důležité a dosažení ostatních cílů je vedlejším výsledkem.
- Psychofyziologické stavy v podobě svalového napětí, trémy, bolesti orgánů, nestabilní krevní tlak nebo migréna. Migrénu lze usměrnit díky relaxačním technikám, hypnóze.
- Tlumení psychopatologických projevů prostřednictvím hypnoterapie.
- Pomoc v přechodném krizovém stavu. Jedná se obvykle o vážné životní situace, jako jsou např. úmrtí v rodině, autonehoda, vážné onemocnění, rozchod partnerů. V současnosti se vyskytují časté psychosociální obtíže i při ztrátě zaměstnání.
- Přizpůsobení se novým situacím. Při neočekávané změně životní situace se mění pozice pacienta ve společnosti i rodině. Jedná se o podporu pacienta při přizpůsobení se nové situaci.
- Psychoterapie se může orientovat též na změnu chování jedince. Schémata chování mohou být zachycena v místě, kde přispívají osobnosti jedince k zavedení patologické stability v podobě provizorního řešení určitého problému.
- Psychoterapie orientovaná na společenské vztahy jedince. Zahrnuje např. spolupráci s rodinou ve zdravotnickém zařízení. I somatický projev může být vyjádřením komunikace ve společenském celku.

1.4 Formy psychoterapie

Na základě nazírání na kontrastní možnosti terapie se psychoterapie člení na (Plevová, 2013):

Direktivní a nedirektivní

U direktivního postoje ovlivňuje terapeut pacienta přímým řízením jeho myšlení, stanovisek a vystupování. Dává mu rady, příkazy a požaduje řešení úkolů. V případě nedirektivního postoje povzbuzuje pacienta k slovní, citové či aktivní tvorbě. Vyhýbá se udělování rad (Plevová, 2013).

Symptomatická a kauzální

Symptomatická terapie se specifikuje na patologické projevy. Kauzální terapie hledá důvod a snaží se odstranit příčinu. Některé formy terapie symptomatický přístup pranýřují, předkládají informace, že efekt je pouze domnělý, jelikož toto pojetí neodkrývá příčinu. Realita je taková, že symptomatická terapie je nezbytná (Plevová, 2013).

Podpůrná a rekonstrukční

Cílem podpůrné terapie není změna osobnosti jedince, ale umožňuje pochopení, pomoc jedinci takovému, jaký je. Vyzdvihuje jeho kladné rysy a směřuje ho ke kladným myšlenkám. Cílem rekonstrukční psychoterapie je změna osobnosti díky hlubší analýze jejího formování, podstatnější intervencí do postoje, motivace a kvalitativního systému (Plevová, 2013).

Náhledová a akční

Náhledová terapie napomáhá k vysvětlení a pochopení, akční terapie přispívá k úplnému zvládnutí problému a tréninku nutných dovedností (Plevová, 2013).

Individuální, skupinová a hromadná

Individuální terapie je jednou z nejrozšířenějších, co se týká praxe. Mezi oběma příslušníky se rozvíjí intenzivní vztah, který se vyvíjí zejména chováním terapeuta, a to na základě osobnosti jedince a pracovního postupu. Existuje ještě jedna varianta psychoterapie, kdy jsou přítomny jiné osoby. Pokud probíhá terapie u dítěte, rodiče vše pozorují, ale nezasahují (Plevová, 2013).

Skupinová psychoterapie

Součástí skupinové terapie je skupina klientů. Při této terapii se využívá síla vztahů, jež se rozvíjí mezi klienty skupiny systematicky (Plevová, 2013).

Hromadná terapie

Při hromadné psychoterapii terapeut účelně působí patřičnými postupy na větší počet klientů najednou, nevyužívá k terapii skupinovou dynamiku. Často aplikovaná je

individuální a skupinová pomoc prostřednictvím internetových stránek. Individuální pomoc může být velmi soukromá a lze ji využít též u poskytování krizové intervence. Tato metoda vyhovuje především klientům, kteří jsou v sociální izolaci. Další variantou je terapie prostřednictvím virtuální reality. Jedná se o trojrozměrné prostředí vytvořené počítačem a týkající se problémů klienta. Prvkem virtuální reality může být i virtuální pomocník, který působí jako vzor učení imitací.

Léčba je vhodná pro jedince, který má stavy úzkosti nebo neúměrný strach. Tímto způsobem lze pacienta vystavit stresujícím okolnostem a povzbuzovat ho, aby situaci zvládl. Odborníci se domnívají, že tímto způsobem lze zdolat i posttraumatickou stresovou poruchu (Plevová, 2013).

1.5 Charakteristika psychoterapeuta

Na základě studií bylo zjištěno, že vztah psychoterapeuta a klienta je jedním z významných prvků, které v psychoterapii léčí. Důležité pro vznik vztahu je, aby klient vnímal psychoterapii jako závaznou, což mohou podporovat typické osobnostní rysy psychoterapeuta, které se projeví především díky komunikaci a vlivu na klienta. Obvykle se jedná o osobitého jedince, jelikož každý je individuálně nastaven. Toto má vliv na to, jak vystupujeme a jak se projevujeme v osobním či pracovním životě. Jedinci s obdobnými či opačnými osobnostními profily se zpravidla pochopí snadněji. Tento fakt ovlivňuje vztah mezi klientem a terapeutem, tudíž je podstatné, aby si toto odborník uvědomil a uměl s tím pracovat, tak aby to neovlivnilo negativně jeho vztah s klientem nebo účinnost terapeutického postupu (Vymětal, 2003).

Aby terapeut dokázal vhodně reflektovat své názory a postoje, je důležité, aby absolvoval specifickou přípravu v oblasti psychoterapie. Toto probíhá obdobně jako obvyklá terapie, ovšem psychoterapeut je tentokrát v roli klienta a učí se vnímat své vlastní motivy a vše, co má vliv na utváření osobnosti. Také u psychoterapeutů hrozí syndrom vyhoření v důsledku emocionální vyčerpanosti, proto je nutné, aby byl terapeut vyrovnaný a odolný vůči stresu. Vůči klientovi by měl mít terapeut empatický a hodnověrný přístup. Nesmíme opomíjet to, že otevřený vztah by neměl efekt bez přirozené autority, díky které klient vzhlíží k psychoterapeutovi s důvěrou. Psychoterapeut by měl disponovat pokorou a měl by si uvědomit, že nemusí být člověkem, který klientovi v dané situaci pomůže (Vymětal, 2010).

2 Bariéry v psychoterapii

Vyhledání odborné pomoci může u některých jedinců trvat měsíce i roky, i když problém může přetrvávat již delší dobu. Proces nalezení duševní podpory začíná ve chvíli uvědomění si problému, což následně vede k vyhledání odborníka na psychická onemocnění. Jednotlivé ukazatele hledání odborné podpory se mohou v tomto procesu vyskytovat jako překážka, nebo v opačném případě jako subvenční faktor (Pepin, 2010).

Rickwood (2014) pohlíží na diagnostiku duševního onemocnění jako na postup, kdy se překážka přenáší z úrovně vnitřního zpracování do úrovně vzájemné komunikace. Takto lze chápat hledání odborné podpory po formální i neformální stránce. Ke zdárnému vyhledání podpory je důležité dodržet tyto předpoklady Rickwood (2014):

1. Pochopení problému a poznání, že je nezbytná potřeba podpory z okolí.
2. Formulace problému tak, aby to pochopilo i okolí.
3. Dostupnost náležitých zdrojů podpory.
4. Ochota jedince si o pomoc říct a následně vyjádřit své pocity.

Saunders (2007) formuloval koncept, jak postupovat při vyhledání psychoterapie, který zahrnuje 4 oblasti pochopení problému, odhodlání, že léčba bude účinná, rozhodnutí vyhledat terapeuta, spojit se s terapeutem.

V budoucnu byl model dle Saunderse rozpracován na 7 kroků, přičemž u každého jsou uvedeny možnosti, jakým způsobem proces ukončit:

1. **Identifikace problému** – aby mohl jedinec kontaktovat terapeuta, musí si připustit, že má problém. Pokud svoji situaci podceňuje, nejspíše pomoc nevyhledá.
2. **Porozumění psychickému problému** – jedinec mnohdy základ psychických obtíží připisuje situačnímu nebo tělesnému významu. Připustit, že potíže jsou psychického rázu, může být pro jedince nesnadné.
3. **Odhodlání ke změně** – pokud si jedinec přiznal, že má psychický problém, může se domnívat, že nepotřebuje změnu. Odhodlání ke změně mu může trvat vcelku dlouhou dobu. Nutnost změny závisí především na tom, jakým způsobem ovlivní jejich život.
4. **Snaha svépomoci** – jedinec nejprve zkusí řešit potíže sám, např. díky neformální podpoře od okolí či hledání informací o potížích a možné transformaci. Mnohdy lze takto problém vyřešit a není třeba vyhledat odbornou pomoc.

5. **Rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc** – následuje ve chvíli, kdy již všechny svépomocné kroky selhaly. Od rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc mohou jedince odradit především stanoviska týkající se účinnosti a sociální věrohodnosti léčby. Jedinec může tento krok k terapii dlouho oddalovat a zkoušet svépomocí různé možnosti.
6. **Rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc** – rozmýšlet se, zda kontaktovat psychologa nebo psychiatra. Tento krok může jedinec oddalovat a znovu se vracet ke svépomoci.
7. **Vyhledání léčby** – jedinec pracuje na vyhledání odborné pomoci a domlouvá si termín prvního setkání. Může opět dojít k oddálení těchto kroků, mohou nastat komplikace s dostupností péče nebo klient na sezení nepřijde.

Elliot et al. (2015) ve svém bádání zjišťoval, kolik času potřebovali klienti k jednotlivým krokům v rozhodování. První krok nezkoumal. Dle výstupu z výzkumu zjistil, že nejvíce času potřebovali klienti k připuštění si, že by psychoterapie mohla být efektivní pomocí. Další dva kroky trvaly kratší dobu, přestože i v tomto případě bylo zjištěno určité časové otálení.

Saunders (2007) do své studie zařadil též krok připuštění si problému. Tento bod byl pro klienty v rámci výzkumu nesnadný. Jedinec si musí nejprve připustit problém, aby začal hledat odbornou pomoc, tím pádem si musí uvědomit, že je něco v nepořádku. Tento krok v souvislosti s vyhledáním terapie je vynechán, jelikož na terapii přichází lidé, u kterých je psychická porucha diagnostikovatelná. Jedinec, který prožívá úzkost v jakékoliv oblasti, ji vnímá jako problém a v dané chvíli lze přemýšlet o možných krocích k řešení (Elliott et al., 2015).

Saunders a Bowersox (2007) doplňují, že by si měl člověk nejprve uvědomit, o jaký problém se jedná, zda se jedná o psychický, fyzický nebo situační.

Vogel a Wester (2006) definují rozhodování jako sled kognitivních a emočních opatření, dále hovoří o poznání a správném výkladu podnětů. Jedinec vycítí, že je více unavený, netečný, plačtivý, přesto tyto podněty může přisuzovat nedostatečnému spánku nebo přepracování. Člověk posoudí tuto situaci jako dočasnou a nenapadne ho vyhledat odbornou pomoc. Výzkumné studie se vcelku shodují na tom, že probíhající psychická potíže značně působí na konečný plán jedince zařadit se do léčby (Vogel a Wester, 2006).

Klíčové pro uvědomění si problému je povědomí o duševním zdraví. Jedná se především o znalosti a smýšlení o myšlenkových potížích, schopnost rozlišit příznaky stresu od vážných duševních onemocnění. Dále je klíčové uvědomit si možná rizika a

možnosti odborné pomoci. Ve studii je uvedeno, že lidé nemají dostatek informací o mentálních poruchách a možnostech léčby, z toho vyplývá, že psychoterapie není dostatečně využívána (Cheng, 2018).

2.1 Vnitřní bariéry

Mezi vnitřní bariéry může být zahrnut nepatrně vnímaný význam problémů jako stigma, vnější bariéra se zakládá zejména na dostupnosti péče. Bariéry při hledání psychické pomoci mezi mladistvými i dospělými jedinci jsou v současnosti detailně probádané. Přehledové studie se mnohdy neorientují pouze na bariéry při vyhledání podpory, obvykle je tato oblast popsána komplexně a do resumé tak mohou být začleněny jak pomocné faktory, tak demografická charakteristika (Čevelíček, Tarinová a Řiháček, 2021).

2.2 Vnější bariéry

Vnější bariéry prezentují reálné důvody, kvůli nimž jedinec váhá s vyhledáním pomoci v oblasti psychického zdraví. U mladších jedinců může být dostupnost péče ovlivněna tím, zda mají vzdělávací instituce poradenská centra. Další překážkou mohou být finance, což jedinci v ČR vyhodnotili jako jednu z nejdůležitějších překážek, jež se ale nečekaně projevila ve chvíli, kdy lidé opravdu terapeuta vyhledali. Pokud je psychoterapie hrazená zdravotní pojišťovnou, je bohužel delší čekací doba na první sezení, což může být pro jedince další překážkou (Čevelíček, Tarinová a Řiháček, 2021).

2.3 Stigma

Stigma jako překážka může do procesu hledání psychoterapie zasahovat v několika podobách. Vnímané sociální stigma reflektuje percepci stanoviska ostatních a rozsáhlejší společnosti k oblasti psychického zdraví, self-stigma tak znázorňuje osvojení si daných postojů. Objektem stigmatizace může být psychický problém a následný výsledek prostřednictvím terapeuta. Stigma v souvislosti s psychickým onemocněním může ovlivnit odhalení vlastních psychických problémů, což může ovlivnit zájem vyhledat odbornou pomoc. Značná míra self-stigmatu, co se týká hledání odborné pomoci, může směřovat k upřednostnění neformálních zdrojů, kdežto značná míra vnímaného stigmatu z okolního prostředí vede více k upřednostnění formálních zdrojů (Latalova, 2014).

Názory na odbornou péči o psychické zdraví mohou být překážkou při hledání pomoci. Mezi nežádoucí stanoviska jedince vůči psychoterapii patří pochybnost o efektivitě a výsledném efektu terapie. Pochybnosti v psychoterapii mohou spočívat také v uvědomění si, že citlivé údaje svěřené terapeutovi nemusí být u něj v bezpečí. Výzkum potvrzuje, že obecné pochybnosti v psychoterapii redukuje možnost vyhledání této podpory (Schomerus, 2019).

2.4 Vnímané bariéry u psychoterapie

Důležité je, aby si klient připustil, že terapie pozitivně ovlivní duševní zdraví. Člověk tak na sebe přebírá odpovědnost a zahájí kroky k tomu, aby byl problém vyřešen. Většina lidí se domnívá, že stav se časem upraví a nepřipouští si, že se jedná o závažný problém. Jedinci, kteří nemají dostatečné informace o duševních poruchách a možné léčbě, se domnívají, že tento problém nelze řešit. Většinou se snaží s problémem vyrovnat sami, bez odborné podpory. Jako možný způsob vidí např. čtení literatury nebo změnu chování eventuálně sdělit jako problém blízkým (Elliot et al., 2015).

Elliot uvádí, že některé osobnostní charakteristiky, sociální pomoc nebo určité copingové postupy mohou vést jedince k vlastnímu řešení, aniž by vyhledal odbornou pomoc. Souvislost sociální pomoci s odhodláním zahájit psychoterapii je rozporuplná. Prvotně může jedinec oslovit rodinu se svým problémem, což může minimalizovat psychický problém, takže psychologické pomoci již nebude potřeba. V opačném případě ho může rodina přesvědčit k vyhledání odborné pomoci. Rodina klientovi může pomoci uvědomit si, že problém, který má, by bylo vhodné řešit s odborníkem. V případě negativního postoje klienta však může rodina jedince naopak odradit od vyhledání pomoci, ať už je to názorem, že psychoterapie mu nemůže pomoci, či popřením, že nějaký problém má. Ve většině případů lidé k tomuto rozhodnutí dojdou poté, když všechny předešlé kroky selhaly. Klienta mohou negativně ovlivnit následky, např. ostych nebo stigma, tím pádem se pomoci vyhýbá. Předpokládá se, že tento postup je spojen se self-efficacy člověka. Člověk s psychickými potíže musí věřit, že terapie je účinná a že sám léčbu bez pomoci nezvládne. Mezi psychologické bariéry patří stigma nebo problém s odhalením své osoby. Kromě toho může být bariérou dostupnost služby, cena nebo čekací doba. Vzhledem k nedostatku informací klienti nevědí, kde pomoc hledat (Elliot et al., 2015).

2.5 Kontaktování psychoterapeuta

Při vyhledání psychoterapeuta se klient též setká s komplikacemi, a to zejména strukturálními. Jedná se především o dostupnost péče. V odborné literatuře je tento problém uveden jako poslední v procesu směřujícím k vyhledání terapie. Ovšem ani v případě vyhledání terapeuta není garantováno, že klient terapii zahájí. Může mít dohodnutý termín sezení a jsou případy, kdy se klient nedostaví.

Dle studií Sparks, Johnson a Daniels (2003) se na domluvené schůzky dostavili jedinci, kteří si sezení domluvili sami, nebo jež doporučil praktický lékař. Je důležité, aby klient absolvoval všechny body rozhodování, jelikož je lépe připraven na změny. Význam problému a míra psychických obtíží není v čase stálá, tudíž ve chvíli první sjednané schůzky mohlo dojít k mírnému zlepšení a klient již nevidí důvod k odborné pomoci.

Saunders a Bowersox (2007) uvádějí, že postup při rozhodování o vyhledání pomoci není přímočarý, jedná se zejména o koloběh, kdy se klient může opakovaně vrátit k předcházejícím bodům a může změnit své rozhodnutí zahájit terapii.

Elliot et al. (2015) a Saunders (2007) replikovali prvotní metodu procesu vyhledání terapie u jedinců, kteří kontaktovali zdravotnické zařízení a zkoumali, jak dlouho těmto lidem jednotlivé kroky trvaly. Při průměrném věku respondentů 30 let byla průměrná délka obtíží, než vyhledali odbornou pomoc, 10,5 roku. Oba výzkumy zahrnovaly informace ohledně toho, jak dlouho trval každý krok ze 4 bodů. Uvědomit si, že má klient problém, trvalo více než rok 36 % oslovených. Uznat, že by terapie mohla být efektivní, trvalo u 30 % klientů několik měsíců. Učinit rozhodnutí k vyhledání psychoterapie zabralo u 33 % klientů méně než měsíc. Většina, a to 21 %, se tak rozhodla ve chvíli, kdy si uvědomila, že jim léčba může pomoci. Kontaktovat psychoterapeuta ihned se rozhodlo 40 % klientů. I s odstupem několika let autoři hodnotí, že značnější náročnost individuálních kroků souvisí s časem, který je nezbytný pro daný krok. Následující kroky při vyhledání terapie nejsou již tak složité a zaberou méně času. Připuštění si problému, odhodlání k terapii trvalo delší dobu respondentům, kteří uvedli méně významné, nebo naopak velice vážné obtíže, než těm, kdo trpěli středně závažnými obtížemi.

2.6 Emoční kompetence

Emoční kompetence je pojem používaný při popisu schopností jedince svobodně projevit své emoce. Pramení z emoční inteligence, čímž jedinec dokáže identifikovat emoce. Kompetence vymezují potenciál jedince k čínorodé komunikaci s ostatními. Tato dovednost zahrnuje aplikaci individuálních kompetencí osobních i společenských.

Osobnostní emoční kompetence souvisí se sebevědomím jedince. Toto sebepoznání sumarizuje osobní ocenění osobních pohledů jako např. individuální emoce a způsob ovlivnění ostatních jedinců. Osobní kompetence se opírá o usměrnění se, což představuje udržení kontroly nad emocemi a adaptaci. Jedinec musí chápat své osobní prožitky. Sociální kompetence je individuální stránka emoční kompetence. Jedná se o empatii vůči jedincům. Společenské dovednosti jsou podstatné především v pracovním prostředí. Komunikace a účinné řešení různých neshod hrají velkou roli při zdařilé interakci. Díky emočním kompetencím umí lidé projevit nejenom osobní emoce, ale též ty, jež prožili ostatní. Porozuměním emocím jako např. smutek, hněv může jedinec patřičně reagovat, pokud někdo takové emoce prožije. Psychologové a lékaři se domnívají, že strádání v oblasti emočních kompetencí vede k rozvoji citových problémů, což může vyústit v potlačení emocí. Přijetí emocí může vést k poklesu fyzického a psychického zdraví. Míra stresu stoupá, což může být příčinou nepříznivých stavů, např. hypertenze nebo únava. Potlačení emocí může dojít k rozvoji depresí. Vztah s ostatními jedinci tak může být narušen, jelikož emocionální neschopnost vede ke strádání emočního sdílení a reakce (Čevelíček, Tarinová a Řiháček, 2021).

3 Negativní účinky psychoterapie

V současnosti není jednotná definice negativních vlivů, důležitá k jejich posouzení a zkoumání.

Linden, Schermuly–Haupt (2014) v této souvislosti navrhuje členění dle nežádoucích účinků do několika kategorií:

1. **Nežádoucí událost** – jedná se o událost, která vzniká souběžně s psychoterapií nebo v její souvislosti, a pro klienta nebo jeho blízké je těžké rozpoznat, zda je nezvratná či nezbytná k dosažení cíle.
2. **Nepříznivá reakce na psychoterapii** – veškeré nežádoucí vlivy vznikají přímo terapií.
3. **Vedlejší účinky** – jedná se o nežádoucí odezvu na základě řádně realizované terapie.
4. **Účinky následkem chybné terapie** – nežádoucí odpověď jako důsledek chybně provedené léčby.
5. **Charakter vedlejších účinků** – nežádoucí účinky vyskytující se v souvislosti s léčebnou metodou.

6. Kontraindikace – vážné vedlejší účinky, které lze očekávat u jedinců určitého typu a jež by měly upozornit na rezignaci terapeuta na plán aplikovat danou léčebnou metodu u tohoto jedince.

Tvůrci těchto definicí vnímají dané negativní vlivy jako klíčovou skupinu vedlejších vlivů a diferencují ji na vedlejší a negativní vlivy v důsledku správné, nebo špatné realizace psychoterapie (Linden, Schermuly–Haupt, 2014).

Nežádoucí účinky mohou být buď pozitivní, negativní nebo kombinované povahy, avšak projevit se mohou pouze jako následek náležitě realizované psychoterapie. Avšak k nežádoucím účinkům nepatří neefektivní psychoterapie nebo progresse onemocnění, pokud se nepředpokládá, že vznikla psychoterapií (Vybíral, 2019).

Negativní vlivy jsou dle údajů psychoterapeutů členěny na negativní účinky (Bysted, 2014):

- krátkodobé – expozice „in-vivo“ podněcuje krátkodobé vydatné negativní vjemy, na jejichž základě klient může předčasně ukončit terapii;
- neefektivní léčba – nedostatek pozitivních výsledků může u klienta probudit pocity beznaděje;
- zhoršení symptomů, které měl klient již od počátku psychoterapie, nebo projevy nových příznaků;
- závislost–závislost na léčbě nebo psychoterapeutovi, zejména u dlouhodobé terapie bez ohledu na rozvoj v ostatních sférách;
- vliv na ostatní oblasti života – zejména absence času na společenské a zájmové činnosti nebo práci.

Autoři této odborné studie prezentovali též členění negativních vlivů dle jejich příčin (Bysted, 2014):

- nekompetentně a nedostatečně použité metody;
- potenciálně nepříznivé léčebné metody;
- neuspokojivá léčebná aliance;
- mylný etický názor a odborné chování;
- přerušování terapie;
- vnější faktory – zejména nedostatečná ekonomická stránka nezbytná k léčbě ze strany klienta nebo překážka ze strany organizace, která léčbu realizuje, klienti s vyšší možností vzniku negativních účinků, např. úzkostné poruchy.

Autoři uvedeného členění nepatrně pokračují v myšlence Lilienfelda, který vyzdvihuje, že zkoumání negativních vlivů následkem určitého druhu psychoterapie

nebyl věnován dostatek pozornosti. Pro tyto formy terapie nabízí pojem potenciálně nevhodné terapie a upozorňuje na to, že pokud terapeut takový typ léčby aplikuje, hrozí nebezpečí zhoršení stavu klienta, čímž se chová v rozporu s etickými zásadami. Považuje za možné to, že progrese stavu klienta mohou způsobit i faktory ze strany terapeuta či klienta.

Členění nežádoucích vlivů na základě terapeutova pochybení v souvislosti s tím, kde se chyba vyskytla: potíže při diagnostice (opomenutí možných obtíží z fyziologické stránky); chybně orientovaná terapie (směřována pouze na vnější projevy a je opomíjen hlubší problém) nesprávné sestavení terapeutických intervencí; senzitivizační postupy; zneužití řídicí pozice v terapeutickém vztahu.

Terapeuti by měli nejenom umět rozeznat nežádoucí vlivy, ale též je pojmenovat, zhodnotit a umět jim předcházet. Negativním důsledkům vzniklým na základě nesprávně aplikované terapie je věnováno minimum zájmu, je zřejmé, že terapeuti ke svým pochybením přistupují zodpovědně. Z výroků terapeutů bylo zjištěno, že většina (86,67 %) přizná svůj omyl klientovi s cílem zdokonalit terapeutický vztah a tvarovat u klienta korektní chování. Na rozdíl od toho je zásadním důvodem neuznání chyby obava z toho, že klient terapii ukončí, což přispěje k újmě a nižší šanci na příznivou léčbu.

Za negativní vliv je považováno oslabení alespoň jedné oblasti života klienta, přičemž to může být oblast týkající se daného problému, kvůli kterému klient vyhledal léčbu (Medau, 2013).

3.1 Překážky při zkoumání negativních účinků

Zkoumání nepříznivých vlivů psychoterapie doprovází mimo jiné absence ucelené definice a obtížnost tématu jak pro klienty, tak pro terapeuty. Nepříznivé vlivy nelze zkoumat pouze ze strany terapeuta, jelikož ten má notné potíže rozpoznat i nápadné zhoršení symptomů u klienta, kdy u většiny je právě zhoršení příznaků klíčovým faktorem, který berou v úvahu při zhodnocení, zda se u klienta vyskytují negativní vlivy. Názor na to, co jsou negativní vlivy, se liší v souvislosti s pozicí, ze které jsou posuzovány. Pro společnost je podstatné, aby se jedinec choval stabilně, předvídatelně, pro člověka je prvotní uspokojení a saturace potřeb a pro terapeuta, zda je osobnost jedince stabilní (Hatfield, 2010).

Objevení negativních vlivů závisí na přirozeném vývoji klientovy poruchy. Pokud je tento vývoj neměnný, kladné či záporné vlivy se odhalí snadněji, než když je vývoj

nestálý. Bezprostřední vývoj poruchy může zapříčinit nejenom neobjevení těchto symptomů, ale i jejich nesprávné přisouzení k terapii (Dimidjian a Hollon, 2010).

3.2 Měření negativních účinků

Negativní vlivy léčby lze měřit několika nástroji. Linden (2012) v souvislosti s rozdělením nežádoucích účinků sestavil check list „The UE–ATR Checklist“, díky kterému mohou terapeuti sledovat, zda se u klienta vyskytly nežádoucí účinky, v jaké souvislosti, v jakém rozsahu vznikly na základě terapie a jak moc jsou vážné. Není to měřicí přístroj ve smyslu stupnice, avšak jeho využití může pomoci terapeutům při běžném užívání, kdy ulehčí odkrytí negativních vlivů primárně realizované terapie. Jeho rozvoj proběhl na podkladě klinické zkušenosti s léčbou a výzkumem farmakoterapie (Linden, 2012).

Rozental (2015) na základě snahy odstranit nedostatky předešlých měřicích prostředků vytvořil dotazník „*Negative effects questionnaire*“, který je pro terapeutu dostupnější a nenáročný na administrativu. V závěru měli respondenti možnost uvést negativní vlivy, které nebyly součástí dotazníku. Údaje se týkají 6 faktorů, jimiž jsou symptomy (smutek), kvalita (očekávání nebylo naplněno), závislost (závislost na terapeutovi), beznaděj (nedůvěra ve zlepšení stavu), selhání (ztráta víry v sebe), stigma (strach, že se vše dozví okolí).

Mezi nejčastější negativní vlivy v důsledku psychoterapie byly nepříjemné vzpomínky, stres a úzkostné stavy, což se vyskytovalo více než u 1/3 účastníků. Více než ¼ respondentů zaregistrovala nežádoucí vlivy ve spojitosti s kvalitní léčbou a terapeutickým vztahem. Údaje u těchto dvou činitelů byly vyhodnoceny respondenty nanejvýš negativně. Dotazník byl zdařile modifikován do českého kontextu, avšak primární skladba se nepotvrdila. Výsledný rozbor odpovědí respondentů na uvedené položky přinesl 5 faktorů – příznaky, nesouhlas, závislost, stigma a demoralizace. Mezi negativní vlivy respondenty v dotazníku neuvedené patří zhoršení vztahů s blízkými, sebevražedné sklony a negativní vnímání chování terapeuta (Rozental, 2015).

Etická pochybení

Vybíral (2019) doporučuje odlišit pochybení terapeuta dle závažnosti takto:

1. Závažná etická pochybení – ireverzibilní narušení hranic (sexuální vztah s klientem).
2. Procedurální etické pochybení – omyl při léčebném postupu.

3. Pochybení – terapeut si je jistý, že postupuje správně, své pochybení si neuvědomuje.

4 Dominantní směry v psychoterapii

V posledních letech vznikla v oblasti psychoterapie řada dalších specifických psychoterapeutických přístupů. Těmto nově vzniklým směrům či soustavám se připisuje odlišný rozsah efektivity a aplikovatelnosti. Nyní Evropa usiluje o sjednocení standardů v oblasti psychoterapie včetně legislativy. Z výzkumné studie, která porovnávala psychoterapeutické směry v Evropě, vyplynulo, že existují značné odlišnosti u psychoterapeutických cvičení a též v tom, kdo může disponovat titulem psychoterapeut (Strauss, 2016).

4.1 Psychoanalytická psychoterapie

Mezi nevýznamnějšími proudy nesmíme přehlédnout psychoanalýzu a z ní vystupující psychoanalytickou psychoterapii, jejímž autorem je S. Freud. Právě Freud postřehl cizí rozlišení prvků lidské psychiky. Tyto prvky jsou vědomí, podvědomí a nevědomí. Spousta vědců odmítá Freudovo pojetí destruktivního pudu, což je pud spojený s agresivitou. Sexuální pud se v této oblasti rozvinul bohatě, a to především v souvislosti s ontogenetickým vývojem, kde se může objevit téma Oidipova komplexu v mužské podobě a Elektrín komplex v ženské podobě. Přání vznikající z libida musí být kontrolována, jelikož mohou být v nesouladu s normou společnosti, tím pádem jsou usměrněna a potlačena do nevědomí.

Pro snadnější orientaci vznikly pojmy id jako biologické instinkty, ego jako instance mentálního bytí a superego jako vzory a normy v naší psychice. Pro psychoanalýzu je příznačná práce se sny a nepovedenými akty, které chápe jako symbolická znamení nevědomého rozporu. Máme vědomosti o tom, jak je podstatné, aby klient pochopil intrapsychický rozpor a zvětšil tak oblast ega, ovšem toto neplatí u klientů s těžkými poruchami, jako jsou např. psychózy. Zvrat by tak měl mít příčinný ráz, současně se v rámci terapie snažíme pochopit klienta a počátek projevů psychopatologie, ne příznaky, které vnímáme jako odpověď na negativní jevy počátečního vývoje. Ačkoliv tento přístup potřebuje dlouhodobou a naprostou součinnost, vyskytuje se i na ohnisko orientovaná

psychoterapie, která má krátkodobý charakter a je vhodná u motivovaných klientů s duševními komplikacemi nebo neurotickými potížemi. Směry indikované u klientů s poruchou osobnosti jsou egoanalýza, egopsychologie nebo psychologie objektních vztahů (Vymětal, 2010).

V České republice se odborníci staví k psychoanalýze jako k obtížně uchopitelnému vědnímu oboru, skepticky a v ojedinělých případech nekriticky. Budoucnost tohoto oboru se odvíjí od toho, jak budou psychoanalytici kooperovat s ostatními obory a zda budou nakloněni sdílet výsledky své práce (Holub, 2006).

4.2 Kognitivně behaviorální psychoterapie

Kognitivně behaviorální psychoterapie (dále jen KBT) vznikla sloučením kognitivního a behaviorálního směru na počátku 80. let minulého století. Toto zaměření se odlišuje od ostatních postojů především v tom, že sleduje vědecky potvrzené postupy a ověřuje účinnost terapeutického vlivu. Příčinou většiny psychických problémů jsou naučené nesprávné vzorce chování, myšlení, prožitků a fyzické oblasti. KBT se orientuje na aktuální, určité a vymezené problémy, které usilují díky terapeutickým postupům o změnu se záměrem zajistit nezávislosti jedince. Na rozdíl od psychoanalýzy je KBT krátká a méně intenzivní. Podstatou terapeutického vztahu je od prvopočátku aktivní a upřímná spolupráce mezi klientem a terapeutem. Základními rysy KBT je citlivý a podporující vztah ke klientovi, organizace a pomalý postup orientovaný na dlouhodobě udržitelné cíle. Tento druh psychoterapie je indikován u klientů s psychotickou poruchou, bludy a halucinacemi, ale i v oblasti somatické medicíny při léčbě bolesti, únavového syndromu nebo psychosomatických onemocnění. Odborníci se shodují, že terapií první volby u nespavosti je kognitivně behaviorální terapie. Teprve když nemá očekávaný efekt, přicházejí na řadu psychofarmaka (Kec, 2020).

4.3 Rogersovská psychoterapie

Na člověka zaměřená terapie neboli rogersovská terapie je terapeutický směr, který ve srovnání s KBT zahrnuje empatii, ale z pohledu direktivity je absolutním opakem. Obhájci humanistického směru, jehož je tento směr součástí, uvádí, že každý jedinec má sklon k seberealizaci a osobnostnímu růstu. Úkolem terapeuta je motivaci podporovat na podkladě vztahu a předpokladů, které s klientem vybudují. Tento přístup se zakládá na uvědomění si, že každý je ojedinělý a proměnlivý, jelikož chápána realita každého z nás je osobní. Klíčovým řešením je sebezpojetí zahrnující obraz svého reálného a ideálního já.

Aby byla psychoterapie efektivní, je nevyhnutelný autentický a ryzí postoj terapeuta. Nemůže chybět bezvýhradné přijetí a korektní empatické pochopení klienta. Aplikace rogersovské terapie je účelná především u klientů, u nichž je přítomen vnitřní rozpor nebo nutnost změny vlastního jednání a prožívání. Důležité je, aby klienti projevili ochotu spolupracovat a orientovat se k plně fungující osobnosti. Toto zaměření za období svého trvání prošlo již 4 stadii, a to nedirektivním, kde se klade důraz zejména na objasnění sebe sama. Následně se vyvíjí v reflektivní terapii, kde je záměrem psychoterapeuta, aby byl klient aktivnější v projevech empatického porozumění, což je známo jako prožitkové stadium, v němž se terapeut nezdřáhá vyjádřit své pocity. V posledním, čtvrtém stadiu je cílem koncentrovat se a dopracovat k oboustrannému intenzivnímu prožitku v průběhu terapie. Někteří experti se domnívají, že na další rozvoj psychoterapie zaměřené na klienta bude mít vliv zejména přesycenost klientů krátkodobými léčebnými metodami vedenými psychoterapeuty, kteří jsou tlačeni zdravotnickým systémem k nalezení rychlého výsledku (Vymětal, 2010).

4.4 Existenciální rozbor a logoterapie

Autorem je Viktor Emanuel Frankl, který zaujal svojí rozvahou v počátku minulého století. Jedná se o humanisticky zaměřený směr. Tento postoj k psychoterapii se mnohem více orientuje na duševní složku lidského bytí, fakticky na svobodu a zodpovědnost v osobním výběru a zážitek smysluplnosti společně s životním významem. Jeho nazírání se posléze osvědčilo i na základě vlastní zkušenosti z koncentračního tábora za 2. světové války. Autor uvádí, že tento humanistický směr nemá za cíl potlačit ty stávající, ale přidat dosud přehlíženou stránku lidské existence. Významným znakem tohoto směru jsou především životní cíle, díky kterým je život jedince smysluplný. Hodnoty mohou být kreativní, zážitkové či postojové. K jedinci přistupuje celostně, chápe jeho fyzický, psychický a nehmotný rozměr. Účelem není rozvoj osobnosti a schopností, ale jeho originalita, díky níž je otevřený hodnotám a smyslu. Využití v praxi nachází logoterapie u jedinců, kteří procházejí existenciálním zklamáním. Uplatňuje se v prevenci závislosti nebo psychohygieně, též při doprovázení nebo péči o nemocné (Vybíral a Roubal, 2010).

4.5 Systemická terapie

Záměrem terapeutických směrů je pomoc klientovi. Navzájem se odlišují v prostředcích, které využívají. Systemická terapie je samostatnou terapeutickou školou, která vybuodovala vlastní teorii psychoterapeutického procesu. Systemický znamená

způsob přemýšlení a nahlížení, který se orientuje na daný systém. Za systém může být považována rodina v souvislosti s pozorovanými postoji. Pozorovatel se podílí na vytváření společenského světa svým zájmem. Cílem systemické teorie je hledat podněty, které klientům napomáhají tvořit nové vzorce chování. Systemická terapie je značně kognitivní a krátkodobá a uvádí do pohotovosti vlastní uzdravovací schopnosti. Je nedirektivní, pomocná, odhalující, obvykle je individuální, ovšem lze ji realizovat též skupinově. Zásadní je zájem, součinnost a čínorodost klienta. Prvním krokem terapeuta je diagnostika, snaží se zjistit jádro problému, posléze uskuteční diferenciální stanovení regulace chování, plánuje a realizuje léčbu, zároveň kontroluje efektivitu.

4.5.1 Přístupy systemické terapie

Orientovaný přístup k řešení, který klade důraz na konstruktivní řešení, se zaměřuje na budoucí život bez konkrétních potíží a bez možnosti návratu.

Zakázkový model vymezuje úmluvu terapeuta a klienta na zakázce. Cíl by měl být správně formulovaný, dostupný, pro klienta důležitý. Vhodná je rozvaha práce na zakázce.

Narativní systematický přístup porovnává události s lidskými zkušenostmi. Ke specifickým technikám systematické terapie patří konstruktivní, cirkulární a srovnávací otázky, komentáře, pověření klienta, povzbuzení a ocenění, externalizace, dekonstrukce, pozitivní konotace. Pokud je to pro terapii příhodné, lze využít techniku psaní deníku, domácí úkoly, práci se sny, rituály, hypnózu (Diallo, 2022).

4.6 Neuropsychoterapie

Tento termín zahrnuje práci s člověkem nebo skupinou lidí a jeho/jejich blízkým okolím během, ale i po překlenutí mozkového postižení z jakékoliv příčiny, a to včetně depresivních poruch. Jedním ze stoupců významu psychoterapie během spolupráce s člověkem s různými postiženími mozku je Prigatano (1996), který definuje oblasti, kde může nastat zlepšení (Prigatano, 1996, s. 67–95):

- pacient lépe chápe, co se mu stalo;
- pacient si uvědomuje závažnost poškození mozku pro své žití;
- pacient lépe akceptuje svoji osobu a umí odpustit sobě i ostatním,
- pacient přebírá skutečnou odpovědnost vzhledem k práci i mezilidským vztahům;
- pacient získává vyšší společenské pravomoci;

- pacient si přisvojuje speciální behaviorální postupy vyrovnání neuropsychologických nedostatků;
- pacient je povzbuzován k reálné víře a naději.

4.7 Expresivní postupy psychoterapie

Expresivní terapie je významnou složkou speciální pedagogiky. Expresivní terapie se orientuje na expresi uměleckých směrů, což znamená využití specifických pedagogických vyjádření provedených ve sféře uměleckého díla. Expresi lze definovat jako specificky a emocionálně zbarvený vnitřní svět jedince (Potměšilová a Sobková, 2012).

V expresi jedinec formuluje svůj psychický stav, náladu, pocit. Expresivní terapii lze klasifikovat dle daných prostředků, které napomáhají jedinci ke změně. Lze pracovat s hudebním uměním, výtvarným uměním, dramatickým či literárním uměním a tanečním uměním (Müller, 2014).

Mezi expresivní terapie patří arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie, biblioterapie. Terapeut je jedinec, který absolvoval terapeutický kurz, kde si osvojil jak teoretické, tak praktické znalosti. Klient je člověk, který má problém a chce ho řešit (Kroupová, 2016).

4.7.1 Arteterapie

Jedná se o psychoterapeutickou metodu, kdy se využívají výtvarná vyjádření jedince. Arteterapie je proces tvorby, kdy se formulují pocity, postřehy či city. V širším slova smyslu se jedná o léčbu uměním. Zahrnuje tanec, poezii nebo hudbu. Je vedena zkušeným terapeutem. Kresba je komunikačním nástrojem, kdy se jedinec vyjadřuje sám za sebe. Jedná se o formu jazyka nahrazující řeč. Je vhodným nástrojem k diagnostice klienta (Müller, 2005).

Dle Malchiodi (2012) je arteterapie výtvarným uměním a uměleckým prostředkem v psychoterapii u všech věkových kategorií.

Existují dvě formy arteterapie:

Receptivní – námět výtvoru je zvolen arteterapeutem s určitým úmyslem. Výběr je orientován na to, aby klient vnímal své nitro a rozpoznal emoce ostatních.

Produktivní – je orientována na vnímání výtvoru. Důležitá je empatie, kdy klient aplikuje svoji fantazii (Šicková–Fabrici, 2016).

Arteterapie je realizována buď jako individuální, nebo skupinová. Individuální je realizována po vzájemné dohodě s klientem, kdy je určena délka sezení, jak bude probíhat sezení a zakládá se na spolupráci mezi klientem a terapeutem. Během této spolupráce jsou nastavena určitá pravidla, jež se budou dodržovat, např. nenucené chování, jasná konverzace, úcta klienta a respektování jeho práv. Klíčová je otevřenost (Müller, 2014).

Skupinová terapie zahrnuje více klientů, přibližně mezi 10–12. Vždy se dopředu domluví jasná pravidla o postupu a chování během terapie, kdy je důležité zachování mlčenlivosti, důvěra, pocit bezpečí, možnost přerušit sezení.

Skupinová terapie (Valenta, 2013):

Skupina se snaží přijít na to, co se jedinec pokusil vyjádřit. Podporuje to dokonalejší komunikaci a označení věcí, které vytvořil. Každý člen skupiny se snaží v kresbě odhalit něco z toho, co podle jeho názoru do ní autor vložil. I v cizím díle si jedinec najde svůj význam. Při posouzení jednotlivých výtvořů speciální pedagog sleduje výtvarný projev, všimá si vývojového výrazu osoby, obsahu a kvality práce, rozložení barev (Müller, 2014).

Metody a cíle arteterapie

Jedná se o soubor kroků, které směřují k danému cíli.

Müller (2013) člení arteterapeutické metody do několika skupin: výtvarný projev s využitím fantazie, např. hra, tematický výtvarný projev, kdy má jedinec převést do výtvarné podoby zadané téma; výtvarný projev při hudbě, kdy se využívá hudby k ovlivnění psychiky jedince; řízený výtvarný projev, kdy jedinec pracuje pod precizním vedením terapeuta.

Další členění metod v arteterapii uvádí Šicková–Fabrici (2016) takto:

Imaginace – klient může na svůj problém nahlížet z jiného úhlu a může najít nové řešení.

Animace – forma rozhovoru v třetí osobě, vhodná pro klienty, kteří nejsou ještě připraveni o svém problému hovořit.

Koncentrace – podílí se na zdokonalení soustředění a k uklidnění.

Restrukturalizace – využívá se roztržštění obrazu a složení nového.

Transformace – převod jednoho typu díla na jiný typ, např. práce s textem či hudbou. V průběhu terapie se mění text a hudba na výtvarné díla.

Rekonstrukce – klient získá část díla a musí ho sám doplnit (Müller, 2014).

Dle Zichy (1981) jsou tyto techniky arteterapie:

Volný výtvarný projev – napomáhá ke spontánní dětské hře, učí dítě využít plochu a napomáhá k ovládnutí neuromotoriky.

Výtvarný projev při hudbě – využívá se vzájemná kooperace hudby a výtvarného projevu.

Muzikomalba – prstomalba při hudbě.

Asociativní výtvarný projev – při hudbě, důraz je kladen na relaxaci.

Skupinové výtvarné činnosti – důležité pro diagnostiku.

Řízený výtvarný projev (Valenta, 2013).

Tyto typy arteterapie uvádí ve své publikaci PhDr. Strnadlová (2006): kreativní arteterapie, integrativní arteterapii, činnostní arteterapii, projektivní arteterapie, sublimateční arteterapie a komunikativní arteterapie.

4.8 Dramaterapie

Jedná se o léčebně výchovnou disciplínu, ve které se aplikují nástroje dramatického umění. Převládají zde skupinové činnosti využívající dynamiku skupiny. Při dramaterapii se vychází z divadelních postupů a jejich výtvorů k docílení úlevy od negativních pocitů a od fyzického zapojení. Cílem je zdokonalení postavení ve společnosti a adaptace na život. Dramaterapie je využívána zejména u jedinců s mentálním postižením a autistů. K expresivní terapii využívající dramatické umění patří psychodrama a teatroterapie (Valenta, 2021).

Psychodrama

Zakladatelem byl psychiatr J. L. Moreno, jedná se o dramatickou improvizaci, kdy jedinec drammatizuje prožitky, touhy, postoje a představivost.

Teatroterapie

Zakládá se na přípravě (výroba kostýmů) a realizaci divadelního představení.

4.8.1 Metody a cíle dramaterapie

V dramaterapii se obvykle využívají techniky zahájení, pokračování a uzavírání lekcí. Ty podněcují citové vyjádření, fyzickou aktivaci či skupinovou komunikaci. Cílem je nalézt zdroje, které pomohou zvládnout problémy, např. vztahové. Základním nástrojem dramaterapie je improvizace, což vyjadřuje vnitřní stav klienta (Valenta, 2013).

Improvizace rozlišujeme 3 typy (Valenta, 2013):

1. Plánovaná improvizace – klient se před improvizací rozhodne, jaké místo obsadí.
2. Neplánovaná improvizace – klient má bezprostřední příležitost přijmout, nebo odmítnout roli.

3. Nepřípravená improvizace – role je nevyzpytatelná a jedinec souvisle přechází z jedné scény do druhé.

Valenta (2021) uvádí strukturu dramaterapie na úvod, kdy se terapeut pozdraví se skupinou klientů, zahřívací cvičení, odhalení hracího prostoru, zahájení hry a hlavní sezení, kde se předvádí improvizované životní situace.

4.9 Muzikoterapie

Muzikoterapie je léčebná metoda, kdy je hudba používána jako terapeutický nástroj. Využívá rytmus, melodii, zvukovou barvu, dynamiku či harmonii. Účelem muzikoterapie je docílení kladného chování a pozitivních pocitů. Používají se nekonvenční nástroje, které byly využívány např. při léčebných rituálech. Patří k nim didgeridoo, tibetské mísy, bubny, dřevěné flétny nebo chřestidla (Beníčková, 2011).

4.9.1 Metody a cíle muzikoterapie

Cílem muzikoterapie je využití hudebních znalostí k saturaci nehudebních cílů.

Hudební improvizace se zakládá na přirozeném hudebním projevu.

Hudební interpretace pracuje se známým hudebním podkladem řízený terapeutem.

Kompozice napomáhá k seberealizaci a sebevyjádření (Valenta, 2013).

4.10 Biblioterapie

Jedná se o expresivně formativní léčbu, která cíleně využívá literárních komponentů, které se podílejí na zlepšení obtíží a vedou ke zlepšení stavu jedince. Při terapii se využívá psaný text, pracuje se s významovým obsahem slov, kapitolou či odstavcem. Pracuje se také s veršem, rýmem a ostatními atributy textu (Müller, 2013).

Rozlišujeme 3 typy literární formy (Svoboda, Humpolíček a Šnorek, 2013):

1. Narativní – povídka, balada, pohádka atd.
2. Lyrická – sonet, óda, žalozpěv atd.
3. Dramatická – komedie, tragédie, fraška atd.

Stejně jako další terapie se i biblioterapie třídí dle komponentů. Dělíme ji na receptivní a aktivní.

Postup při receptivní biblioterapii:

Všichni členové sezení mají totožný text. Každý člen má k dispozici souhrn textů a může si vybrat dle sebe. Četba s pokračováním. Individuální čtení + diskuse.

4.10.1 Metody a cíle biblioterapie

Jednou z metod je psaní deníku, kdy si klient zaznamenává každý den poznámky do deníku. Obsah i délka jsou dle zvážení klienta. Deník by měl zahrnovat datum a čas zahájení psaní, datum a čas ukončení psaní, jméno autora deníku. Deník by měl klient psát pravidelně a v 1. osobě jednotného čísla (Svoboda, Humpolíček a Šnorek, 2013).

Cílem biblioterapie je rychlejší přizpůsobení se životní situaci, odvedení pozornosti od vlastních potíží, saturace potřeb, zvýšení sebevědomí, efektivnější komunikace (Kulka, 2008).

4.11 Sociální podpora

V přehledových studiích je uvedeno, že sociální podpora jako faktor ovlivňuje vyhledání psychické pomoci. Na základě metaanalýzy ovšem sociální podpora u mladých jedinců nemá s vyhledáním psychické pomoci žádnou souvislost. Pomoc blízkých totiž může být účinná u psychických potíží jedince, který má možnost vyhledat pomoc u svých blízkých. (Dunley, Papadopoulos a Gulliver., 2010; Eisenberg, Hunt a Speer, 2012; Li et al., 2016).

Pomoc od okolí se ovšem může jevit jako podpůrná tím, že eliminuje stigma v souvislosti s psychickým zdravím. Taktéž známost s někým, kdo v minulosti vyhledal odbornou podporu, může jedince podpořit (Dunley, Papadopoulos a Gulliver., 2010; Eisenberg, Hunt a Speer, 2012; Li et al., 2016).

4.12 Biosyntetická psychoterapie

Biosyntetická psychoterapie je celistvý postoj v somatické terapii, jehož princip je v biosyntéze. Zakladatelem je David Boadella. Biosyntetická psychoterapie přispívá novodobými znalostmi v oborech psychosomatiky, neurovědy a epigenetiky. Zdokonaluje ji o znalosti z výzkumů funkce mozku. Záměrem je co nejdokonaleji pochopit složitost a potřebu psychotherapeutického postupu a odpovídající sjednocení vědomostí o možnosti psychoterapie. V České republice jsou vzdělávání terapeuti od r. 2007 na Českém institutu biosyntézy. Principem biosyntetické psychoterapie je metoda biosyntézy, která byla v roce 1998 přijata Evropskou psychotherapeutickou asociací jako jedna z prvních vědeckých metod v somatické terapii. Jejím základem je sjednocení a oboustranné zrcadlení životních pochodů, pohybového, emocionálního a duševního. Stres narušuje rovnováhu mezi těmito procesy a dochází následně k potížím buď z nedostatku,

či nadbytku síly v různých částech organismu jedince (Biosyntetická psychoterapie, 2022).

Biosyntetická psychoterapie zdokonaluje a rozvíjí biosyntézu v těchto oblastech:

- Epigenetika, neurověda.
- Embryologie.
- Psychodynamický názor na jedince, teorie attachmentu.
- Duchovno.
- Etika v práci s přesahovými tématy.
- Práce s duševním otřesem osobním i transgeneračními.

Biosyntetická psychoterapie se věnuje mnoha tématům, která v sobě hromadí lidskou existenci od zrodu až po smrt. V centru této terapie jsou vždy na prvním místě potřeby klienta, úcta k odlišnostem. Hlavním cílem je co nejvíce se přiblížit podstatě a s ní spojenými hodnotami. Zde je umístěn pramen vnitřní síly a nasycení a také zrod tělesného, psychického i mentálního uzdravení (Biosyntetická psychoterapie, 2022).

V průběhu práce s klientem aplikuje biosyntetická psychoterapie procesuální přístup. Zaměřuje se nejenom na patologické problémy, ale soustřeďuje se zejména na zdraví a vnitřní sílu jedince. To následně díky specifickým metodám rozvíjí.

Proces biosyntetické psychoterapie obsahuje (Biosyntetická psychoterapie, 2022):

- Práci se svalovým tonem, rozvoj pohybu a zaměření pozornosti klienta na vlastní tělo.
- Práci s dechem.
- Práci přijetím a uvolněním pocitů.
- Práci s restriktivními a kreativními obrazy a jejich projevem.
- Práci s přesahovými tématy.

5 Specifika psychoterapie u dětí a adolescentů

V této kapitole se zaměřím na specifika v psychoterapii u dětí a dospívajících. Je patrné, že děti samy nevyhledávají terapie, na možné problémy spíše upozorní rodiče, učitel nebo lékař. Při prvním setkání psychoterapeuta a dítěte se rozhoduje o tom, zda jeho chování je nepříznivé nebo odpovídá vývoji. Vývojové stadium, kdy se mohou u dětí projevit problematické symptomy, lze zjistit pouze přibližně, ale zároveň se vyskytují individuální odlišnosti. Problémy se soustředěním jsou v jistých fázích vývoje obvyklé, ovšem patří mezi symptomy některých psychických poruch (Kazdin, 2000).

Uvedené hodnocení je apelem, se kterým se terapeuti setkávají v začátcích terapie s klientem a jeho rodinou. Ostatní se projeví např. při sběru nezbytných údajů, kdy je doporučeno vycházet z více zdrojů. Může se stát, že sdělení dotazovaných jedinců nejsou koherentní (Achenbach, 1987).

Označení chování dětí jako problémového může odborníky ovlivnit a to se může odrazit i na vymezení psychického zdraví. Tripartitní model uvádí 3 zainteresované strany – klienta, pracovníky v oblasti psychologie a společnosti, jejichž součástí je i rodina. Definice duševního zdraví je několik, tím se také různí představy o chování jedince. Při spolupráci s klientem je důležitý též jeho názor na celou situaci. Terapeuti věnující se dětem a dospívajícím ovšem v průběhu sběru údajů tohoto typu nestačí vzít v úvahu povahu problému, aktuální stav klienta a jeho rysy, ale je důležité brát ohled i na jeho věk. Při zahájení terapie rodinné zázemí ovlivňuje průběh a výsledky, jelikož rodiče nejenom pomoc vyhledají, ale oni rozhodují o jejím ukončení. Ve spojitosti s tím jsou uvedeny faktory podílející se na zvýšení rizika předčasného zakončení terapie. Patří mezi ně nižší stupeň vzdělání rodičů, nízké společensko-ekonomické postavení a rasa.

Kazdina a Mazuricková (1994) formulují tzv. rané (6 setkání), unáhlené ukončení léčby a prezentují rizikové profily rodiny, jako jsou neadekvátní výchova dítěte, rodičsamoživitel, velmi mladá matka, asociální chování matky, působení stresu na rodiče. Rodiče jsou důležitým elementem při terapii, je nezbytné vzájemně komunikovat s terapeutem, ale i s potomkem. Tudiž je nezbytné vzájemně spolupracovat, protože to má vliv na výsledek terapie (Shirk, 2011).

Při psychoterapii má spolupráce rodičů a dětí důležitou pozici, sociální pomoc pro rodiče a uvědomění si překážek doprovázejících terapii. Dadds a McHughová se ve své studii věnují sociální pomoci. Pátrali, zda existuje vzájemný vztah výsledků u behaviorální rodinné terapie u dítěte s poruchou chování. Mezi respondenty byli rodiče samoživitelé a ti byli ve dvou kategoriích. První kategorie byla specifikovaná na sociální

podporu. Nebyly zjištěny znatelné odlišnosti mezi těmito kategoriemi. Tvůrci shledali, že indikátorem výsledku byla pomoc od přátel respondentů (Dadds a McHught, 1992).

Na zvrát při terapii měla vliv relevance zvolené léčby s ohledem na potíže dítěte a nároky s tím spojené. Přitom se osvědčilo, že nižší stupeň rodiči posuzované překážky jsou preventivním rysem u rodin, které jsou společensky a ekonomicky na nízké úrovni, ve větší míře prožívají stresové situace, přítomnost psychopatologického chování. Výše uvedené popisy rodinného zázemí jsou neměnné a terapeut musí nastavit kroky, jak zajistit soustředěnost rodičů a dětí a ochotu dále spolupracovat a docházet na terapii. Analogicky se vyskytují během terapie etické dotazy. U dítěte jakožto nezletilé osoby se musí dodržovat zásady etického kodexu v souvislosti s výzkumem, předložením zjištěných údajů třetím osobám s důrazem na ochranu jejich dobra. Závěrečným okruhem výzkumu byla psychiatrická péče, kdy získané údaje přinesly zisk pro obor psychologie.

Dle Tanové a Koechela (2008) je s tímto osobitým souborem respondentů obtížnější vést výzkum z hlediska etiky, což ovlivňuje početnost a následné promítnutí do kvality poskytované péče.

Koechl a Fegert (2010) uvádějí, že účast na výzkumném šetření u nezletilých by měla být za podmínky, že bude přínosem. Následně uvádí, že měřítkem přesunutí zodpovědnosti na děti při výzkumu by neměl být jenom věk. Autoři vycházejí ze 3 zásadních principů Belmontské zprávy a uvádí přiměřenost přesunutí odpovědnosti, z druhé strany prospěch a spravedlivost v souvislosti s potřebou podpory a ochrany této citlivé skupiny.

5.1 Výzkumná šetření negativních vlivů psychoterapie na děti a adolescenty

Jonsson (2016) uvádí, že ti, kdo upozorňují na zranitelnost dětí na základě rychlého poznávacího a citového vývoje, což má vliv i na příznaky onemocnění a negativní vlivy, mohou mít pro děti závažnější následky ve srovnání s dospělými. Pokud se jedná o nezletilé děti, může mít negativní vliv neefektivní psychoterapie, jelikož eliminuje ekonomické prostředky rodiny. Vliv věku je nepochybný i při formování nástrojů k posouzení a hodnocení negativního účinku. Byly rozpoznány odlišnosti ve skórovacích škálách „pesimistický terapeut“ a „pasivní terapeut“ v dotazníku ETQ a v množství uvedených příběhů při tvoření PANEPS škály (Mercer, 2017).

Obsáhlá vědecká linie, která se týká skupinové intervence dětí, byla výstupem z programu R. C. Cabota známého jako „The Cambridge – Somerville Youth Study“, jehož

záměrem byla prevence páchání trestné činnosti. Tento vědecký projekt začal v roce 1939, trval 5 let a účastníky byli rizikovní chlapci od 5–13 let. Zjistilo se, že významný negativní efekt na chlapce měla opakovaná účast na letním táboře. Tento výzkum motivoval i další šetření plánovaná na základě myšlenky, že skupinové intervence sjednocující rizikové skupiny mladých lidí, mohou ovlivňovat respondenty na základě zvoleného formátu a mají latrogenní účinek.

McCordová posoudila efektivitu s odstupem 30 let komparací dotazovaných se sledovaným souborem. Ten měl lepší výsledky v několika oblastech. Malý počet mužů v daném souboru spáchal více než jeden trestný čin, zdolal onemocnění vlivem stresu, požíval alkoholické nápoje a léčil se s vážnou psychickou chorobou. Běžně se vyskytovali jedinci s vysokým sociálně-ekonomickým statutem, ti byli spokojeni se svojí pracovní pozicí. Ovšem pouze u 7 z 57 srovnání byly objeveny výrazné rozdíly mezi soubory (McCord, 1978).

Latrogenním poškozením se při skupinové terapii věnoval T. J. Dishion s ostatními kolegy. Studoval intervenční taktiky k restrikci přibývajících konfliktních chování u rizikových jedinců ve věkové kategorii 11–14 let. Jedinci, kteří byli součástí studie, byli zařazeni do programu pro adolescenty. Výzkumní pracovníci zkombinovali několik skupin, přičemž v první skupině byli zařazeni rodiče, v druhé skupině dospívající jedinci, ve třetí skupině byli zařazeni ti, kdo se samostudiem učili z materiálů, které obdrželi, a poslední skupina byla dozorová.

Díky rozboru zpráv od matek a sledování bylo zjištěno, že intervence byla účinná u skupiny rodičů s adolescenty a že vedla ke snížení negativního začlenění se v rodinném rozporu. Současně došli ke zjištění, že informace o efektu intervence na chování adolescenta se odvíjí od osoby hodnotící a začlenění do dané skupiny. Informace od matek dokazovaly kladný efekt intervence na chování dětí. Zhodnocení učitelů ovšem upozornilo na určité odlišnosti mezi skupinami účastníků výzkumu.

U adolescentů, kteří byli společně s ostatními vrstevníky ve skupině, došlo k významnému zhoršení konfliktního chování a odlišnosti byly zřejmé i při hodnocení po 1 roce od ukončené intervence. Díky taktice orientované na rodiče došlo dle sdělení rodičů ke kladnému vlivu na chování dětí, ale pouze krátkodobě. Dle odborníků je důležitý věk a problémy ostatních respondentů v dané skupině (Dishion a Andrews, 1995).

Dishion uvádí, že možnou příčinou výskytu negativních vlivů skupinové intervence u adolescentů je deviační cvičení, což je metoda, kdy děti kladně reagují na jednání, která narušují probíhající intervenci (Dishion et al., 1999).

Angová a Hughes (2002) realizovali metaanalýzu 38 studií, které se týkaly nácviku sociálních dovedností s účastníky věkové skupiny 6–18 let s externalizujícím problematickým chováním. Výzkumné studie měly 3 formáty intervencí. Jednalo se o jednotlivé schůzky, intervence pro různorodé skupiny, tj. seskupení mladých s komplikovaným chováním a s prosociálním chováním, a skupina zahrnující pouze devianty. Tvůrci propojili dva soubory na základě průměru účinnosti. Ve většině případů syntézy rozdílných metod neexistovala výrazná diference. Jeví se pouze to, že nepatrný podíl měla intervence pro seskupení deviantů.

Weiss et al. (2005) poukazuje na to, že není zřejmé, na základě čeho se tato seskupení sloučila, protože obvyklá míra efektu je podobná u studie s devianty a různorodými vzorky. Z výše uvedených studií nelze jednoznačně dedukovat závěr. Weiss et al. provedli svůj rozbor a došli k opačnému závěru, tj. možnost negativního účinku studie je nižší u skupiny zahrnující element skupiny vrstevníků. I přesto hypotézu o deviačním nácviku neodsuzují.

Warren (2010) pátral po preciznosti racionálně odvozených postupů vedoucích k selhání psychoterapie u dětí a adolescentů, tedy zda ji lze aplikovat u této věkové kategorie. Byl to tzv. „Youth outcome questionnaire“. Výsledek stvrdil možnost využít v praxi, jelikož souhrnná správnost zachycení jak kladných, tak záporných výsledků účastníků byla 81,3 %. Warren (2010) se zabýval srovnáním dráhy změn příznaků, výsledky léčby u dětí v komunitním centru duševního zdraví a privátních organizacích. Zjistili, že v komunitních centrech je 2× větší perspektiva záporného výsledku, současně 10 % klientů bylo zařazeno do skupiny, v níž bylo u jedinců zjištěno zhoršení stavu, nebo u nich nedošlo k žádným výrazným změnám v symptomech. Příčinou může být buď různě dlouhá terapie, nebo její rozmanitost (Warren, 2010).

Mercerová (2017) vyhotovila soupis nevhodných potenciálních terapií pro děti. Do tohoto soupisu je zařazena konverzní terapie, operantní nebo averzivní podmiňování, techniky využívající elektrické šoky, terapie pevným objetím. Posledním předloženým výzkumem je studie, kterou vedl Jonsson (2016).

Jonsson studoval praktické znalosti ostatních terapeutů u studií s nepříznivým účinkem v oblasti dětské psychiatrie. Na základě tematické analýzy s několika odborníky dospěl k 3 kategoriím.

V první kategorii jsou zahrnuty údaje ohledně následků pro dítě, kde jsou uvedeny nové symptomy nebo zhoršení stavu, následně distres a maladaptivní odezva související s dojmem podvodu, potažmo s pozdní reakcí rodičů na současné problémy, taktéž účinek na autonomii dítěte a společenské důsledky, např. zákaz kontaktu se spolužáky.

V druhé kategorii jsou zahrnuty údaje ohledně následků pro rodinu. Psychoterapie působí na všechny rodinné příslušníky. Rodiče se nemohou věnovat ostatním dětem, mohou vnímat, že část jejich vlivu převzali psychoterapeuti, může také dojít ke ztrátě zaměstnání kvůli časové náročnosti terapie. Třetí skupina se nazývá interakce dítě a terapeut. Ta zahrnuje nesoulad mezi dítětem a terapeutem vlivem nepochopení, z jakého důvodu se psychoterapie účastní, nebo chybějícího pohledu rodičů na chování, které napomáhá problému. Následně skupina zahrnuje nepříznivou alianci a unáhlené ukončení terapie (Warren et al., 2010).

6 Motivace k psychoterapii

Motivace prezentuje hybnou sílu mentálního rázu, která vede k vědomému chování s jasnou silou. Zásadními motivačními rysy společenského charakteru jsou potřeby, zájmy, hodnotové zaměření a zčásti stanoviska (Janoušek a Slaměník, 2019, s. 158).

V této práci uvádíme motivaci klientů s psychosomatickými symptomy k zahájení psychoterapie. Postoj je osvojený duševní předpoklad, který vyznačuje selektivitu jedince při přijetí vlivů z okolí a při aktivitách oproti okolí (Janoušek a Slaměník, 2019, s. 153).

Změna stanoviska by měla být vhodně vyvolána, jinak hrozí nebezpečí zafixování. Součástí motivace psychosomatického pacienta je několik faktorů. Psychosomatický klient versus kvalita života, stanovisko společnosti, lékařů, terapeutů, ale i okolí klienta, dále jejich osobnost, elementy řízení událostí v jejich životě a ostatní ochranné faktory. Mezi další faktory zasahující do motivace psychosomatického jedince k zahájení psychoterapie patří primární a sekundární užitek z psychosomatického onemocnění nebo nesouhlas klienta nebo terapeuta. Tito klienti jsou většinou neústupní v somatickém názoru na onemocnění a zavrhuji z různých důvodů celostní pohled. Podstatné je, aby se v postupu psychosomatické péče zaměřila pozornost na motivaci klienta, aby své potíže vnímal v bio-psycho-sociálních souvislostech, eventuálně i v duchovním kontextu. Celostní pojetí z pohledu terapeutů či klientů podporuje to, že je brán ohled na psychosociální stránku a okolnosti onemocnění a uzdravení.

Psychosomatická péče pracuje se somatickým přístupem k onemocnění a je nezbytné odlišit fyzické onemocnění a současně ubezpečit klienta o potenciální povaze onemocnění. Názory některých psychoterapeutů jsou, že pokud klient není motivovaný k psychoterapii, nelze ho do ní zařadit. Nicméně prvkem psychoterapie je též motivační práce s klientem pro psychoterapii, a proto nelze celou odpovědnost za motivaci k terapii

nechat pouze na klientovi. Vyjma zásadních postojů terapeuta, jako jsou důvěra, hodnověrnost, úcta, přijetí a zajištění bezpečného vztahu, je nezbytné sjednotit postoj terapeuta s osobním vzorem, onemocnění klienta, jeho představy a motivaci k psychoterapii, je-li nezbytná. Klademe si otázku, co prožívají klienti v souvislosti s psychoterapií. Nemůže je ohrozit?

Faleide, Lian a Faleide (2010) uvádí, že většina klientů se somatickými příznaky má z psychoterapie obavu. Primárně mají obavu z toho, že nejsou duševně v pořádku. Podstatné je ubezpečit a uklidnit klienta, objasnit souvislost somatických příznaků s duševními obtížemi.

Dle Balcara (2010) se jedná o bludný kruh v kontextu s psychologickým profitem z onemocnění. Fyzické postižení má v životě jedince jakousi pozitivní funkci, a pokud se uzdraví, dojde paradoxně k oslabení dané funkce. Tím pádem dochází k tzv. bludnému kruhu onemocnění. Výhodou je eliminace napětí během onemocnění, které ustupuje s projevy prvotních symptomů nemoci, pacient tím pocítuje úlevu (Bacar, 2010).

„Tělesné vyjádření, jemuž je přisuzován status chorobného symptomu, je přece jen vyjádřením, respektive zlomkovitým uskutečněním frustrovaných potřeb nesrozumitelnou formou nemoci, jejímž významem se pacient nemusí zabývat, což znamená, že jeho vnitřní psychická rovnováha není zpochybněna, narušena“

(Poněšický, 2010, s. 4).

Primární výhodou může být „vyplacení“ poklesku vlastním trápením. Toto probíhá na nevědomé úrovni. Sekundární výhodou je zneužití příznaků k efektivní komunikaci s okolím. Jde o získání psychologického prospěchu při manipulaci s lidmi a blízkým okolím. Klienti s psychosomatickými příznaky vyhledají terapii, jelikož chtějí mít opět své zdraví pod kontrolou. Nicméně jsou klienti, kteří se na psychoterapii nedostaví, jejich obtíže nejsou závažné a ty, které mají, řeší s lékaři. Potenciální duševní problémy řeší prostřednictvím sociální podpory blízkých. Práce s motivací je velmi důležitá, jelikož efektivní motivace vede k žádoucí změně u klienta. Změnou chování se zabývá oblast aplikované behaviorální vědy v medicíně, která trvale pracuje s ovlivňováním jednání a jeho přeměnou. Přeměna chování prezentuje obtížně provázané celky očividného a skrytého chování, zkušeností, motivů, postavení a jejich zhodnocení (Faleide, Lian a Faleide, 2010).

7 Dostupnost duševní péče

Zdraví fyzické souvisí se zdravím mentálním. Jedinec vnímá duševní zdraví jako nástroj, díky kterému může realizovat psychický i emocionální potenciál, objevovat a naplňovat role ve společenském, ale i pracovním životě. Ve společnosti napomáhá zdravé mentální zdraví populace k prospěchu, soudržnosti a společenské spravedlnosti. Z psychických onemocnění v opačném případě vyplývají vysoké náklady, prodělek a zátěž pro populaci i společenský řád. Světová zdravotnická organizace definuje duševní zdraví jako stav duševní pohody, kdy člověk realizuje své možnosti, dokáže zvládnout běžný stres, pracuje produktivně a umí se přizpůsobit životu ve své komunitě. Psychické poruchy pojmají jako psychické obtíže, oslabenou činnost v souvislosti s tlakem, symptomy a duševní poruchy jako např. schizofrenie. Podpora mentálního zdraví a prevence mentálních onemocnění se týká rozhodných, osobitých, rodinných, společenských a sociálních faktorů psychického zdraví a opírá se o upevňování ochranných činitelů a v redukci rizikových činitelů (Komise Evropských společenství, 2005).

Zdokonalení psychického zdraví populace

Vzhledem k tomu, že se mentální zdraví formuje v prvních rocích života dítěte, prezentuje podpora psychického zdraví u dětí přínos pro budoucnost. Nabytí vhodných rodičovských schopností napomáhá k dokonalému vývoji dítěte. Postoj k holistickému učení může zdokonalit společenský um a houževnatost, eliminovat zastrašení, strach a symptomy deprese. Ačkoliv se psychické zdraví podílí na zvyšujícím se pracovním výkonu a produktivitě, neuspokojivé pracovní podmínky, nárůst požadavků na výkon včetně negativních vztahů mezi spolupracovníky se podílejí na rozvoji neuspokojivého psychického zdraví, pracovní neschopnosti a stoupajících nákladech. Následně prostředky, jež se podílejí na stoupající efektivitě práce a eliminaci stresorů na pracovišti ovlivňují jak zdraví, tak ekonomický rozvoj. V rámci projektu EU byla nastavena některá úspěšná opatření jako aktivní účast pracovníků na kultuře řízení, vymezení zaměstnanců s psychickými poruchami, zajištění pracovních podmínek dle potřeb pracovníků (Komise Evropských společenství, 2005).

Podpora mentálního zdraví u osob vyššího věku

Ve spojitosti se stárnutím populace a s tím spojenými následky v oblasti psychického zdraví je nezbytný efektivní postup. Se stoupajícím věkem populace je spojeno množství stresorů, jako jsou např. pokles výkonnosti, sociální izolace jedince, což se může podílet na vzniku psychických poruch, k nimž přispívají deprese v souvislosti

se stoupajícím věkem a neuropsychiatrické poruchy v kontextu s věkem, např. demence. Ukázalo se, že k dokonalejší psychické pohodě u starších jedinců přispívají podpůrné kroky. Nyní zmíníme některé kroky, které byly nastaveny v rámci EU. Jedná se o sítě sociální pomoci, pomoci tělesné aktivity a zájem o dobrovolnické programy, orientace na zranitelné jedince ve společnosti. Sklon k psychickým onemocněním mají jedinci nízkého sociálně-ekonomického postavení, jedinci, kteří jsou nezaměstnaní, u těch může dojít k poklesu sebeúcty, sebevědomí, společenského uplatnění, což může vést k depresím. Ohrožení psychickými poruchami jsou zejména přistěhovalci a ostatní diskriminované skupiny. Pomoc oslabeným skupinám jedinců může zlepšit psychický stav jedinců, zesílit společenskou solidaritu a předcházet možné společenské a ekonomické zátěži (Komise Evropských společenství, 2005).

E-commerce prostředí

V souvislosti s pandemií COVID-19 výrazně došlo k posílení e-commerce a jeho využívání ve všech odvětvích. Výjimkou není ani psychologie a péče o duševní zdraví. Řada startup projektů přichází s webovými či mobilními aplikacemi na monitoring a podporu duševního zdraví. Možnost vyhnout se dlouhým čekacím lhůtám na sezení s odborníkem, vlastní komfortní prostředí a doba, kdy chci a mohu danou problematiku řešit či větší anonymita jsou hlavními důvody, proč právě e-commerce prostředí a technologická řešení jsou na vzestupu i v odvětví psychologie.

Jako příklad nám mohou posloužit aplikace VOS či projekt Hedepy:

VOS.health

Aplikace VOS.health pochází z dílny českého vývojářského studia Qusion, která získala více než 20 milionů korun na zahraniční expanzi. Jejím primárním cílem je přispět ke zvýšení kvality života po duševní stránce neboli pomoci žít lidem šťastnější život. Aplikace je k dispozici pro operační systémy Android i iOS a aktivně se svými uživateli komunikuje, zaznamenává jejich nálady, pocity a snaží se na ně reagovat. VOS se snaží dbát na duševní pohodu jejich uživatelů a včas případně rozpoznat stavy, kdy uživatel potřebuje aktivní pomoc. V případě potřeby má uživatel možnost komunikovat i s reálnými odborníky pomocí chatu a tím tak přispět k aktivnímu řešení své situace. Stažení aplikace je zdarma a po prvním spuštění máte několik dní na vyzkoušení plné verze. Po vyzkoušení má uživatel možnost plnou verzi zachovat pomocí mikroplateb na měsíční bázi. Při prvotním spuštění uživatel zadá základní informace, vybere si svůj avatar (jeden z prvků anonymity) a definuje si své cíle v oblasti duševní pohody a rozvoje. Aplikace následně uživatele motivuje ke splnění těchto cílů, dává mu řadu typů, jak jich dosáhnout, ale zároveň stále reaguje na aktuální dění v životě uživatele a jeho potřeby (Vítová, 2021).

Hedepy

Covid-19 přispěl k masivnímu rozšíření fenoménu „vzdálené komunikace“ a to až už na úrovni vzdělávání, práce či obchodních schůzek. Dnes bereme již zcela standardní online meetingy v aplikacích jako jsou například Zoom, Google Meet či Microsoft Teams.

Projekt Hedepy propojuje potřebu zkrátit čekací dobu na setkání s odborníkem s možností vybrat si nejen termín, ale i odborníka pro online konzultaci v oblasti psychologie či duševního zdraví. Konzultace probíhá formou videohovoru, ke kterému nepotřebujete kromě registrace, softwaru a internetu nic dalšího. Jako klient máte možnost vybrat si odborníka (podle jeho specializace, ale i recenzí), případně vyfiltrovat si odborníky podle ceny za konzultaci, ale i především konkrétní čas, který Vám bude vyhovovat. Nespornou výhodou pro klienty je též vyhnutí se plným čekárnám a částečnému ostychu či nálepkování ze strany spolupacientů (Hedepy, 2022).

7.1 Informovanost v oblasti duševního zdraví

Nedostatečné informace o duševním zdraví omezují možnost, že jedinec vyhledá odbornou a úzce specializovanou pomoc. Můžou být překážkou i kvůli tomu, že vzhledem k nízkým citovým kompetencím je poměrně pravděpodobné, že jedinec nedokáže odhalit závažnost svého problému. Vliv má i nízké povědomí o přístupnosti individuálních služeb zajišťujících podporu v oblasti duševního zdraví. Vyšší informovanost může ovlivnit názory a představuje i naději na odbornou podporu nebo redukci stigmatizace (Cheng, 2018).

Vnímaná potřeba vyhledat odbornou pomoc může mít spojitost s důležitými příznaky a účinností svépomocných taktik. Při hledání psychoterapeutické pomoci, jejímž cílem je najít odbornou pomoc, se ukáže až v závěrečné etapě procesu. Nevýznamná nutnost vyhledání odborné pomoci může vycházet z minimálního uvědomění si závažnost problému. Klient, který se domnívá, že jeho problémy nejsou závažné, je buď neřeší, nebo upřednostní svépomoc nebo neformální prameny pomoci. Mezi lidmi v ČR byla nízká závažnost problému spojená s nízkou potřebou vyhledat terapii třetí nejsilnější bariérou ve vyhledání psychoterapie, přičemž tato bariéra překvapivě neměla souvislost s celkovou udávanou závažností symptomů. Lidé s vyšší závažností symptomů však v českém výzkumu procesem vyhledávání psychoterapie snáze procházeli (Čeveliček, Tarinová a Řiháček, 2021).

Rovněž v jedné přehledové studii byla vyšší závažnost symptomů spojena s větší ochotou vyhledat odbornou pomoc, co do velikosti účinku je však tento vztah

nevýznamný. Malá síla vztahu zde však může být způsobena tím, že vztah závažnosti obtíží a vyhledávání pomoci nemusí být lineární (Brasseur et al., 2013).

Monitorace psychického zdraví současnými zdravotnickými systémy je neuspokojivá. Je nezbytné mít k dispozici více informací o rozhodných společenských, demografických a ekonomických faktorech psychického zdraví i o subvenční a ochranné infrastruktuře, aktivitách a zdrojích. Je nezbytné stanovit, jakým způsobem lze při produkci výzkumných kapacit a na pomoc výzkumu psychického zdraví aplikovat dostupné zdroje. Nápomocná by mohl být důsledná edukace o duševním zdraví a účinku psychických poruch na celkový zdravotní stav, na kvalitu života, společenské a ekonomické zajištění, začlenění do společnosti a základní práva, též na služby ve sféře mentálního zdraví (Komise Evropských společenství, 2005).

7.2 Budoucnost vývoje psychického zdraví v České republice

Tato problematika je stále aktuálním tématem a Česká republika má lehce nakročeno k nezbytným změnám k lepšímu díky Reformě psychiatrické péče. Probíhá od roku 2017 až dosud a je v pravomoci MZČR. Důležitým cílem reformy je kontinuálně vzrůstající efektivní psychiatrická péče na základě systémové transformace organizace, která péči zajišťuje. Klíčový cíl bude splněn zásluhou těchto dílčích cílů (Protopopová a Dušek, 2019):

1. Destigmatizace jedinců s psychickými poruchami a psychiatrie jako disciplíny.
2. Velké uspokojení klientů.
3. Brzká diagnostika psychického onemocnění.
4. Integrace psychicky nemocných jedinců do společnosti.
5. Efektivní sjednocení zdravotní, sociální a dalších významných oblastí.
6. Zlidštění psychiatrické péče.

Reformu lze členit na jednotlivé části, které jsou v gesci 3 zařízení:

1. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* má v gesci deinstitutionalizaci (redukce množství hospitalizací a snížení délky hospitalizace v ústavní péči na základě vzniku nových sítí komunitní péče), zajištění multidisciplinární součinnosti, podpora vzniku nových míst.
2. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* obstarává analýzu a datovou podporu reformy.
3. *Národní ústav duševního zdraví* (Protopopová a Dušek, 2019).

Zároveň s reformou psychiatrické péče je usilováno o celkové pokrytí otázky péče o psychické zdraví orientované na předcházení vzniku psychických onemocnění a saturaci potřeb klíčových skupin. Prostředkem opatření souvisejících s rozvojem Strategie reformy psychiatrické péče je Národní akční plán pro duševní zdraví, o jehož účelné zavedení se snaží Rada vlády pro duševní zdraví (Protopopová a Dušek, 2019).

7.2.1 Národní akční plán pro duševní zdraví

Ministerstvo zdravotnictví ČR v kooperaci s důležitými účastníky ve sféře psychického zdraví vypracovalo počátkem roku 2020 rozhodující listinu s názvem Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030.

Národní akční plán pro duševní zdraví *„stanovuje finanční nároky na dosažení cílů a mechanismů, kterým se bude realizace opatření promítat do rozpočtu (státního rozpočtu a rozpočtu ostatních veřejných rozpočtů, respektive rozpočtů ostatních zúčastněných resortů a institucí), a v relevantních případech identifikuje alternativní zdroje financování (EU fondy apod.)”* (Anders et al., 2020, s. 9).

Podstatné je, aby se problematikou psychického zdraví zabývala vláda ČR v kooperaci s resortem Ministerstva vnitra, Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstvem školství. Důležitým cílem je efektivní řízení a poskytování péče o psychické zdraví, stejné možnosti lidí na psychické zdraví během celého života, úcta k lidským právům u osob s psychickým onemocněním, úplná dosažitelnost služeb v místě, čase a kapacitě a koordinovaná součinnost začleněných sektorů do struktury péče o psychické zdraví (Anders et al., 2020).

„Psychiatrická péče poskytovaná multidisciplinárními komunitními týmy je kvalitativně odlišná oproti péči poskytované ve stávajícím systému služeb (ambulantní a lůžková péče). Je důležité, aby služby multidisciplinárních týmů představovaly zvláštní druh péče právě s ohledem na přesahy do oblastí mimo zdravotní péči a služby.

Z hlediska sdílení informací o pacientech/klientech, vstupu do služby a samotného poskytování péče jde o nezbytné opatření, které umožní propojení zdravotní péče a poskytování registrovaných sociálních služeb do jednoho rehabilitačního plánu” (Anders et al, 2020, s. 45).

7.2.2 Psychosomatika

Psychosomatika je vědní obor, který spojuje psychickou stránku s mentálním stavem a onemocněním. Zaobírá se tím, v jakém rozsahu se vzájemně ovlivňují tělo a

duše jako komplex a naopak. Ať se lidské tělo ocitne v jakémkoliv stavu, probíhá nadále mezi tělem a duší neuvědomělá komunikace. Existují situace, kdy je velmi obtížné usměrnit emoce, jež se dostávají ven. Naše vnitřní jádro osobnosti usiluje o harmonickou stabilitu mezi citem a rozumem (Miklánek, 2014).

Pojem psychosomatika má své kořeny ve starověké řečtině, kde psyché znamená duši a soma znamená tělo. Zahrnuje celostní pohled na zdraví i nemoc jedince. O provázanosti fyzické a duševní stránky nás informují dennodenní situace, např. při stresové situaci pocení, tachykardie, žaludeční nevolnost. Pokud se dlouhodobě neřeší závažné problémy, může to vést až k poruchám spánku atd. Záměrem psychosomatiky je zjišťovat vztah mezi duší a tělem, ale především vliv duševních funkcí na lidský organismus (Poněšický, 2014).

Mentálními faktory somatických onemocnění se zabývala též psychosomatická medicína, která ověřila souvislosti mezi fyzickým, duševním a emocionálním stavem. Následně sem byla zahrnuta i oblast sociální. Systematický přístup hovoří o fenoménech, které jsou souhrnné ve vnitřních i vnějších spojitostech, avšak k řešení sporných témat využívá seskupení více metod. V současné době je psychosomatika pokládána za vědní obor, zabývající se souvislostmi mezi biologickými, psychickými a sociálními činiteli při zkoumání zdraví a nemoci.

Terapie psychosomatických onemocnění je sestavena na základě typu onemocnění a stupně nemoci, vnitřního uspokojení pacienta a snaze o spolupráci. V mnoha případech je nezbytná součinnost psychoterapie a medicíny. Člověk již od raného dětství s sebou nese vzorce z generace na generaci, které ovlivňují jeho chování, komunikaci a podílí se na řešení interpersonálních otázek, z čehož se posléze rozvíjí psychosomatické potíže. Mnohdy stačí k jejich zvládnutí doporučení od blízkých, změna myšlení, zamýšlení se nad změnou životosprávy nebo změna pohledu na rodinné problémy (Poněšický, 2014).

7.3 Tělesné projevy ve spojitosti s psychosomatikou.

Dlouhou řadu let je již v povědomí člověka, že orgány lidského těla jsou propojeny s jeho psychikou. Člověk vnímá signály, které mu tělo vysílá ve chvíli, kdy je vyčerpané nebo musí zvládnout stres.

Co znázorňují jednotlivé orgány (Miklánek, 2014):

- Játra demonstrují zlobu a hněv, náš názor na svět.
- Žlučník demonstruje uspokojení, výrazy závisti a lsti.
- Žaludek demonstruje nepřátelství k ostatním lidem, závist, kterou přemáháme.

- Ledviny demonstrují vzhledem k tomu, že jsou párový orgán, vztahy. Akumulují se v nich obavy.
- Močový měchýř je orgán, který demonstruje kumulaci strachu, který ho narušuje.
- Srdce je zásadním orgánem, kde vznikají emoce, vymezuje naši osobnost a pohled na život.

Lidské tělo zrcadlí duši a „zrcadlo“ nám odhaluje vnitřní pocity a potlačené zážitky.

Klímová a Fialová (2015) uvádí, že lidský organismus disponuje informačními molekulami, které tělu svěřují údaje o našem duševním stavu a citovém rozpoložení. Emocionální projevy se projektují v činnostech orgánů a buněk. Výchozí pohled orgánů, součástí těla a jejich obrazný význam:

- Levá strana těla je považována za ženskou emocionální stranu.
- Pravá strana je považována za mužskou emocionální stranu.
- Jazyk formuje řeč a projev.
- Břicho vykresluje bezpečí a hrozbu.
- Kolena znázorňují skromnost a vyrovnanost.
- Ruce jsou projevem přijetí a dávání, vlastnictví.
- Pánev je základna pro život.
- Krev prezentuje životní energii.
- Dlaně prezentují poctivost a otevřenost.
- Tlusté střevo je základnou pro nevědomí a chamtivost.

Psychosomatika je mezioborová disciplína, jež se zabývá psychickými a sociálními projevy, které ovlivňují člověka, čímž mohou vyvolat rozvoj určitého tělesného onemocnění.

Masner (2013) uvádí, že psychosomatika spojuje medicínu s psychoterapií. Psychosomatická medicína tak stojí mezi interní medicínou a psychiatrií. Spouštěcí faktory a příčiny vzniku psychosomatických onemocnění

Každý člověk již od narození disponuje vědomím a podvědomím, což tvoří prvek naší mysli. Mysl ovlivňuje řídicí soustavu, která je tvořena imunitou, hormony, psychikou. Řídicí systém má základ v mozku, mozek přes talamus, hypotalamus a hypofýzu koordinuje veškeré orgány a imunitu. Tento systém je neustále ovlivňován vnitřními a vnějšími činiteli. Obvykle se projeví spouštěč, který dá podnět k rozvoji onemocnění nebo toto onemocnění drží stále aktivní. Obvyklým impulsem je nadměrný

stres, který musí jedinec překonat, jedinec je zarmoucený, v depresi a má negativní postoj k životu (Miklánek, 2014).

Stres je krizová situace projevující se napětím a obrovskou zátěží, kdy jedinec odolává škodlivým účinkům, ohrožujícím nejen organismus jedince, ale i spouštěče ochranné reakce. Stresory jsou vyvolány impulsy, které uvádí v činnost nejprve centrální nervovou soustavu a následně v celém organismu probudí stresové hormony, které připraví organismus na změnu, kdy dojde k vyrovnání se se zátěží, ovšem probíhali stres dlouhodobě, může dojít k rozvoji psychosomatického onemocnění. Ta vznikají na základě dlouhodobě přehlížených obtíží a negativních prožitků, což se následně odráží na tělesném stavu. Veškeré psychosomatické potíže lze léčit na základě specifické péče, psychoterapií nebo medicínsky. Mohou se ovšem objevit potíže kvůli nevhodně nastavené farmakologické terapii, kdy různé poruchy přechází do chronického stadia a ovlivní tak kvalitu života člověka. Pokud u člověka přetrvávají delší dobu psychické problémy a psychická zátěž, pociťuje negativní emoce, jako jsou např. obava, hněv, zármutek, poté je poškozen neurovegetativní rovnovážný stav, dochází k poruše rovnováhy sympatiku a parasympatiku. Tím pádem dochází k rozvoji funkčních obtíží (Miklánek, 2014).

8 Bodyterapie

Bodyterapie nebo práce s tělem vystupuje z celistvosti a vzájemného propojení těla a duše. V průběhu terapie používá jak slovo, tak také fyzické prožitky a zásahy, které využívají naše nadání prožitku a znázornit věci též na fyzické úrovni (Freudl, 2010).

Jedním ze zaměření bodyterapie je biodynamická psychoterapie, jejíž zakladatelkou je norská psycholožka G. Boyesen. Její součástí není pouze práce s klientem, ale též terapie specifická – „biodynamická masáž“, která působí přímo na tělesné úrovni na koreláty duševních stavů. Součástí biodynamických masáží je tzv. biorelease forma, jejímž cílem je podpora uzdravujících se schopností organismu jedince, a tzv. terapeutická podoba, kdy je hluboce ovlivňuje a je důležitější pro ochranu klienta, což může být pozitivem pro terapii a zejména pro klienta (Freudl, 2010).

Dalším terapeutickým způsobem intervence je deep draining, kdy je cíleno na tzv. „charakterový pancíř“, což jsou jednotlivá specifická místa chronických svalových stahů či transformace tkání shodující se na duševní úrovni s osobnostním profilem určitého jedince. Ve shodě se zásadami biodynamické psychoterapie se „charakterový pancíř“ projevuje nejenom stahem kosterních svalů, ale vyskytuje se v rozmanitých tkáňových rovinách, a to včetně střevní peristaltiky. Během léčebné masáže a deep drainingu se monitoruje peristaltika prostřednictvím fonendoskopu (Freudl, 2010).

8.1 Metody bodyterapie

Jádrem bodyterapie je biodynamická psychoterapie. Výše jmenovaný Wilhelm Reich ji obohatil různými masážemi a doteky. Nejprve se věnoval psychoanalýze, ale posléze se začal věnovat bádání v oblasti těla a mysli. Rozpracoval metodu s názvem vegetoterapie, která analyzuje profil.

Vegetoterapie se stala podstatou spousty soudobých terapií orientovaných na tělo. Cílem bylo rozložit skladbu neurotického profilu a „pancíře“ ve svalech a nahradit je přirozeným, autoregulujícím tokem energie v lidském těle. Při bodyterapii se pracuje se složkami odlišných pojetí jako např. s bioenergetikou. Zakladatelem byl A. Lowen, student W. Reicha. Princip bioenergetiky vychází z Reichova rozboru charakteru a zahrnuje různé techniky podporující rozpuštění pancířů v lidském těle a zdokonaluje tok energie (Boyesen et al., 2001).

Následuje focusing, jehož zakladatelem byl E. Gendlin. Běžně je aplikován regeriánskými terapeuty. Principem je pozorování toho, že vnímání a získání reakce těla v oblasti verbální komunikace znatelně zrychluje postup terapeutické přeměny. Jde o psychickou a kinestetickou způsobilost podněcovat hluboko skrytou moudrost. Focusing se týká vnímání smyslu sporné otázky a je celostní. Účelem je odblokovat tvůrčí proces a formulaci problému (Gendlin, 2003).

Další metodou je Hakomi, jejímž zakladatelem je Ron Kurtz. Tato metoda slučuje techniky jako např. Reichův rozbor profilu a vegetoterapii, systemickou terapii, Feldenkriasovu techniku a ostatní (Kurtz, 2005).

Bodyterapii lze rozčlenit na 3 základní domény

První doména pracuje s dotykem, obsahuje intervence, kdy se terapeut bezprostředně dotýká klienta se záměrem vzbudit nějakou reakci, pomoci klientovi zpracovat určitou myšlenku, působit na jeho stav či postoj. Do této domény jsou zahrnuty i určité typy biodynamických masáží.

Další doménou je již zmíněná vegetoterapie, při níž dochází k formování klidného místa, kde může klient projevit své potlačené city a vegetativní činnosti pomocí vlastních zážitků. Vegetoterapie podporuje renovaci toku životní energie, temperamentu a autonomie člověka.

Součástí třetí domény jsou verbální techniky, které jsou v těsné souvislosti s prací s tělem. Je to focusing, obrazotvornost a ostatní (Boyesen et al., 2001).

9 BIOENERGETIKA

Bioenergetika vnímá lidského jedince díky energetickým postupům v lidském organismu. Energie tvoří pohyby, které vzbuzují city. Tento úkol lze charakterizovat jako řetěz mezi energií – pohybem – emocemi a myšlením. Abychom mohli přeměnit hlavní pochody v lidském organismu, nevyplývá z toho přizpůsobit náš postoj. V případě, že dojde k uvolnění tělesného bloku, ihned to ovlivní osobnost, povzbudí bezprostřednost, ovšem snížená míra energie brzdí funkce osobnosti. Při terapii jde o náležité zhodnocení míry energie jedince, energie se odráží v očích, na kůži, v hlase a v pohybu. Jedinec trpící nedostatkem energie mívá většinou při uvolnění škubavé pohyby, jež se jeví jako napnuté. U dospělého člověka je tato neúměrná činnost častokrát pouze ochranný mechanismus vůči depresím. V naší populaci jsou spousty jedinců žijících s nedostatečnou mírou energie a potýkající se s chronickou únavou či zklamáním (Lowen, 2015).

Jednou z příčin nedostatku energie u naší populace je neefektivní dýchání, které je povrchní a je důsledkem chronické svalové tenze. Tento neklid se projevuje v odlišných svalových částech a je důsledkem citových neshod, které brání signálům, s nimiž se jedinec odmítá smířit. Tenze ve žvýkacích svalech má zmenšit nutnost kousnutí. Takové podněty jsou potlačovány v naší psychice se záměrem omezit intenzitu pocitů. Léčebným cílem bioenergetiky je vzestup míry energie. Záměrem je oprostít jedince od duševních otřesů z minulosti po fyzické stránce, jež jsou v podobě křečí a napětí svalů. Abychom byli úspěšní, musí si jedinec připustit toto napětí (Lowen, 2015).

„Člověk, který hluboce neprodýchává, ukrajuje život svému tělu. Když se nepohybuje uvolněně, překáží životu svého těla. Jestliže hluboce neprocituje, nespojuje se s životem svého těla. A pakliže omezuje sebevyjádření, omezuje jeho život” (Lowen, 2015, s. 32).

Důležité je vyzdvihnout to, že takové restriktce si jedinec nevybírám samovolně. Tvoří se proto, aby byl schopen žít v současné společnosti. Naneštěstí tato omezení akceptujeme jako obvyklá a ani si je nepřipouštíme. Bdělost, odolnost, pochybnosti, izolace a lhostejnost jsou v současné době běžné. Je zřejmé, že tyto nástroje nás ochraňují před zraněním (Lowen, 2015).

Empirická část

10 Metodologie

10.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit, co vede klienty k rozhodnutí jít na psychoterapii, jak dlouhý je tento proces, čím si musí osoby projít a které překážky a motivy jsou zastoupeny.

10.2 Metoda výzkumu

Případová studie je výzkumná metoda obvykle aplikovaná např. v psychologii. Jejím požadavkem je orientace na jeden objekt, např. na jednotlivou etnickou komunitu nebo instituce. Na toto následně případová studie nahlíží, pozoruje to a analyzuje jako komplex všech společenských a významných aspektů. Typické pro případovou studii je kombinace rozmanitých metod sběru dat, z nichž je upřednostňována analýza dokumentů v souvislosti s pozorováním, eventuálně interview. Využity jsou též zvukové či video záznamy. Obecně jsou doporučeny spíše kvalifikační metody než statistické. Případová studie vychází z předpokladu, že patřičné zkoumání případů pomůže porozumět podobným.

10.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří 4 respondenti. Respondentka v 1. kazuistice je žena s psychosomatickými problémy. Respondentka v kazuistice č. 2 je žena s diagnózou histriónské poruchy osobnosti, neurotické a disociativní poruchy. Respondent v 3. kazuistice je mladý muž, který od narození trpí Duchennovou progresivní muskulární dystrofií. Respondentka č. 4 je žena, přijatá na psychiatrické oddělení pro deprese. Vzhledem k tomu, že pracuji v různých oblastech psychologického poradenství, měla jsem možnost, ze všech těchto sekcí, vybrat zajímavé případy. Jedná se konkrétně o práci pro neziskovou organizaci *Liga vozíčkářů* v Brně, kde jsem pracovala na kumulované funkci sociální pracovnice a psycholožka. Zde je zajímavostí, že jsem se s klienty setkávala jak přímo v sídle dané organizace, tak v různých institucích (nemocnice, LDN, apod.) a dokonce i u klientů doma (terénní služba). Dalšími instituty, kde pracuji je

poradenské centrum Masarykovy univerzity a vlastní praxe (psychologické poradenství a diagnostika).

10.4 Metoda výzkumu

Metoda případové studie (kazuistika – lat. casus, případ) je popis individuálního případu jedince podle daného schématu, který zahrnuje všechna zjištěná fakta a následně jejich analýzu. Tato metoda může pomoci odhalit i méně zjevné souvislosti, porozumět tak důkladně danému případu a zvolit adekvátní postupy léčby. Kazuistika obsahuje jméno a příjmení pacienta, pohlaví, věk, výšku a váhu (v případě hospitalizace), rodinnou a osobní anamnézu, datum hospitalizace, diagnózu, všechny symptomy, údaje a okolnosti, které více či méně zjevně souvisí s aktuálním zdravotním stavem či mohly mít vliv na jeho vznik. Při sestavení případové studie je nezbytné zvolit vhodnou oblast a vytyčit si hlavní cíl. Podstatné je mít o dané problematice dostatečné znalosti jak teoretické, tak praktické, využívat odpovídající komunikační schopnosti, umět přiměřeným způsobem zapojit klienta do komunikace spojené s podrobným zjištěním jeho problému. Důležité je též dodržování etických norem. Vzhledem k lepší orientaci čtenáře a příjemnější čtivosti textu jsem zvolila oslovení výzkumníka (tedy mé osoby) slovem „terapeutka“. Díky vícečetnému vzdělání v oboru psychoterapeutických výcviků (psychoanalýza, Solution focus, Gestalt, Body syntéza, ...) jsem praktikovala na různých klientech různé druhy terapie, neboť se domnívám, že přístup ke klientovi je vždy individuální, a to i v případě, že se jedná o totožnou diagnózu.

10.5 Interpretace dat

10.5.1 Případová studie č. 1

Klientka Martina navštěvovala rok individuální psychoterapeutická sezení, a to nejdříve 1× týdně, posléze 1× za 2 týdny vzhledem k problematickému dojíždění.

Paní Martině je 55 let, je 30 let vdaná. S manželem mají tři děti, dvě dcery a jednoho syna. Všechny děti již mají své rodiny a bydlí samostatně. Paní Martina pracovala 27 let jako úřednice na obecním úřadě. Nyní je v dlouhodobé pracovní neschopnosti. Před 4 měsíci si zažádala o invalidní důchod. Několik let se léčí s páteří, byly jí předepsány léky na bolest – opiáty, jež jí ale nezabraly, a proto bylo indikováno operační řešení. Přibližně před 15 lety se léčila se zánětem trojklaného nervu. Asi v 45 letech byl paní Martině diagnostikován lupus erythematosus. Na kůži v okolí krku má tmavě červenou vyrážku,

která se zhoršuje. Před půl rokem byla hospitalizována na psychiatrii, jelikož trpěla depresemi a stavy úzkosti. Dle jejích slov další život pro ni nemá smysl, měla sebevražedné tendence, problémy se spánkem. Měla problém, když kolem ní bylo větší množství lidí, dusila se a musela okamžitě odejít.

Paní Martina při hospitalizaci docházela na terapeutické schůzky, které byly individuální nebo skupinové. Byly jí nasazeny léky na deprese. Po propuštění do domácího prostředí se s odstupem času opakovaně vyskytly deprese a pocity strachu, takže asi po 1,5 měsíci byla opět přijata na psychiatrické oddělení.

Při první terapii si s terapeutkou vytvořily orientační plán s cílem formulovat oblasti, na něž se zaměří během terapie. Klientka uvedla, že díky pobytu na psychiatrickém oddělení a nastavené léčbě se její stav zlepšil, ale stále má strach a deprese.

Ráda by se aktivně podílela na terapii, aby se jí již takový stav nevrátil. Chtěla by si uvědomit, co zapříčinilo její nynější problémy a jakým způsobem by jim měla předcházet.

Martina doufá, že by jí psychoterapie mohla pomoci nejen s jejími psychickými problémy, ale i s fyzickými obtížemi, které se u ní dostavily v návaznosti s prožívaným stresem.

Při druhé terapeutické schůzce se rozpovídala o tom, jak vyrůstala, jaké měla dětství. Žila v neúplné rodině, rodiče se rozešli, když jí bylo 8 let. V dětském kolektivu se cítila jakoby „ocejchovaná“, myslela si, že je jiná než ostatní děti. Vzpomíná, že když byla malá (asi v 5 letech), matka ji fyzicky týrala, vulgárně jí nadávala a křičela na ni, že ji zabije. Ve chvíli, kdy toto sdělila terapeutce, stékaly jí po tvářích slzy.

Při dalším terapeutickém sezení se terapeutka ptala klientky, jak se cítí. Odpověděla, že se cítí normálně a dále mlčela. Terapeutka se jí zeptala, zda se něco děje. Klientka odpověděla, že si po minulém sezení uvědomila, že dosud žila uzavřena ve svém vlastním světě, ve kterém se ukrývala před matkou či manželem. Chtěla tak zabránit tomu, aby jí ubližovali. Uvedla, že se ukryla do jakési hluboké fiktivní jeskyně, ze které se jí nedařilo najít cestu ven. Potom přišly deprese a strach. Po tomto líčení se terapeutka klientky zeptala, kde se nachází právě v tomto okamžiku, zda je opět ve své „jeskyni“.

Klientka odpověděla, že se nyní nachází venku na louce před jeskyní, kde létají motýli a svítí slunce. Následně ale poznamenala, že je to spíš přání než realita. Dále si posteskla, že již není schopna se zapojit do pracovního procesu a starat se o děti. Má také problém pohybovat se mezi lidmi.

Klientka ale následně řekla, že nechce úplně na všechno rezignovat. Potřebovala se něčemu věnovat. Začala šít panenky a tato činnost ji moc baví a uklidňuje ji. Začala dokonce svoje panenky prodávat. Když terapeutka chtěla vědět, co klientka v danou chvíli cítí a zda prožívá nějaké emoce, klientka odpověděla, že se sice cítí šťastná, protože se jí podařilo dostat se ven ze své imaginární jeskyně, ale jedním dechem dodává, že přesto pociťuje úzkost. Bojí se, že se opět něco nepříjemného či zlého přihodí, jako tomu bylo pokaždé, když se cítila dobře a když dělala něco, co ji bavilo a přinášelo jí uspokojení a radost.

Terapeutku zajímá, co by se mělo pokazit. Paní Martina odpovídá, že sama neví, ale vždy to takto dopadne. Na to reaguje terapeutka s dotazem, jak takový konec vypadá. Paní Martina uvádí, že to dělá hrozně ráda, celá se do toho položí a pak skoro pokaždé onemocní. Buď je to bolavá páteř, s tou pak skončila hospitalizovaná, nebo dekompenzovaná lupénka.

Terapeutka chce vědět, jak k těmto koncům dochází, ale klientka to netuší. Terapeutka pokračuje otázkou, zda se to projeví tím, že onemocní a ovlivní to její tělo. Paní Martina sama neví, z jakého důvodu ji to takto omezuje. Terapeutka dále nabádá klientku, aby se pokusila sama zeptat svého těla, jak by reagovalo. Paní Martina se domnívá, že by odpověď byla, že takové věci nemá provádět a má sedět doma. Toto jí stále opakuje manžel. Nedokáže odlišit, zda jí to říká manžel, nebo její tělo. Ukazuje na hrudník, že to vnímá v této části. Pokládá si na toto místo ruku, a snaží se tělo poslouchat. Terapeutka chce vědět, co jí tělo sděluje. Dle klientky jí tělo říká, že by se neměla nikde toulat, protože má rodinu a její povinností je pečovat o děti a manžela. Avšak tomuto se brání, že to takto nechce.

Uvádí, že k ní tělo hovoří hlasem tchýně. Na dotaz terapeutky, zda a kde by si tchýni uměla představit v této místnosti, poukazuje Martina na místo u okna. Tiše uvádí, že by odpověděla tchýni, že doma je všechno poklizeno, uvařeno a zajištěno a že chce mít nějaký čas i pro sebe a své zájmy.

Terapeutku zajímá, jak se cítí, když s tchýní komunikuje.

Klientka zvýšeným hlasem odpovídá, že se necítí komfortně, má pocit, že jí podlézá, a to nechce. Neuvědomuje si svůj zvýšený hlas, až ve chvíli, kdy ji na to upozorní terapeutka a dotáže se na její pocity.

„Jsem naštvaná. Dřív jsme žili ve společné domácnosti s otcem tchýně, který byl vážně nemocný. Celou dobu jsem o něj pečovala do chvíle, než zemřel, a oni to brali jako samozřejmost, a žádný děkuju.“

Terapeutka požádala, aby to zkusila tchýni říct nyní. Paní Martina promlouvá tichým hlasem, že ji mrzí, že jí nikdo při péči o dědečka nepomohl, nepoděkoval.

„A to není všechno, mami, ty máš svůj pohled na to, jak by se měla chovat ženská doma, ale já budu dělat to, co chci, co dělám ráda a baví mne to. A když s tím nesouhlasíš, je to tvůj problém.“

Paní Martina se podívala na terapeutku a řekla jí, že se jí moc ulevilo, cítí to i v oblasti srdce, jako by tam měla najednou více místa.

Obě chvíli mlčí, poté terapeutka tiše pronese, jestli si klientka myslí, že vzdorovala svému tělu. Ta uvádí, že má asi pravdu. A najednou pronesla, že proto se objevila lupénka.

V závěru se paní Martina rozpovídala o tom, jak se objevila lupénka, jak se s tím vyrovnávala a bojí se, jak se bude dál onemocnění vyvíjet.

Z tohoto plyne, že se jednalo především o pochopení současných emocí s důrazem na tělesné zážitky. Klientka nad vším dlouze uvažovala. Během terapie si sama přiznala, že se uzavírala před ublížením ze strany manžela a matky sama do sebe. Z těchto důvodů terapeutka nezacházela hlouběji do kognitivních rozvah. Snažila se, aby se klientka zaměřila na pochopení svých emocí a tělesných prožitků. Je evidentní, že terapeutka využila experimentální metody, kde je klientce dáván prostor k vyjádření svých emocí. V gestalt terapii se velmi často kladou otázky na to, co nyní klient prožívá. Díky tomu měla klientka dostatek času vzepřít se rozumovému stereotypu a jít více do hloubky, což bylo evidentní ve chvíli hněvu na tchýni.

Poté je zřejmé z anamnézy, že odpověď klientky na stres je vystupňovaná, a to hlavně ve fyzické rovině. Zřejmě si neuvědomuje silné stimuly neklidu, které její tělo v okamžiku stresu vydává.

Nevnímá potřeby svého těla, se kterým stále zápasí. Lupénka je příkladem toho, že lidský organismus vzdoruje svým buňkám. Z toho důvodu se terapeutka během setkání několikrát ptala na to, co cítí, a pomáhala jí najít souvislost s mentálními obtížemi. Je očividné, jak je postoj k vlastnímu tělu ve spojitosti s introjekty. Pro klientku je důležité naučit se uvědomovat si impulsy svého těla. Zde je patrné, že introjekt je symbol pro příkaz zvenku, např. adoptované dítě, když získá rodiče bez svého uvážení. Provádí to, co je správné, ne to, co by chtěl sám. Takové introjekty se poté manifestují po fyzické stránce. Terapeutka zvolila experiment a zásluhou toho klientka pochopila introjekt.

Terapeutka požádala paní Martinu, aby si vybavila tchýni a její hlas a mluvila k ní. Předpokladem bylo, že introjekt působí jako od tchýně nebo vlastní matky. Toto se potvrdilo položením otázky klientce, zda takový příkaz zná ještě od někoho jiného. Terapeutka si je vědoma toho, že jsou teprve na začátku terapie, proto nestupňovala

nároky na klientku. Je možné, že otázka vztahu mezi paní Martinou a její matkou je obtížná a nemá v něm jistotu. Pro klientku je důležité, že si to vyzkoušela na méně složitém vztahu a uznala rozdílné zkušenosti mezi introjektem a svou svobodnou vůlí. Terapeutka upozornila na změnu v hlasu v okamžiku, kdy mluvila sama za sebe. Záměnu nekomentovala, pouze poukázala na fenomologicky patrný úkaz. Terapeutka byla po terapii potěšena ze spolupráce s klientkou, ovšem zároveň cítila nejistotu. Tato nejistota se týkala tempa psychoterapie a náročnosti intervencí.

Terapeutka soudí, že třetí terapie probíhala velmi rychle. V závěru poskytla klientce čas na zpracování zážitků vyskytujících se v jejím průběhu. Myslí si, že měla být uvážlivá v intervencích směrem ke klientce. Měla v úmyslu si v průběhu sezení častěji potvrzovat informace a dotazovat se, zda je pro ni vyhovující zvolené tempo. Kromě uvedených použitých metod je podstatné brát ohled na spolupráci při terapii. Spolupráce terapeutky a klientky je v začátcích terapie nesourodá. Terapeutka se ocitla v postavení zaujatého odborníka, což klientka vnímala jako pocit bezpečí, protože má takový přístup ke všem pomáhajícím profesím. V souvislosti s tím terapeutka rozdělila role, vyvíjela větší iniciativu, systematicky utřídila terapii a v konkrétní chvíli neprezentovala své názory.

Připouští, že přílišná kultivovanost ze strany klientky, ohromující úcta k odborníkům je pro ni lehce nepřijemná. Vzniklo to patrně na základě toho, že klientka všechny požadavky okamžitě odsouhlasila.

Při dalších terapeutických schůzkách se terapeutka více věnovala navázání vztahu s klientkou a sledovala, kdy zapáleně přijímá její podněty. Možností by bylo nastínit, že v daný okamžik je jiného mínění než ona. Avšak v počátcích terapeutického vztahu toto není vhodné.

Po třetí terapii se klientka v myšlenkách vrací do dětství, které neměla jednoduché. Neměla otce a matka s babičkou ji ponižovaly. Dále hovořila o části svého života, na který nerada vzpomíná, jelikož rozpadající manželství řešila pitím alkoholu a následným pokusem o sebevraždu. Vypráví o dětech, díky kterým chtěla změnit svůj život k lepšímu. Byly to jediné osoby, kvůli kterým chtěla žít normální život. Postupně se ozřejmuje klíčový vztahový prožitek, kdy všichni okolo jsou prioritní. Během dětství si z ní matka a sourozenci udělali služku. Jindy matka paní Martinu zamykala do sklepa a nechala ji tam celý den bez jídla. Na základě těchto zážitků došla k závěru, že své potřeby musí zamykat do sklepa. Chtěla co nejdříve odejít z domova a vymanit se z tyranie matky, proto se velice mladá vdala. Avšak ani na manžela neměla štěstí, ten začal pít alkohol a fyzicky ji napadal. Vyžadoval, aby mu sloužila, což jí vrátilo vzpomínky z dětství.

Kolem 40. roku věku se u paní Martiny začaly objevovat obrovské bolesti páteře, což vedlo k pracovní neschopnosti. Krátce nato se objevila lupénka. I když trpěla bolestmi, byla neustále k dispozici každému, kdo něco potřeboval. Klientka uvádí, že s odstupem asi měsíce se objevily deprese a strach a tehdy začala přemýšlet o sebevraždě, což vedlo k hospitalizaci na psychiatrickém oddělení. Díky hospitalizaci v léčebně si uvědomila, že ona sama neustále pečuje o své okolí, ale nikdo nepečuje o ni, dosud takový pocit nezažila a nezná, jaké to je. Uvědomila si, že má své potřeby a nebude je již dále odsouvat do pozadí. Když byla propuštěna domů, rozhodla se pro ambulantní psychoterapii, kterou absolvuje 2× do měsíce. Nadále trpí depresemi. Terapeutka nadále mapovala vnitřní a vnější zdroje a snažila se vybudovat důvěru v terapeutickém vztahu s klientkou.

Při dvanáctém sezení klientka uvádí trápení, která řešila před schůzkou. Hovořila o dlouhotrvajícím sporu se synem, který se jí nedaří vyřešit. Terapeutka klientku poslouchá a nepřerušuje, dělá si poznámky. Během sezení terapeutce zvoní telefon, který nebere a vypíná zvonění. Paní Martina ji vybízí, ať si hovor vyřeší, že je to jistě důležitější než její povídání. Na to terapeutka rázně odpověděla, že důležitá je v danou chvíli paní Martina a hovor počká. To klientku rozplakalo. Poté tiše pronesla, že vždy byli důležití lidé kolem, nikdy to nebyla ona.

Terapeutka uvádí: *„ve chvíli, kdy jsem sahala po mobilu, jsem si uvědomila, že jedním naprosto automaticky. Zastavila jsem se a poodstoupila jsem, což mi umožnilo si uvědomit, že reaguji v rámci určitého vzorce své klientky“*.

Paní Martina již dokáže překonat myšlenky na obtížné období dětství díky kreativní adaptaci, kdy pro ni bylo prioritní, že ostatní byli důležitější než ona sama a své potřeby odsouvala do pozadí a zamykala do „sklepa“.

Takto se stavěla k ostatním vztahům ve svém životě, např. ve vztahu k manželovi. Okolí klientky na tuto „hru“ přistoupilo, také terapeutka přiznává, že s ní tuto „hru“ hrála. Připouští, že v okamžiku, kdy jí zvonil mobilní telefon, si v duchu říkala, že klientka počká.

Během terapie klient a terapeut vzájemně převádějí potlačenou komunikaci do jiného aktu chování. V tomto případě se klientka chovala dle svého nastavení, to znamená, že má stále pocit, že její potřeby nejsou tak důležité jako těch ostatních. Takto společně upevňovaly pravidla, díky kterým zahájila psychoterapii. Tento případ s telefonem nepochybně ukazuje fixovaný gestalt. Když klientka přicházela na terapii, neklepala na dveře. Čekala na chodbě na lavičce, až si ji někdo vyzvedne. Terapeutka se jí na to zeptala, odpověděla jí, že si myslela, že má na práci něco důležitého, a proto neklepala.

Přijala tak styl, jak se k ní chovala v dětství matka, a sama se „zamykala do sklepa“ a vyčkávala, až si ji terapeutka vyzvedne. Je nezbytné, aby si klientka a terapeutka opakovaly etapy psychoterapeutického procesu, poněvadž si terapeutka sama vyzkouší vztahovou vazbu, ve které klientka žije, a sama zastává pozici diagnostického nástroje. Je důležité, aby si terapeutka uvědomila, na čem se podílí. Zároveň je klíčové, aby se nehodnotila negativně. U diagnostiky, která je vnímaná jako souhrn, je pro terapeutku práce s klientem přehledná, terapeutka si nepřetržitě utváří pracovní diagnózu ze dvou částí, ze sledování klientky a sledování svých pocitů.

V této kazuistice lze definovat koncept chování klientky – čeká v čekárně, až si ji terapeutka vyzvedne. Při uplatnění gestalt teoretického vzorce kontaktního cyklu a kontaktního způsobu lze konstatovat, že se sama pozastavuje nad počínáním pomocí retroflexe a proflexe. Pokud by terapeutka v této části diagnostiky byla spokojená, došlo by k principiálnímu omezení gestalt terapeutických postojů, pro které je nejsilnějším směrem vztah.

K fenoménu vztahového pole klientky patří retroflexe, proflexe a zakončení kontaktního cyklu, který vznikl mezi terapeutkou a klientkou. Do fenomenologického výzkumu je nezbytné, aby terapeutka zahrnula i svou osobu, což je nezbytnou součástí gestalt diagnostiky. Terapeut během diagnostiky sleduje i své prožitky, využívá své osoby jako nástroje a jeho smýšlení mu poskytuje informace o postupu, jakým způsobem časové pole s klientkou uspořádá. Veškeré zážitky jsou úkolem pole. Táže se, jakým způsobem ji ovlivňují klientčiny fenomény a jakým způsobem se na nich podílí. Tím je doplněn globální pohled na formu fixovaného gestaltu, s čímž klient vstupuje do terapie. Pocity terapeutky v okamžiku, kdy klientka čeká na chodbě: *„ta chuděrka asi nedokáže sama zaklepat, no holt si počká, když to má tak nastavené. Proč bych já měla kontrolovat čas.“*

Terapeutka si „užívala“ tento čas a sezení zahájila asi za 10 minut. Po této situaci se paní Martina rozhodla podrobně rozebrat období svého dětství, které pro ni bylo náročné a na něž nerada vzpomíná. Terapeutka jí naslouchala, nepřerušovala ji, poskytla jí prostor k vyjádření jejích pocitů. V daný okamžik byly preferovaný dialog a experiment, které terapeutka využívala, přesunuty do pozadí. Paní Martina preferovala potřeby ostatních před svými, toto bylo chápáno jako primární přizpůsobení, což jí umožnilo překonat náročné období. Toto mělo pro terapeuta význam v podobě poznávací mapy pro další postup. Paní Martina hovořila o svých poměrech a plakala, během chvíle se ale vše obrátilo v hněv. Uvedla, že již nechce takto žít a vše opakovat.

Terapeutka jí položila otázku, co by chtěla dělat jinak. Ta uvedla, že si chce plnit své sny a přání, více se věnovat své osobě. V tuto chvíli se terapie chýlila k závěru a nebyl již

dostatečný čas na experiment. Terapeutka navrhla klientce, zda při příští schůzce nechce vyzkoušet zaklepat na dveře, aby nemusela čekat na chodbě. Klientka měla v obličeji vyděšený výraz, ale souhlasila, že se o to pokusí.

Při následující schůzce terapeutka čekala na zaklepání, to ovšem nepřišlo. Nechala klientce více času k tomu, zda se k němu rozhodne. Asi po 10 minutách terapeutka vyšla na chodbu, kde našla sedět paní Martinu, jak hovoří s jinou klientkou, která též čekala na terapii. Paní Martina sdělila terapeutce, že se znají z léčebny. Dále řekla, že měla odvalu zaklepat, ale když viděla známou, která měla strach z terapie, posadila se k ní. Tím opět potlačila své potřeby a upřednostnila někoho jiného.

10.5.2 Případová studie č. 2

Tato kazuistika se týká pacientky s histriónskou poruchou osobnosti, neurotickou a disociativní poruchou osobnosti. Diagnóza byla potvrzena navíc díky dopisu, který klientka napsala. Identifikační údaje byly změněny z důvodu GDPR.

Pacientka Lucie, 42 let, odeslána neurologem s příznaky – bolest hlavy, nevolnost, vnitřní neklid, třes v rukou a problémy s usínáním. Paní Lucie je vdaná 20 let, s manželem mají dvě zdravé děti ve věku 15 a 19 let. Pohlavní život je dle klientky „v normálu“. Manžel založil stavební firmu a podniká. O dětech se klientka vyjadřuje minimálně, pouze uvedla, že jsou smyslem jejího života a udělala by pro ně vše. Paní Lucie vystudovala střední ekonomickou školu a poté pracovala 8 let ve státní správě. S prací problém neměla, ovšem cítila se nedocenená. Po 8 letech podala výpověď a opustila toto zaměstnání. Začala pracovat s manželem v rodinné firmě na pozici personalistky. Ve svém volnu ráda jezdí na kole, chodí na procházky a čte životopisné příběhy. Přátel moc nemá, protože „na ně nemá čas“.

Na základě přetrvávajících bolestí hlavy navštívila neurologa. Ten toto uzavřel jako migrenózní bolesti hlavy. Klientka uvádí, že takové bolesti hlavy měla již ve svých 14 letech. Přetrvávaly až do porodu prvního dítěte, kdy bolesti zmizely. Po porodu druhého dítěte se bolesti hlavy vrátily. Objevovaly se nečekaně a nepravidelně. V posledních dvou měsících tyto bolesti klientku trápily denně, byly intenzivnější, tepající, s výskytem dvojitého vidění, nevolností a točením hlavy. Klientka uvedla, že lékaři nikdy nezjistili příčinu těchto potíží a nasadili jí farmakologickou léčbu. Ta bohužel nebyla účinná. Sama vyzkoušela, že největší úleva přichází, když se zavře do pokoje, zatemní okna a lehne si.

Přibližně jeden rok ji trápí bolesti žaludku, nemá chuť k jídlu, ale tělesná váha je stabilní. Praktický lékař ji objednal na fibroskopii, kde byla stanovena diagnóza akutní gastritida, lékař nastavil farmakologickou léčbu. Zprvu cítila úlevu, ale přibližně po dvou měsících se potíže vrátily. Opět trpěla nechutenstvím, třáslly se jí ruce a byla v tenzi. Sama přiznává, že neúčinnější lék v dané chvíli byl Lexaurin. K ústupu vnitřního neklidu a napětí klientky došlo samovolně na základě analytického rozboru snu.

Při sběru informací týkajících se zdravotního stavu klientky bylo zjištěno, že trvalý účinek se vztahoval pouze k symptomatickým poruchám a kompenzace poruchy byla pouze přechodná. Byla způsobena jinými faktory, tím došlo k dekompenzaci v novou frustrační krizi. Hrozilo nebezpečí společenského fiaska, které pacientka řešila pragmatickou pseudoagresí v podobě hypochondrie.

Cílem bylo zmírnění úzkostného stavu ze společenského odmítnutí a pocitu druhořadosti. Současně došlo ke změně z psychosomatické poruchy na psychopatologickou.

1. terapie

Při první schůzce terapeutka získávala od klientky informace o jejím zdravotním stavu, které si zpracovala a sestavila terapeutickou smlouvu. Dle slov terapeutky je paní Lucie objemnější žena, která je v tenzi, rozrušená, s třesem v rukou. Hned na začátku terapie aktivně spolupracovala, byla vstřícná, upovídaná, hovořila sama a nedala terapeutovi možnost reagovat.

Nápadně se zaměřovala na svoji osobu a své obtíže, o kterých obsáhle a chaoticky hovořila s nápadnou hypochondrickou autopercepcí. Neobvyklé bylo, že si na vše stěžovala, ráda se vychloubala a současně zveličovala a dramatizovala. Její nepřirozenost byla nestálá, střídala úsměv a slzy.

V anamnéze uvedla u otce psoriázu, alergii a prodělanou CMP. Pracoval nejprve jako dělník, poté na řídicí pozici. Nyní je již ve starobním důchodu.

Matka pracovala jako učitelka na základní škole, je již ve starobním důchodu. Léčí se s diabetem mellitem a cévním onemocněním. Pacientka má dva starší bratry, kteří jsou zdraví.

2. terapie

Druhá schůzka byla naplánovaná po vánočních svátcích. Paní Lucie se zevrubně rozpovídala o tom, jak prožívala Vánoce, jaké problémy řešila. Opět se jí „rozjela“ bolest hlavy, cítila se bez energie, unavená. Bála se, že se nezvedne z postele. V průběhu vánočních svátků byla 3× na pohotovosti, kde jí byla podána infúze s léky. Dle klientky

jí to vůbec nezabralo, ale pomohly jí léky na spaní. Klientka uvedla, že jediné pozitivní na tom je, že manžel konečně uvěřil tomu, že je vážně nemocná.

3. terapie

Při třetím setkání rozebírala sen, ve kterém padá z věžáku, který popisuje jako mrakodrapy, které jsou v Americe. Uvádí, že se vůbec nebála. Popisuje, že tento vysoký dům stál osamocen na obrovském plácku, nelíbí se jí, ale též ji něčím přitahuje.

Když mělo probíhat čtvrté setkání, přišla klientka brzy ráno, byla rozčilená a nevyšpalá. Terapeutce se omluvila ze schůzky a předala jí dopis, který byl dlouhý na 7 stran, hustě popsaný. Rukopis klientky byl uhlazený. Obsah dopisu byl chaotický, klientka skákala od tématu k tématu, chyběl souvislý text. Nebyl to dopis, ale spíše shrnutí života klientky.

1. díl dopisu

Tento úsek je obsáhlejší, klientka zde uvádí, že po třetím sezení byla rozrušená z toho, když analyzovala s terapeutkou svůj sen. Přiznává, že terapeutce o sobě ještě neřekla vše podstatné, a proto se rozhodla napsat tento dopis. Uvádí, že se navenek prezentuje jinak, než jaká je uvnitř, bojí se otevřít svému okolí, a proto si kolem sebe vytvořila ochrannou bariéru. Nenávidí sama sebe kvůli tomu, jak vypadá, všichni si o ní myslí, jaká je rázná vzhledem ke své postavě, ale realita je jiná. Dopis pokračuje líčením všeho, co se jí za život přihodilo, jaké křivdy musela snášet od svého okolí. Nejčastěji se takto k paní Lucii chovala matka, která preferovala své syny, ale ji přehlížela. Dále popisuje chování své matky *„chovala se ke mně jako k cizí osobě, častokrát mne napadlo, že nejsem její dcera“*.

O otci se v dopise nezmiňuje. Chování rodičů mezi sebou označuje jako děsivé, docházelo ke každodenním hádkám, fyzickému napadání a agresí. Nikdy jí neumožnili zúčastnit se školních akcí jako např. pionýrský tábor, škola v přírodě, zájmové kroužky. Po ukončení základní školy se rozhodla odejít na střední školu co nejdále od bydliště, aby mohla být na internátě, kde se cítila dobře. Zpočátku se vyhýbala navázání vztahů se spolužáky, chodila sama na procházky, četla si knihy, malovala. Při těchto činnostech se cítila spokojeně. Asi po půl roce se začala zapojovat do kolektivu a našla si přítele.

Tento vztah netrval dlouho. S odstupem několika měsíců si našla nového přítele. V novém vztahu byla spokojena, bohužel spokojena nebyla matka přítele, jež dělala vše proto, aby se rozešli. Matka přítele šířila o Lucii pomluvy, což vyústilo v kolaps paní Lucie a odvoz do nemocnice. Vztah s přítelem to naopak posílilo. Po maturitě chtěla vystudovat vysokou školu, ale nebyla přijata, proto nastoupila do zaměstnání. S přítelem začali bydlet ve společné domácnosti. Ten nejprve pracoval jako řidič autobusu. Po roce

a půl společného bydlení paní Lucie otěhotněla. S manželem si koupili malý domek, který vlastními silami rekonstruovali. Manžel musel nastoupit vojenskou službu a paní Lucie na vše zůstala sama, na dům i na výchovu dítěte. Při vši té zátěži paní Lucie značně zhubla. Když se manžel vrátil z vojenské služby, byl jako vyměněný, doma nepomáhal, nestaral se ani o syna. Odmítal jakýkoliv společenský život. Po dvou letech znovu otěhotněla, manžel však chtěl, aby podstoupila potrat, to však paní Lucie odmítla. Narodil se jim druhý syn. Ani tehdy se vztah manžela nezměnil. Nikam nemohla chodit, k dětem se ve školce a následně ve škole chovali odtaziťe, jelikož její otec byl v komunistické straně, což se veřejně vědělo.

Manžel si pak později založil soukromou stavební firmu. Nejprve si chtěl vše řídit sám a nechtěl pomoc manželky. S odstupem let firma začala prodělavat a hrozil jí krach. Paní Lucie se rozhodla odejít ze své práce a pomoc manželovi s firmou. V této době se manžel o firmu zajímal čím dál méně. Paní Lucie vzala vše do svých rukou, aby firmu udržela.

Klientka v dopise píše, že ví, že jí má manžel rád, ale neumí to dát najevo. Když začaly u klientky zdravotní obtíže, vozil ji na různá vyšetření, někdy jí koupil dárek. Tímto končí první část dopisu: „*Nic nejsem, nic nemám, nic neznamenam.*“

Druhá část dopisu již není tak dlouhá. Zde klientka popisuje, že se jí vybavily vzpomínky na něco, na co lze myslet pouze s odporem. Myslí si, že v dětství byla svým otcem i bratrem znásilňována. Konkrétně více neví. Popisuje, že jí otec dával vypít nějaké pití červené barvy, prý to byla šťáva. Paní Lucie píše, že jí už došlo, proč se jí otec stranil a proč na ni matka stále útočila. Bála se kontaktu s ostatními, nechtěla chodit ven, chtěla být neviditelná. V této chvíli se jí tyto vzpomínky stále vrací. Uvádí „*že má teď asi vysokou teplotu z toho, co píše*“. Neví, jestli to má někomu sdělit.

4. terapie

Při čtvrtém setkání, které bylo den po doručení zmíněného dopisu, se dostavila klientka s pláčem. Sdělila terapeutovi, že své vzpomínky řekla manželovi, který se k tomu postavil, jako by se nic nestalo. Bratr vše popřel a zhroutil se. Rodičům nic neřekla. Poté klientka hovořila o této vzpomínce nenuceně. Během rozhovoru se litovala a sama sebe vinila z toho, co se stalo. Terapeutka jí navrhla, zda by dokázala to, co cítí, přenést na papír. Výstupem byl obrázek, kde byl namalovaný šedý flek na bílém papíře, paní Lucie to okomentovala, že je to skvrna na její duši.

5. terapie

Klientka přichází na terapii, a překvapeně sděluje terapeutovi, že poslední 3 dny neměla bolesti hlavy ani žaludku. O sexuálním obtěžování má již pochybnosti a souhlasí

s terapeutem, že by se mohlo jednat o oidipovské domněnky. Sděluje terapeutovi, že již nepracuje v manželově firmě, ale začala pracovat na místní poště jako úřednice. Paní Lucie přiznává, že se bojí, jak bude reagovat na lidi a oni na ni.

V tak malém městě se šíří „drby“ velice rychle, o jejích zdravotních problémech se všeobecně ví. Doufá, že díky pevné pracovní době bude mít čas na rodinu a manžel ji bude podporovat. V terapii chce nadále pokračovat, jelikož vidí efekt.

6. Terapie

Klientka se chová uvolněně, přiznává, že se cítí vyrovnaně. Uvádí, že zdravotní potíže ustoupily, nyní se cítí zdravotně v pořádku. Dodává, že se tak dobře dlouho necítila. V práci je spokojená, manžel sice její práci snižuje, ale paní Lucii to nevadí, protože je sama spokojená a nenechá se sebou již manipulovat. Jezdí na různá školení, kde si zvyšuje kvalifikaci. Uvádí, že od té doby, co začala chodit do práce, zhubla 5 kg, což jí též zvyšuje sebevědomí. Terapeutka navrhuje zpětně se zaměřit na problematiku sexuálního zneužití. Klientka uvádí, že to bylo odporné, ale musí se již posunout dál. Beze slov se zvedá a odchází.

Na další schůzku se již klientka nedostavila a ospravedlnila to pracovním vytížením. Dále se již nedostavila.

V kazuistice je vidět, jak došlo u paní Lucie k uvolnění tenze, a to především díky napsanému dopisu, týkajícímu se pocitů druhořadosti a zvládnutí duševního otřesu z incestu. Došlo k uvolnění jak v psychoterapeutickém vztahu, tak u potlačovaných pocitů. Důsledkem bylo vymizení zdravotních potíží klientky včetně přetrvávajících bolestí hlavy, což pro ni bylo velkou úlevou. Terapeutka měla lehké pochybnosti o tom, jak dlouho tento stav klientky vydrží, protože se nejednalo pouze o tělesné problémy, ale i problémy s vnitřními a vnějšími vztahy. U těchto problémů byly typické symptomy a potíže se sebepojetím. Klientka chtěla na ostatní působit jako úspěšná, ale podceňovaná osobnost, která se ve chvíli, kdy jí hrozí neúspěch, změní na útočnou osobu, kdy o sobě mluví jako o nemocné. Dle paní Lucie jsou její neúspěchy důsledkem zášti a neporozumění její osobě, taktéž vážné nemoci, kterou okolí odmítá. Smyslem je ochránit klientku před obavami v souvislosti s pocitem podřadnosti. O příčině této poruchy vypovídá chování matky ke klientce. Izolace dítěte přibližně do 1 roku života mohlo vést k urychlení rozvoje narcistické poruchy self.

Pacientčino já bylo ucházející k analýze duševního otřesu z oidipovského období. Svědčí o tom důkladné zkoumání příznaků, rovněž projevy jako vyhýbání se hodnocení otce a konfliktní identifikace s matkou. Významné mohou být utlačované city související s pocitem provinění se incestem. Pravdivost incestu nebyla potvrzena, ovšem jeho

důležitost již nebyla pro paní Lucii významná a uznala, že mohlo dojít k oidipovské fantazii, která byla pro ni nepřijatelná a potlačila ji. U klientky se toto vše mohlo podílet na rozvoji neurotických psychosomatických potíží, zejména její přetrvávající migrenózní bolesti hlavy. Ty se poprvé objevily v době dospívání. Toto se zrcadlí v členění napsaného dopisu. První část zahrnuje problémy s úrovní pocitů vlastní hodnoty a úsilím o kompenzaci. Další část se věnuje odkrytí incestu. Díky těmto informacím terapeutka předpokládala, že se léčebný efekt uvolnění tenze vztahoval pouze na neurózu a strukturální poškození. Klientka neměla zájem se nadále účastnit terapie a bez vysvětlení ji ukončila.

Terapeutka předpokládala, že rozčarování povede k návratu a to se také stalo. Přibližně s odstupem jednoho roku od konce terapie, se klientka opět dostavila do zdravotnického zařízení se stejnými potížemi. Toto přetrvávalo další čtyři roky, kdy klientka během tohoto období navštěvovala různá pracoviště zabývající se somatickými poruchami. Klientka byla kompletně dovyšetřena, avšak žádný nový nález nesvědčil o tělesných příčinách, ale obtíže byly vyhodnoceny jako funkční poruchy. Vzhledem k tomu, že klientka uváděla příznaky typu strach, deprese, problémy s pamětí, byla následně hospitalizována na psychiatrické klinice. Dle psychiatra u klientky měly převahu psychosomatické příznaky, klientka si stýskala, že její práce je čím dál náročnější, jakou oběť to pro ni znamená. Tuto profesi později již nezvládala, a proto rozvíjející se stavy úzkosti začala tlumit simulací somatických projevů. To ovšem bylo neúspěšné, jelikož somatické poruchy byly ve většině případů prokázány, proto se později inscenace změnila na psychopatologické. Dřívější symptomy jako bolest hlavy a břicha se i po vyléčení staly součástí dalších histriónských inscenací.

10.5.3 Případová studie č. 3

Tato kazuistika se týká muže jménem Tomáš. Identifikační údaje byly změněny z důvodu GDPR.

Tomášovi je 29 let, studuje gymnázium. Narodil se s diagnózou Duchennova progresivní muskulární dystrofie. Zhruba 7 let je závislý na invalidním vozíku. V posledních několika měsících je z důvodu progresu onemocnění upoután na lůžko. Mladík je svobodný a bydlí s matkou ve společné domácnosti. V minulosti s matkou bydleli ve staré zástavbě v 2. patře, tam měl ovšem jako imobilní obtížný přístup.

Pan Tomáš je vysoké štíhlé postavy, jeho svaly jsou atrofované a končetiny hubené. Svaly krku a mimické svaly ovládá částečně, v oblasti hrdla má zavedenou tracheostomickou kanylu. Ústní kontakt je omezen vzhledem k zavedené kanyle. Hovoří krátce, protože delší hovor je pro něj velmi náročný a vzhledem k dýchacím obtížím nekomfortní. Usiluje alespoň o obličejový kontakt, horní i dolní končetiny jsou zcela nepohyblivé. Když spí, je připojen na plicní ventilátor. Vzhledem k imobilitě je jeho lůžko vybaveno antidekubitní matrací. Ve dne se pohybuje na invalidním vozíku.

Tomáš by rád komunikoval se svým okolím, ovšem kvůli tracheostomické kanyle je to velice obtížné. Rád by projevil své touhy a přání, bohužel je závislý na své matce, která tlumočí jeho výpovědi. Maminka si již zvykla na tento typ komunikace a většinou rovnou tlumočí, nebo urovná kanylu, aby mohl mladík komunikovat. Bohužel jsou jeho odpovědi velmi málo slyšitelné a matka musí stejně tlumočit. Tomáš hovoří pomalu, což může ovlivnit námaha kvůli pozici těla a tracheostomii. Může to být též ovlivněno různými farmaky. Tomáš si je plně vědom závažnosti svého zdravotního stavu a zná prognózu svého onemocnění. Jeho přání se týkají budoucnosti jeho a rodiny.

Mladík žije pouze s matkou, protože otec jeho onemocnění nezvládl a po narození odešel od rodiny a založil si novou. V pravidelném kontaktu se synem není, omezuje se na telefonické spojení, pouze platí pravidelně výživné. Nyní žije pan Tomáš s maminkou v bezbariérovém bytě, který je přizpůsoben jeho onemocnění. Na stropě je připevněn stropní závěsný systém, který mu pomáhá samostatně se pohybovat. Maminka je doma a stará se o něj. Po stránce ekonomické platí otec výživné, mají sociální dávky a příspěvek na péči 4. stupně. Klient občas hovoří o otci, ale bez jakýchkoliv negativních projevů zloby. Od okamžiku, kdy se zdravotní stav Tomáše zhoršil, pracuje na své nezávislosti.

V oblasti mobility je velkým pomocníkem závěsný systém a mimo domov elektrický vozík. Bohužel vzhledem k progresi onemocnění nemůže Tomáš navštěvovat školu a je se spolužáky v kontaktu pouze přes internet. Klient měl informace, že zdravotní stav může časem narušit jeho nezávislost a zčásti s tím počítal. Ovšem ve chvíli, kdy k tomu došlo, to bylo pro něj velmi náročné, což se projevovalo občasnými stavy úzkosti. Postupem času měl představu o tom, čeho by rád dosáhl a co je pro něj nezbytné. Náročný byl způsob progresu onemocnění, jelikož na ni nebyl ještě připraven, proto ji doprovázely duševní projevy, které nečekal. Byla mu zajištěna psychologická péče a k dispozici byl i sociální pracovník zdravotnického zařízení, kde byl klient hospitalizován.

Práci sociálního pracovníka bylo vyřídit panu Tomášovi žádost o invalidní důchod. To klient vnímal jako pozitivum, jelikož chtěl poskytnout matce i sobě důstojné podmínky pro život. Pro klienta to byl přelomový okamžik. Terapeutka nadále pracovala s klientem

a věnovala se jeho pocitům úzkosti, které byly stále častější, ale především ho budily v noci. Měl obavy, že během noci může dojít k technické závadě na dýchacím přístroji a on zemře. Již si zvykl na svou závislost na přístrojích, ale ve spánku ho vždy probudily děsivé sny, byl celý zpocený a hyperventiloval, i když byl přístroj plně funkční. V tuto chvíli vyžadoval přítomnost maminky nebo zdravotnického personálu. Zdravotnický personál mu v takové situaci ale pomoci nemohl, protože se musel věnovat i ostatním pacientům. Pan Tomáš tomu rozuměl, avšak pocity úzkosti se stále prohlubovaly. Terapeutka současně vedla terapii i s jeho maminkou, která byla seznámena se zhoršujícím se zdravotním stavem syna, snažila se ale být optimistická a ke všemu přistupovat s nadhledem. Zároveň byla pro ni velmi těžká myšlenka na to, že se blíží fatální konec jejího syna. Tyto stavy se stupňovaly a projevovaly ve formě psychosomatických obtíží.

Z krátkodobého hlediska bylo prioritou pomoci klientovi, aby dokázal pracovat se strachem a úzkostí, identifikovat příznaky rozvíjející se panické ataky a umět tento stav postupně vyřazovat. Z dlouhodobého hlediska hledala terapeutka na základě psychoterapeutických metod způsob, jak odhalit důvody Tomášovy panické ataky a duševní obtíže související se zhoršujícím se zdravotním stavem a ztrátou samostatnosti. Stále se mu vracely myšlenky na to, že se blíží konec jeho života.

Terapeutka začala u Tomáše s psychoterapeutickou intervencí, díky které se naučil chápat panickou ataku. Psychicky náročná byla zejména druhá část terapie, kdy se terapeut snažil o klientovo pochopení skutečných možností a smíření se s blížícím se skonem. Terapeutka realizovala terapii též s maminkou klienta, rozhovor byl veden za stejným účelem jako u syna. Šlo o snahu nalézt sílu podpořit své jediné dítě a zároveň se vyrovnat s jeho blížícím se koncem.

Spolupráce s blízkými a přáteli klienta byla velmi obtížná, jelikož samotná hospitalizace Tomáše izolovala od jeho okolí. Problémem bylo to, že byl hospitalizován na oddělení ARO, které má svá specifika. Dalším problémem byla též vzdálenost nemocnice pro spolužáky a kamarády. Navíc obtížná byla také komunikace kvůli tracheostomii. Tomáš chtěl být se spolužáky sám, ale to bohužel nebylo možné, protože komunikace skrz tracheostomii byla nesrozumitelná a matka musela tlumočit. Zároveň ho dlouhá komunikace vyčerpávala, byl velmi rychle unaven. Kamarádi vyprávěli Tomášovi své zážitky, což pro něj bylo chvílemi depresivní, protože by sám hrozně rád zažil něco jiného než stěny nemocničního pokoje. I když byl rád za přítomnost kamarádů, bylo pro něj hrozně těžké poslouchat, co zažívají každým dnem.

Na návštěvu do nemocnice za ním přišel i otec. Sám to vnímal svými slovy takto

„táta si myslí, že brzo umřu, tak se snaží ulevit svému svědomí“. Návštěva otce byla pro Tomáše velmi náročná, jelikož mezi rodiči byly vždy napjaté vztahy. Nemoc Tomáše a skutečnost, že v životě otce nezaujímal žádné významné místo, ovlivnily atmosféru při návštěvě. Maminka se snažila trávit čas se synem aktivně, což lékaři neradi viděli, tím docházelo i k napjaté atmosféře mezi matkou a personálem. Neradi viděli, když matka syna brala na procházky.

Velkým problémem bylo, když se matka rozhodla vzít syna do města. Lékaři nesohlasili, ale matka si stála za svým, chtěla, aby syn změnil alespoň na chvíli prostředí a myslel na něco jiného. Tomáš v tu chvíli celý zářil, ale byl čím dál více vyčerpaný. Pro matku to byly okamžiky štěstí, které mohla strávit se synem sama.

Sociální pracovník zajistil klientovi invalidní důchod a finanční podporu pro rodinu díky nadačnímu fondu neziskové organizace. Pro Tomáše to moc znamenalo, měl radost hlavně kvůli matce, jelikož ekonomická situace byla velmi vážná. Díky psychoterapeutickému sezení se panické ataky neobjevovaly každou noc, jejich výskyt byl na ústupu. Pan Tomáš procházel obdobím smíření se zhoršujícím se zdravotním stavem. Stále se objevovala deprese, v tu chvíli nechtěl nikoho vědět, všechny od sebe odháněl včetně matky. Odmítal i odbornou péči. I taková odezva se může objevit ve chvíli smířování se s blížícím se koncem života, a to obzvlášť u takto mladého člověka.

Další psychologická intervence musela být pozastavena, jelikož v nočních hodinách došlo u klienta k cévní mozkové příhodě. Dle slov matky pochybil personál, jelikož včas nerozeznal příznaky, a syn skončil v kómatu.

Dle sdělení lékařů je prognóza zdravotního stavu nejistá a závažná. Lékaři nepředpokládají, že by došlo k pozitivní změně zdravotního stavu, naopak si myslí, že došlo k apalickému syndromu. Matka se nevzdává a tráví u lůžka syna každou volnou chvíli, hovoří s ním, pouští mu oblíbené filmy a hudbu. Sama trpí stavy úzkosti, pláče, avšak zatím nedošlo k psychosomatickým projevům.

10.5.4 Případová studie č. 4

Tato kazuistika zahrnuje případ paní Lenky, která byla hospitalizována na psychiatrickém oddělení. Identifikační údaje byly změněny z důvodu GDPR.

Paní Lence je 53 let, je již čtvrtým rokem rozvedená. Po rozchodu s manželem nadále dobře vycházejí a komunikují bez jakékoliv nevraživosti. Společně mají dvě děti, dcery. Když se narodila druhá dcera, začala se u paní Lenky projevovat deprese. Měla

pocit, jako by byla někde zamčená, nemohla se smát ani plakat, v noci se často budila a měla problém s usínáním. Chovala se podrážděně, nevěnovala pozornost domácnosti. Bála se, když zůstávala doma sama. Když dcery vyrostly a odstěhovaly se, došlo k mírnému zlepšení zdravotního stavu. Když jí bylo 38 let, navštívila svého praktického lékaře a svěřila se mu se svými potížemi. Lékař u paní Lenky zjistil příznaky hysteroformního chování a odeslal ji na vyšetření k psychiatrovi. Během hospitalizace na psychiatrii začal lékař s terapií zaměřenou na tělo a bioenergetiku, jež trvala tři měsíce. Bioenergetika je směr, který je blízký biosyntéze. Bioenergetika se více orientuje na emocionální vybití až očistného charakteru. Biosyntéza naopak zdůrazňuje zejména dobrý kontakt a bezpečí, čímž předchází fragmentaci a retraumatizaci.

V anamnéze pacientky byla diagnóza těžké konverzní postižení doprovázené regresivním chováním, neschopnost udržet se ve vzpřímeném postoji a neschopnost chůze. Během neurologického vyšetření nebylo v neschopnosti udržet se ve vzpřímeném postoji a neschopnosti chůze zjištěno nic určitého. Před 4 lety byla u paní Lenky diagnostikována progredující Pickova choroba, při níž může dojít k mentálnímu oslabení a až ke skonu. U klientky je nezbytná kontinuální 24hodinová péče a na základě toho byla přeložena na oddělení následné péče.

U pacientky byla indikována terapeutická sezení se zaměřením na bodyterapii. Terapeutka přiznává, že si nedokáže představit psychoterapeutická sezení u klientky, která sama nedojde ani 300 metrů. Nejprve to proto konzultovala s ošetřujícím lékařem, ten si ovšem trval na svém. Práce s tělem neboli bodyterapie je důležitým zdrojem léčivých prožitků.

Zahrnuje speciální, intenzivní a současně spolehlivý způsob poznání sebe sama, seberozvoje a uzdravení klienta ve fyzické i mentální oblasti.

Na první schůzce došlo k navázání vztahu mezi terapeutkou a klientkou. Terapeutka klientku sledovala a sbírala údaje o zdravotním stavu paní Lenky a o tom, jaká je osobnost. Paní Lenka uvedla, že během bodyterapie měla vidinu toho, jak ji její děda znásilňoval. Poté byla častěji závislá na okolí, nemohla se starat sama o sebe ani o domácnost, stáhla se do pozadí. Postupně se stávala imobilní, nemohla chodit a cítila se nemohoucí. Zdravotní stav se nadále zhoršoval, u klientky došlo k porušení funkce svěračů a byla upoutána na lůžko, což trvá poslední dva roky. Terapeutka uvedla, že klientka mu dětinsky oznámila, že je v regresi. Během terapie práce s tělem se dostala na povrch traumata z jejího dětství. Sama připouští, že se chová jako malé dítě. Terapeutka si klade otázku, zda se paní Lenka dokáže smířit s prožitým traumatem. Poslední dva roky

byla závislá na péči okolí kvůli své imobilitě. Navštěvovala ji pečovatelka, která ale z důvodu nevhodného chování odmítala o klientku nadále pečovat.

Paní Lenka byla popudlivá, plakala, tím pádem byla péče o ni komplikovanější. Postupem času si na chování paní Lenky stěžovali sousedi, jelikož byla hlučná a chovala se nevhodně. Tlačili na majitele nemovitosti, aby paní Lence zrušil nájemní smlouvu. Bývalý manžel sám uznal, že psychický stav paní Lenky se den ode dne zhoršuje. Po domluvě s manželem byla umístěna do domova pro seniory (DPS). Paní Lenka byla imobilní a nebyla schopna chodit na terapii pěšky. Lékař jí tedy naordinoval prozatím tablety a jednou týdně chodil kontrolovat stav klientky. Klientka si stěžovala praktickému lékaři, že se v domově cítí nevykonná, okolí na ni reaguje lhostejně, je nešťastná. Tato nespokojenost se vystupňovala pokusem o sebevraždu. Paní Lenka spolykala léky (Diazepam 10 mg), které jí předepsal lékař. Po hodině se cítila malátná, dostala strach, zavolala svému praktickému lékaři a sdělila mu, co udělala. Ten jí okamžitě zavolal ZZS. Sanitka ji převezla na urgentní příjem zdravotnického zařízení. Zde klientce provedli výplach žaludku a byla přijata k observaci na interní jednotku intenzivní péče. Po týdně byla přeložena na psychiatrickou kliniku. Paní Lenka sdělila terapeutce, že nechápe, co jí to napadlo, a že tato situace pro ni byla velice obtížná.

První schůzka

Paní Lenka ležela na pokoji, ve dveřích se objevila terapeutka, měly domluvené setkání. Terapeutka se informovala u sester, zda má klientka plánované nějaké léčebné úkony. Zpočátku si povídaly o tom, že ji nikdo neuznává, poté se rozpovídala o soužití s bývalým manželem. O exmanželovi mluvila delší dobu, evidentně jí to dělalo dobře. Po nějaké době se terapeutka dotázala na to, jak se cítí fyzicky. Paní Lenka uvedla, že chce vydržet nějakou chvíli sedět na lůžku, a zmínila se o bolestech, které to doprovázely. Terapeutka navrhuje, že se zaměří na bolest, ale nebudou to přehánět. Klientka s tím souhlasila. Cílem terapeutky není mobilizace, ale přesvědčit klientku, aby se posadila. Terapeutka z chování paní Lenky vycítila, že by velmi ráda seděla a chodila bez pomoci. Současně si uvědomila, že každé úsilí a manipulace ze strany jiné osoby klientku trápí. V takové chvíli si připadá odsunutá do pozadí. Terapeutka klientku poprosila, aby se položila na bok, tedy do pozice, kdy se chce zvedat z postele. Zároveň ji vybídla, aby se zaměřila na bolest a aby se ve chvíli, kdy se bolest projeví, přestala hýbat.

Za nějakou dobu se bolest projevila v oblasti beder. Tu klientka označila jako tupou a neurčitou. Pro paní Lenku to byl signál, že nemá v tomto pohybu pokračovat. Terapeutka ji vyzvala, ať se položí na záda, pokrčí si nohy v kolenou a na základě

souhlasu klientky jí pokládá ruce na vnější stranu nohou. Terapeutka dolní končetiny lehce podpírá, jemně ji drží v místě kolen. Hovoří společně o dolních končetinách, co by rády udělaly za pohyb, co jim naopak vadí. Dotyk rukou terapeutky vnímá klientka jako oporu a cítí z něj teplo.

Paní Lenka vypráví o naději a vysokých nárocích.

Klíčovou hodnotou biosyntetické léčby je úcta k procesu, požadavkům i osobnosti jedince, a to zejména v souvislosti s dosavadními životními zážitky. Léčba by v tomto významu poskytovala alternativní zkušenost. Dotek je v biosyntéze lehce rozrůzněný. Skýtá oporu, jistotu, hranice. Je přiměřený u kolapsů a slabostí.

Terapeutka dává klientce pokyn, aby se plně soustředila na své končetiny, vnímala své tělo a sledovala, zda cítí nějaký signál k pohybu končetinami. Klientka začala opatrně pohybovat končetinami. Terapeutka ji pobídla, aby se o ně opřela. Sledovala pohyb nohou, který za krátký okamžik ustal. Náhle cítila, že pohyb končetinami je problematický, klientka bledne v obličeji. Terapeutka se klientky zeptala, co se stalo.

Paní Lenka odpověděla, že v určitou dobu cítila, jako by na ni někdo dohlížel, necítila se v tuto chvíli nezávisle, tento prožitek vnímá negativně. Terapeutka ji nabádá, aby se zaměřila na své tělo, zda jí dává nějaký signál. Terapeutka přebírá „kontrolu“ nad tělem klientky a žádá ji, zda by na toto mohla reagovat jiným způsobem než sevřením. Posléze to opakuje s větším důrazem. Bylo vidět, že jakýkoliv pohyb těla je pro klientku motivující a radostný.

Terapeutka ji vybízela, aby pokračovala. Ta byla reakcí svého těla úplně posedlá, končetiny se pohybovaly bez omezení. Terapeutka se klientky zeptala, co odsouvá nohama. Paní Lenka odpověděla, že odstrkuje vše, co jí působí bolest.

Kombinací pomoci a lehkého tlaku může dojít k nalezení nových podnětů v těle klienta, obvykle v souvislosti s energetizací, vitalizací a mnohdy i samovolnou hravostí.

Změny v dýchání u klienta jsou pro terapeutku znamením, že dochází ke změně na úrovni citové, energetické nebo fyzické. Terapeutka pátrá po duševních souvislostech pro fyzický a emotivní proces. Sjednocuje základní hlediska na existenci a život po stránce mentální, prožitkové a pohybové. Náhle se otevřely dveře do pokoje klientky a vešla ošetřovatelka. Terapeutka ji pobídla, aby odešla. Ta okamžitě reagovala s tím, že klepala, ale nikdo se neozýval, tak vstoupila. Tímto došlo k narušení pokroku paní Lenky. Má obavu, aby toto narušení nemělo vliv na pokrok a aby se nevrátila o několik kroků zpět. Terapeutka sledovala klientku a uvažovala o tom, jakým způsobem pokračovat.

Paní Lenka zůstala ležet na lůžku, nehýbala se a jako by z ní opět vyprchala veškerá síla. Z obličeje se dalo vyčíst zoufalství. Byla terapeutkou požádána, aby vyjádřila, jak se

nyní cítí, na co myslí. Nejprve opatrně, ale poté začala klientka křičet, ať vypadne, že už má všeho dost a má právo na svůj život. Zprvu se brání pohyby dolních končetin a poté přidává i ruce a křičí „vypadni“. Terapeutka jí dává prostor a nezasahuje do vyjádření klientčinych pocitů.

Paní Lenka se vztekala, křičela a chovala se jako malé rozmazlené dítě. V závěru sebrala polštář a deku a hodila je na zem. Terapeutka peřinu a polštář sbírá a dá je zpět na klientku, ta výzvu neakceptuje a hodí zpět na terapeutku. Pohyby jsou plné síly a klientka si to evidentně uvědomila. V této situaci zůstaly nějakou dobu, posléze si klientka bere polštář a mačká ho k tělu a na terapeutku vrhá nesouhlasný pohled. Terapeutka klientce bere polštář, ta se ovšem brání, postaví se a řekne, že co má, si nechá, bude to též ochraňovat.

Terapeutka klientce navrhuje, aby si svoji sílu užívala. Pro klientku je to nový prožitek a snaží se s novou situací vyrovnat. Po tělesné stránce to odpovídá držení polštáře u těla, jako by byl její součástí. Oči se jí lesknou. Terapeutku zajímalo, jak by se klientka zachovala, kdyby jí tu věc chtěl někdo sebrat. Podívala by se opovržlivým pohledem a řekla by mu, ať si trhne nohou. Tato drzá odpověď se změnila v projev uplivnutí. Terapeutka se ptá, zda by si ráda plivla. Klientka odpovídá, že ano, že se jí chce plivat (toto opakovala asi 10× za sebou). V tu chvíli terapeutka odešla z pokoje a za okamžik se vrátila s emitní miskou, to již klientka opět ležela bez síly na lůžku.

Terapeutka jen mimochodem pronesla, že vleže se jí nebude dobře plivat, a jestli chce pokračovat, měla by si sednout rovně. Opravdu se posadila a začala mohutně plivat. V obličejí byla brunátná a pokrřivil se jí do úšklebku.

Terapeutka vše sleduje a pro sebe si říká, co tímto způsobem projevuje. Na nic se jí neptá a podpírá jí záda. Díky ní má klientka pevnou oporu a pobízí ji, aby vše vyplivla. Ona najednou začne křičet, že musí ze sebe dostat ven sperma, a plive s větší intenzitou.

Asi po 5 minutách se uklidnila. Seděla na posteli a vypadala jako malé dítě, po tvářích jí stékaly slzy. Terapeutka ji tiše nabádá, aby se na ni podívala, že tam na to není sama, podává jí ruku, aby cítila tělesný kontakt.

Nabídku vzala jako malé dítě, které je navyklé na to, že mu někdo stále bere milované věci. Chytila terapeutku pevně za ruku a zmáčkla ji. Nevěřila, že v tento okamžik nezůstala sama, z očí jí vyzařoval vděk a pohnutí.

Paní Lenka se podívala na terapeutku a řekla jí, že se cítí nečistá, má neumyté vlasy, je zamazaná holka.

Najednou začala paní Lenka tiše mluvit „*Máš špinavé vlasy, ale ty nejsi špinavá.*“
„*Myslím, že jsem. Nevím, co je správné. Spletla jsem se! Spletla jsem se.*“

Hlas se náhle změnil a klientka vykřikla: „*Ty jsi to popletla. Všechno provádíš blbě, furt dokola.*“

Terapeutka se obezřetně dotáže, kdo to říká. Klientka pověděla, že jí to říkají všichni v okolí včetně matky a usedavě se rozpláče. Dále povídá, že pro matku nebyla nikdy dobrá, nikdy jí s ničím nepomohla a nechala ji, ať si poradí sama. Na to jí terapeutka odpověděla, jestli slyší jenom jeden hlas, tak ať poslouchá své srdce. Sleduje terapeutku a říká jí, že její srdíčko by chtělo sdělit tomu hlasu, že má pravdu. Poté hlasitě a umíněně opakuje, že má ve všem pravdu a ostatní ji nezajímají. Je opřená o terapeutku a její hlas je stále silnější. V té chvíli paní Lenka stojí, opírá se o lůžko a drží terapeutku za ruku.

Celá září a pronese, že má pravdu. Shrnuje, co se událo. Terapeutka žádá klientku, aby charakterizovala své pocity „*mám pravdu*“.

Terapeutka vybízí klientku, aby si všímala svého těla, které již umí stát vzpřímeně, aby vnímala své oči a pocit na prsou. Určitou dobu v této pozici zůstávají. Paní Lenka tak poznává pocit opory a zážitek, že na to není sama. Terapeutka se jí dotáže, jakým způsobem by chtěla tuto schůzku uzavřít a jestli hodlá pokračovat i do budoucna. Sklíčeně odpovídá, že si uvědomuje, že by měla vstát a chodit, ale nohy to odmítají a jsou vysílené. Na to terapeutka reaguje, že chtěla zjistit, zda by chtěla ještě udělat něco jiného, co jí udělá radost.

Paní Lenka se rozjasní a odpoví, že by si chtěla hrát jako v úvodu, hrát si a cítit se příjemně, pohybovat se. Na to terapeutka pronese, že je ale již dospělá.

„*Ano, jsem dospělá, ale též malé děvče, které si rádo hraje.*“

Zápis v ošetřovatelském deníku v následujících dnech

Paní Lenka dnes absolvovala terapii orientovanou na tělo. Vyžadovalo to spousty energie a houževnatosti, ale klientka je spokojená. Sedí sama na okraji lůžka a uvádí, že je vyrovnaná. Dostala se na stupeň dospělého jedince. Častokrát poslouchá hudbu a již si neklade vysoké nároky na to, čeho by chtěla docílit. Je samostatná v oblasti hygienické péče, je schopná dojít do koupelny, umýt se, avšak stále ji to vyčerpává. V dalších dnech probíhala sezení bodyterapie. V závěru týdne klientka přišla zpět sama bez jakékoliv pomoci. Dále navštěvuje i skupinovou terapii.

Pátá schůzka

Tato schůzka byla realizována na pokoji paní Lenky. Paní Lenka si chtěla hrát, hýbala s nohami, poté se posadila, aby vnímala jejich intenzitu. Znovu se objevil dojem malého děvčete, které matka nedostatečně ochraňuje. Paní Lenka byla spokojená, že může sedět vzpřímeně, i když se bála a stálo ji to spousty energie a sil. Terapeutka navrhla, že

by se přesunuly do pracovny, kde bude následovat další část sezení. Paní Lenka tento návrh akceptovala s tím, že ne dnes, a přesunula se tam na vozíku.

Šesté sezení

Paní Lenka se domnívala, že na další sezení nedojde pěšky, ale bude nutné využít vozíku. Terapeutka jí sdělila, že vyzvedne vozík a počká na ni na chodbě u východu z oddělení. Následně společně odcházely k terapeutce, ta klientce nabídla, aby se posadila na vozík, že ji poveze. Paní Lenka odvětila, že by ráda ještě chvíli šla pěšky. Podala terapeutce ruku a pokračovala v chůzi až do pracovny. Dnes byla paní Lenka čistá, upravená a plná energie. Uvedla, že je ráda, že žije, a se zájmem si prohlížela pracovnu, některé předměty si vzala do ruky, aby si je prohlédla zblízka. Vyhovovaly jí různé změny poloh, které při sezení absolvovala. Terapie orientovaná na nohy, kdy dupala, procházela se, vnímání pocitu chůze bosýma nohama po podlaze, vymezení hranice a uplatnění se. Paní Lenka chtěla zakončit sezení způsobem, že si lehne a terapeutka ji bude držet za ruku. Projevil se u ní zármutek a touha, aby ji v objetí držel muž. Oči měla zalité slzami, ale sálala z ní energie. Invalidní vozík použila až v závěrečné části cesty na svůj pokoj. Vzhledem k celkovému úspěchu měla terapeutka někdy pocit, že paní Lenka má o body terapii spoustu informací a reaguje správně. Má ale obavy z toho, aby u paní Lenky nedošlo k návratu k předešlému zdravotnímu stavu.

Stejný pocit sdílí i sama klientka, bojí se, aby dosažený úspěch byl trvalý.

Sedmá schůzka

Atmosféra byla uvolněná, za okny svítilo slunce. Paní Lenka sledovala okno a tiše pronesla, že už se blíží jaro. Na sezení přišla již bez jakékoliv podpory sama. Náplní schůzky bylo získání rovnováhy. Strach klientky, že by opět skončila upoutaná na lůžko, již není tak silný, cítí se silná a nabitá energií. Ráda by měla dost síly na to, aby byla schopna uklidit svůj pokoj. Je přesvědčená, že se její zdravotní stav bude zlepšovat den ode dne a dychtí po samostatnosti a svobodném pohybu.

Paní Lenka byla v dobré náladě, pečlivě sledovala své okolí a byla zvědavá. Chtěla by žít sama. Nejprve by se chtěla ustálit a docílit dalších úspěchů. Budoucnost paní Lenky začínala mít konkrétní podobu.

Rehabilitační péče

Paní Lenka byla přesunuta na doléčení na oddělení rehabilitace. U klientky byla vratká chůze, rozvoj mobility a fyzioterapie. Dle překladové zprávy byla samostatná v oblasti osobní hygieny. Snažila se na sebe naložit co nejvíce požadavků. Bylo pro ni motivující každé splnění toho, co si stanovila. Jakékoliv pochybení ze strany personálu

by opět mohlo u klientky způsobit imobilitu a upoutání na lůžko. Bylo klíčové informovat ošetřovatelský tým. Klientka dále pokračovala malými krůčky k samostatnosti. Na okolí působila jako činorodá a akční žena. Při jakékoliv příležitosti se účastnila všech aktivit a byla čím dál houževnatější. Dle terapeutky chvíle, kdy paní Lenka sama vstala a udělala sama první kroky, byla pro ni velkým zadostiučiněním. Přesvědčila se o tom, že terapeutická metoda biosyntézy konkuruje klinickým postupům. V souvislosti s touto zkušeností má terapeutka důvěru v léčebnou moc člověka. Dle jejích slov se díky této zkušenosti zvýšila její důvěra v biosyntézu.

Diskuse

Cílem této práce bylo zjistit, na základě čeho se klienti rozhodují nastoupit na psychoterapii, jak dlouhý je tento proces, čím si musí osoby projít a které překážky a motivy jsou zastoupeny.

Zjistili jsme, že významným motivem respondentů k zahájení psychoterapie byla vnitřní potřeba seberealizace a růstu, bez ohledu na dané postižení. Celkově z pohledu motivace dominovaly motivy kognitivní a profesní.

Položila jsem si otázku, na základě čeho se klienti rozhodli nastoupit na psychoterapii. Klientka z 1. kazuistiky byla přibližně před 5 měsíci hospitalizovaná na psychiatrii z důvodu depresí a úzkostí. Uváděla, že již nemá smysl další žítí, měla sebevražedné sklony, potíže se spánkem, neměla z ničeho radost. V přítomnosti více lidí se třásla, nemohla dýchat a musela odejít. Chtěla už svoji situaci vyřešit, aby mohla žít spokojený život, proto se rozhodla absolvovat psychoterapii.

Klientka z 2. kazuistiky byla odeslána na psychoterapii praktickým lékařem na základě symptomů, jimiž byly bolest hlavy, slabost a vnitřní napětí, třes rukou a poruchy spánku. Samotná klientka přiznává, že tento krok se sama bála učinit, měla obavu, aby se tato informace nerozšířila do jejího okolí, které by dle jejích slov „*na ni pohlíželo jako na blázna*“.

Klient ze 3. kazuistiky měl o svém nevléčitelném onemocnění zevrubné informace, věděl, že se jeho stav bude vyvíjet a postupně zhoršovat a že musí počítat s tím, že bude narušena jeho soběstačnost. Když ale k předpokládané progresi jeho onemocnění došlo, uvědomil si, že na tuto situaci ještě není připraven. Objevily se u něj duševní stavy, které neznal, dostavil se pocit úzkosti až panického strachu z blížícího se konce života. Když byl hospitalizován, přijal nabídku na absolvování psychoterapie, a to jednak kvůli sobě, jednak chtěl usnadnit situaci své matce, která o něj pečovala.

Klientka č. 4 zažila první projevy depresí spolu se změnami nálad a poruchami spánku už po narození druhé dcery. Ztrácela zájem o domácnost, bála se zůstat sama doma. Se svými potížemi se svěřila svému praktickému lékaři, když jí bylo 38 let. Po zjištění příznaků hysteroformního chování byla odeslána na psychiatrii a začala absolvovat terapii.

Další otázka, která mě zajímala, se týkala délky procesu psychoterapie. U klientky č. 1 trvala psychoterapie 5 měsíců, u klientky č. 2 to byly 2 roky s přestávkami, u klienta

č. 3 trvala psychoterapie 1 rok, klientka č. 4 absolvovala sedm schůzek s psychoterapeutkou.

Než se klienti rozhodli pro psychoterapii, měli za sebou velice obtížné období psychických problémů.

Klientka z 1. případové studie absolvovala operaci páteře. V tomto období paní Martina procházela manželskou krizí. Přibližně před 15 lety se léčila se zánětem trojklaného nervu a asi v 45 letech jí byl diagnostikován lupus erythematosus. Na kůži v okolí krku měla tmavě červenou vyrážku, které se zhoršovala. Před půl rokem byla hospitalizována na psychiatrii, jelikož trpěla depresemi a stavy úzkosti.

Klientka ze 2. kazuistiky trpěla již ve svých 14 letech migrenózní bolestí hlavy, která ustoupila až po porodu prvního dítěte. Po druhém porodu se jí bolesti vrátily, nepodařilo se zjistit jejich příčinu. Objevily se u ní nevolnosti, bolesti žaludku a průběžně jí byla nastavena farmakologická léčba, ale bez žádoucího účinku. Opakovaně byla hospitalizovaná s psychosomatickými projevy, které se i vzhledem k léčbě vracely.

Klient ze 3. kazuistiky trpí od narození progresivní muskulární dystrofií. K výraznému zhoršení jeho zdravotního stavu došlo v jeho 28 letech. Vzhledem k atrofii svalů je imobilní, během dne je odkázán na pohyb na vozíku. Sporadický ústní projev mu umožňuje tracheostomická kanyla a v noci je napojen na plicní ventilátor. V aktuální době prožívá výraznou progresi onemocnění a s tím jsou spojeny jeho psychické potíže.

Klientka ze 4. kazuistiky trpí depresemi již od druhého porodu. Už tehdy trpěla výkyvy nálad, bývala podrážděná, často zase naopak apatická ke svému okolí. Po zjištění hysteriformního chování, psychiatrickém vyšetření a hospitalizaci na psychiatrii byla u ní zahájena terapie orientovaná na tělo a bioenergetiku. Pacientka byla upoutaná na lůžko, nebyla schopná se posadit, vstát a pohybovat se. Absolvovala bodyterapii a posléze terapeutickou metodu biosyntézy, která byla nakonec úspěšná.

Překážky bránící nástupu na psychoterapii byly u prvních dvou klientek obdobné, jednalo se především o deprese, úzkosti, obavu z toho, co řekne okolí, důvodem pro klientku z 1. kazuistiky bylo dojíždění na terapii. Klienta z 3. kazuistiky zpočátku omezovala jeho nemoc, ale v okamžiku její progresi a s nástupem vážnějších duševních potíží s psychoterapií souhlasil, a to kvůli sobě, ale hlavně kvůli matce, aby jí ulehčil své „odcházení“.

U klientky č. 4 byl zásadní překážkou k absolvování psychoterapie její stav, kdy nebyla schopna se pohybovat. Indikovaná terapie – bodyterapie byla proto prováděna za její přítomnosti na lůžku.

Závěr

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, na základě čeho se klienti rozhodují nastoupit na psychoterapii, jak dlouhý je tento proces, čím si musí osoby projít a které překážky musí překonat. Ve výzkumné části jsou prezentovány 4 kazuistiky respondentů s odlišnými diagnózami.

V teoretické části je věnována kapitola psychoterapii, bariérám v psychoterapii, jejímu negativnímu vlivu a dominantním směrům. Byla popsána psychoterapie, jaké prostředky se při ní využívají, jaké jsou formy a cíle. Další důležitá kapitola se věnuje vnitřním a vnějším bariérám. Další kapitola se zabývá negativním vlivem psychoterapie, což je velmi důležité. Pokud má být klient motivován k zahájení terapie, je důležité předcházet možným negativním účinkům. Poslední kapitola si všímá dominantních směrů v psychoterapii, kde jsou zahrnuty druhy psychoterapie, a to psychoanalytická, kognitivně behaviorální, rogerovská, existenciální a systemická psychoterapie. V podkapitole jsou uvedeny expresivní postupy psychoterapie.

V praktické části jsem analyzovala 4 případové studie klientů se zcela odlišnými potížemi.

Zhodnocení případové studie č. 1.

Záměrem experimentu je pochopení, většinou zdůrazní figuru, která ve spojitosti s terapií není evidentní, až posléze se odhalí. V dané situaci je nezbytné saturovat potřeby klientky, ne potřeby ostatních osob. Výstupem z experimentu bylo pro paní Martinu pochopení celé situace. Paní Martina se nadále chovala uvolněně, měla možnost vlastní volby, zda pro ni budou prioritní vlastní potřeby, ne potřeby ostatních. Klientka usoudila, že nebude dělat žádné změny, tím se vzepřela prosbě terapeutky a neposílila tak běžný způsob přejímání potřeb ostatních. Byl to překvapivý a efektivní výsledek experimentu. V následujících terapiích se věnovala terapeutka vztahům k autoritám. Uvedená kazuistika prezentuje, jakým způsobem obě strany protikladů dialog versus experiment společně tvoří gestalt terapeutický způsob intervence. Gestalt terapeutický přístup pojímá dialogickou a experimentální tezi, z nichž vždy jeden je v popředí. V další chvíli se tyto pozice mohou změnit. Vždy se vyskytují oba póly, vyskytuje se kreativní pnutí mezi bytím a děláním, či „východní“ orientace na přesvědčení, existence zde a nyní a „západní“, kdy je kladen důraz na akci a konání.

Spojení těchto dvou zásad charakterizuje typické rysy gestalt terapie.

Zhodnocení případové studie 2

Tato případová studie prezentuje určité poznatky o abreakci. Některé informace týkající se hysterického chování klientky jsou zmíněny v případové studii, např. zjištění, že při narcistické poruše self může být ego klientky ve vzájemném vztahu s neurotickým zpracováním nesrovnalostí ve vyšším evolučním stadiu. To je následkem toho, že u klientů se mohou objevit symptomatická a strukturální postižení znenadání, což má následně vliv na hysterické inscenace. Tyto hysterické inscenace se mohou záměrně přeměnit z pseudoprogresivních na pseudoregresivní a z psychosomatických na psychopatologické. Účelem je zmírnění stavů úzkosti ze společenského nepřijetí a pocitu méněcennosti. Při terapii je pak podstatné odlišit typy neuróz, jelikož se může symptomatická abreakce stát překážkou a může vést k neefektivní terapii u vážných strukturálních poruch. Klientce trvalo 5 měsíců, než nastoupila na psychoterapii, jelikož se za své problémy styděla, a to ji odrazovalo. Motivací pro ni byla rodina. Kazuistika tak potvrzuje význam diagnostiky a psychoterapie u hysterických pacientů.

Zhodnocení případové studie 3

Tato případová studie zahrnuje velmi těžké situace, kdy obecně rozhodování pracovníků nebývá jednoduché. Jedná se o mladého chlapce s diagnózou Duchennovy progresivní muskulární dystrofie, což je onemocnění s infaustní prognózou. Tomáš je inteligentní chlapec, který si svůj zdravotní stav plně uvědomuje. Vzhledem k tomu, že byl závislý na pomoci okolí a též na přístrojové technice, trpěl stavy úzkosti a nejistoty z možného technického selhání. Následně se u něj projevila ambivalence, kdy na jedné straně chtěl komunikovat se svým okolím, ale na druhé straně mu v tom jeho fyzický stav a onemocnění bránilo. Potřeboval kontinuální pomoc matky, která byla jeho „tlumočnicí“. Díky psychologické pomoci se postupně smířoval s tím, že se blíží jeho konec, a stavy úzkosti pomalu ustupovaly. Tato kazuistika poukazuje na postoje lékařů ke snahám a pohnutkám matky. Lékaři se snažili co nejvíce eliminovat rizika, která by chlapce ohrozila na životě, nesouhlasili s aktivitami matky, která svého syna brala na procházky mimo areál nemocnice. Práce s matkou syna, který postupně odchází, a ona se s tím musí vyrovnat, byla velmi obtížná, v některých chvílích obtížnější než práce s nemocným synem. Domnívám se, že snaha matky dát v dané situaci synovi možnost prožít okamžiky štěstí, je zcela odůvodněná a oprávněná.

Přínosem práce pro psychoterapeutickou praxi je motivace klientů, kteří mají obavy z psychoterapie, je to první krok k tomu, aby se klienti nebáli zahájit terapii. Přínosem pro psychoterapeuty by mohly být konkrétní popsané situace, jež by se mohly stát podnětem k tomu, jak pečovat o stávající či potenciální klienty, vyvarovat se možných

pochybení, která by mohla mít vliv na výskyt negativních účinků. Prvním krokem pro terapeuta je získání informovaného souhlasu od klienta a informace o možných negativních vlivech v průběhu terapie. Pro klienta je důležité vědět, na koho se obrátit v případě nespokojenosti s terapií. Neméně důležité je sledovat během terapie možné negativní účinky na klienta. Má-li klient ukončit terapii s efektivním výsledkem, je důležité zaměřit se na kontinuální zlepšování kvality psychoterapeutické péče, což obsahuje i zájem o negativní účinky terapie v důsledku pochybení terapeuta. Výstupem pro širokou veřejnost je odstranění stigma využívání odborné psychologické péče

Zhodnocení případové studie 4

Paní Lenka v současné době žije v domově pro seniory, kde společně s ostatními klienty navštěvuje keramickou dílnu. Klientka se stará sama o sebe, je spokojená. Narodily se jí vnučky (dvojčata), z toho má obrovskou radost a snaží se jako babička fungovat co nejlépe. Pravidelně každý měsíc dochází na terapeutické schůzky.

Pickův syndrom nakonec nebyl potvrzen, jelikož při opakování magnetické rezonance nebyla prokázána progresivní mozkové atrofie.

Ačkoliv je biosyntéza mladým oborem, nabízí nám ucelený pohled na jedince jako biopsychickou osobnost, která je důležitou součástí systému, s kterým se navzájem ovlivňují. Jejím cílem je zformovat spojení mezi somatickým, psychologickým a duchovním principem.

Ústavní teorie a symbolika jednotlivých částí těla jsou efektivním prostředkem, který může bodyterapeut aplikovat v podobě diagnostického nástroje i léčebné metody. Hlavním postupem je přimět klienta k efektivní práci s vlastní silou technikami, jako je cvičení, které klientovi pomůže lépe vnímat své tělo a díky Kelemanově teorii anatomie jako identity v důsledku povznese vnímání své osoby. Tato cvičení jsou stylizována tak, aby se podílela na zlepšení dýchání jedince, stojí a chůzi, eventuálně kontaktu s podložkou, a povolila muskuloskeletální strukturu. Neoddělitelnou součástí léčby je též terapeutický rozhovor, jelikož verbální projev je součástí života.

V dnešní době již není mnoho pochyb o smysluplnosti psychoterapie. Důkazem jsou výsledky výzkumů efektivity procesu psychoterapie, které danou oblast posouvají dopředu.

Díky výzkumům se eliminuje riziko zaujatosti v procesu poznávání, především pak nekompetentního a unáhleného zobecnění, promítání svých prožitků. Při sledování nepředvídatelnosti se objevuje spojitost, která by jinak nebyla nezaznamenána. Výzkum v oblasti psychoterapie se podílí na zvyšování kvality léčby a tím na zvyšování kvality života klientů, což je záměrem terapeutického působení. Tato práce měla za cíl ukázat,

jak probíhá terapie u rozdílných klientů, například u hendikepovaných, v konečném stádiu života, terapie, která se týká celé rodiny (*pozn. absolvované rodinné a manželské poradenství*), specifických poruch osobnosti (HPO, hraniční porucha osobnosti) atd. Práce s jakýmkoliv klientem může být velmi náročná. Obecně však existují skutečnosti, které daný klient ani terapeut nemůže změnit důsledkem terapie (specifická fyzická postižení, získaná nebo vrozená). Je vhodné, aby pracovník rozuměl procesu myšlení a prožívání nejrůznějších osob. Dalo by se konstatovat, že právě netypickým výběrem takto nevratně hendikepovaných je rigorózní práce určitým přínosem pro společnost. Dalším zajímavým výzkumem by mohlo být šetření a komparace hendikepovaných osob, které svůj hendikep získali v dětství či mládí (vlivem úrazu/nemoci) a mezi klienty, kteří se postižení již narodili. Tuto skutečnost (rozdíl mezi tím, jak člověk získá hendikep) jsem zaregistrovala během svého výzkumu, nebylo však možné se této specifické věci věnovat z důvodu rozsahu práce.

I když se člověk nachází ve špatné situaci, je vždy velmi přínosné přijmutí reality. Někdy i za pomoci psychologa/psychoterapeuta nebo duchovního. Papež Jan Pavel II., kdysi řekl: *„Svoboda nabývá své plné hodnoty teprve přijetím pravdy. Ve světě bez pravdy ztrácí svoboda svůj základ a člověk je vystaven síle vášní a otevřených nebo skrytých podmínek.“*

I přes všechny hendikepy této práce doufám, že aspoň částečně obohatí klienty a i odborníky, kteří jim pomáhají.

Seznam literatury

1. BALCAR, Karel, 2010. Děti s psychosomatickými poruchami. In: LANGMEIER, Josef, Karel BALCAR a Jan ŠPITZ. *Dětská psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-710-7.
2. BENÍČKOVÁ, Marie, 2011. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. Praha: Grada. ISBN 9788024735207.
3. FALEIDE, Asbjørn O., Lilleba B. LIAN a Eyolf Klæboe FALEIDE, 2010. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2472864-3.
4. GENDLIN, Eugene T., 2003. *Focusing*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8793-0.
5. JANOUŠEK, Jaromír a Ivan SLAMĚNÍK, 2019. Sociální motivace. In: VÝROST, Jozef, Ivan SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ, eds. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5775-9.
6. KLÍMOVÁ, Jarmila a Michaela FIALOVÁ, 2015. *Proč (a jak) psychosomatika funguje?* Praha: Progressive Consulting. ISBN 978-80-260-8208-8.
7. KRATOCHVÍL, Stanislav, 2017. *Základy psychoterapie*. 7. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1227-0.
8. KROUPOVÁ, Kateřina, 2016. *Slovník speciálně pedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada. ISBN 9788024752648.
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 97880-7367-568-4.
10. KULKA, Jiří, 2008. *Psychologie umění*. Praha: Grada. ISBN 9788024723297.
11. KURTZ, Ron, 1997. *Body-Centered Psychotherapy: The Hakomi Method: The Integrated Use of Mindfulness, Nonviolence and the Body*. Liferhythm: Mendocino. ISBN 9780940795181.
12. LOWEN, Alexander, 2015. *Bioenergetika: terapie duše pomocí práce s tělem*.

3. vyd. Přeložil Oldřich TEGZE. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0864-8.
13. MALCHIODI, Cathy A., 2012. *Art Therapy and Health Care*. New York: The Guilford Press. ISBN 978-1462507160.
14. MIKLÁNEK, Jan, 2014. *Psychosomatická medicína pro každého, aneb, Jak se chtít skutečně vyléčit*. Zlín: Tigris. ISBN 978-80-7490-051-8.
15. MÜLLER, Oldřich, 2005. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1075-3
16. MÜLLER, Oldřich. 2014. *Terapie ve speciální pedagogice. 2., přeprac. vyd.* Praha: Grada. ISBN 9788024741727.
17. PLEVOVÁ, Irena, 2013. *Základy psychoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3505-3.
18. PONĚŠICKÝ, Jan, 2010. *Psychosomatické lékařství*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií. ISBN 978-80-904541-8-7.
19. PONĚŠICKÝ, Jan, 2014. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: souvislosti mezi zvládnutím životních problémů, tělesným zdravím a nemocí. 2., dopl. vyd.* Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-804-7.
20. POTMĚŠILOVÁ, Petra a Petra SOBKOVÁ, 2012. *Arteterapie a artefiletika nejen pro sociální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024431208.
21. SVOBODA, Mojmir, Pavel HUMPOLÍČEK a Václav ŠNOREK, 2013. *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0363-6.
22. ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava, 2016. *Základy arteterapie*. Přeložila Jana Křížová a Tereza Hubáčková. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1043-6.
23. VALENTA, Milan, 2013. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-187-6.
24. VALENTA, Milan, 2021. *Dramaterapie. 5., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1715-2.

25. VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL, 2010. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-682-7.
26. VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.
27. VYMĚTAL, Jan, 2004. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0723-3.
28. VYMĚTAL, Jan, 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2667-0.
29. VÝROST, Jozef, Ivan SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ, 2019. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5775-9.
30. ZICHA, Zbyněk, 1981. *Úvod do speciální výtvarné výchovy*. Praha: Univerzita Karlova.

Periodika

1. HOLUB, David, 2006. Oidipický komplex a budoucnost psychoanalýzy. *Revue psychoanalytická psychoterapie*. 8(2), 14–22. ISSN 1212-7280.
2. KNOBLOCH, František a Iva ENACHESCU-HRONCOVÁ, 2013. Integrovaná psychoterapie. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*. 20(4), 64–66. ISSN 1335 -423X.
3. PRIGATANO, George, 1996. Neuropsychological rehabilitation after brain injury: Scientific and professional issues. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 3(1), 1–10. ISSN 1068-9583.
4. STRAUSS, Bernhard, 2016. Současný stav a vize psychoterapeutických výcviků: Terapeutické kompetence a vzdělávání psychoterapeutů. *Psychoterapie praxeinspirace-konfrontace*. 10(2), 151–164. ISSN 1802-3983.
5. VYBÍRAL, Zbyněk, 2019. Psychoterapeuti chybují II: O čem mluvíme, když mluvíme o nezamýšlených a negativních účincích psychoterapie? *Psychoterapie*. 13(2), 122–137. ISSN 2695-0200.

6. VYBÍRAL, Zbyněk, 2019. Psychoterapeuti chybují II: O čem mluvíme, když mluvíme o nezamýšlených a negativních účincích psychoterapie? *Psychoterapie*. 13(2), 122–137. ISSN 2695-0200.

Elektronické zdroje

1. ANDERS, Martin et al., 2020. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030* [online]. Praha: Reforma péče o duševní zdraví [cit. 2022-10-26]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/Národní-akční-plán-pro-duševní-zdraví-2020-2030.pdf>
2. Biosyntetická psychoterapie. *Český institut biosyntézy* [online]. Praha, 2022 [cit. 2022-10-30]. Dostupné z:
3. BOYESEN, Ebba et al., 2001. *Submission to E. A. P. for Scientific validation of Biodynamic Psychology and Psychotherapy* [online]. Lübeck: Europäische Schule für Biodynamische Psychologie [cit. 2022-11-22]. Dostupné z: <https://www.yumpu.com/en/document/read/3874867/lubeck-den-31-eabp>
4. BRASSEUR, Sophie et al., 2013. Development and Validation of a Self-Reported Measure that Fits Dimensions of Emotional Competence Theory. *PLOS ONE* [online]. 8(5) [cit. 2022-08-16]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.006263>
5. ČEVELÍČEK, Michal, Adéla TARINOVÁ a Tomáš ŘIHÁČEK, 2021. Vnímané překážky vstupu do psychoterapie. *Československá psychologie* [online]. 65(1), 1–13 [cit. 2022-08-16]. DOI: 10.51561/cspsych.65.1.1. Dostupné z: <https://ceskoslovenskapsychologie.cz/index.php/csps/article/view/30/12>
6. DIALLO, Karolina, 2022. Systemická terapie. *Psycholog-praha.cz* [online]. © 2022 [cit. 2022-10-10]. Dostupné z: <https://psycholog-praha.cz/systemicka-terapie>
7. DIMIDJIAN, Sona a Steven D. HOLLON, 2010. How Would We know If Psychotherapy Were Harmful? *American Psychologist* [online]. 65(1), 21–33 [cit. 2022-08-22]. DOI: 10.1037/a0017299. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/a0017299>

8. DUNLEY, Paige a PAPADOPOULOS, Andrew, 2019. Why Is It So Hard to Get Help? Barriers to Help-Seeking in Postsecondary Students Struggling with Mental Health Issues: a Scoping Review. *International Journal of Mental Health and Addiction* [online]. 17(3), 699–715 [cit. 2022-08-22]. ISSN 1557–1882. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/331290952_Why_Is_It_So_Hard_to_Get_Help_Barriers_to_Help-Seeking_in_Postsecondary_Students_Struggling_with_Mental_Health_Issues_a_Scoping_Review

9. EISENBERG, Daniel, Justin HUNT a Nicole SPEER, 2012. Help Seeking for Mental Health on College Campuses: Review of Evidence and Next Steps for Research and Practice. *Harvard Review of Psychiatry* [online]. 20(4), 222–232 [cit. 2022-08-16]. DOI: 10.3109/10673229.2012.712839. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22894731/>

10. ELLIOTT, Katherine et al., 2015. The Process of Seeking Psychotherapy and Its Impact on Therapy Expectations and Experiences. *Clinical Psychology & Psychotherapy* [online]. 22(5), 399–408 [cit. 2022-08-16]. ISSN 1099-0879. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/cpp.1900>

11. FREITAG, Simone et al., 2017. The Stigma of Mental Illness as a Barrier to Self Labeling as Having a Mental Illness. *Journal of Nervous & Mental Disease* [online]. 205(12), 903–909 [cit. 2022-08-22]. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000756. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29099405/>

12. FREUDL, Peter, 2010. *Biodynamische Psychologie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Ein Vergleich aus historischer Sicht* [online]. Sandberg: Archiv für Körperpsychotherapie [cit. 2022-11-22]. Dostupné z: https://www.vycviky.cz/dokumenty/Biodynamik_Bibliographie_2010.pdf

13. HEDEPY, 2022. Jak to funguje? *Hedepy.cz* [online]. © 2022 [cit. 2022-11-22]. Dostupné z: <https://hedepy.cz/jak-to-funguje/>

14. KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ, 2005. *Zelená kniha: Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii* [online]. Brusel: Komise evropských společenství [cit. 2022-10-26]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_cs.pdf

15. PROTOPOPOVÁ, Dita a Ivan DUŠKOV, 2019. *Aktuální stav reformy péče o duševní zdraví – kde jsme a kam jdeme?* [online]. Praha: Reforma péče o duševní zdraví [cit. 2022-10-26]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvozp/aktuality/Aktualni-stav-reformy-pece-o-dusevni-zdravi-_kde-jsme-a-kamjdeme.pdf
16. VÍTOVÁ, Nela, 2021. Dvacet milionů na lepší psychiku. Českou aplikaci VOS.health podpořil Reflex Capital miliardáře Fryce. In: *Forbes.cz* [online]. 30. 6. 2021 [cit. 2022-10-26]. Dostupné z: <https://forbes.cz/dalsich-dvacet-milionu-dodusevniho-zdravi-ceskou-aplikaci-vos-health-podporil-reflex-capital-miliardarefryce/>
17. VOS.HEALTH, 2022. Aplikace VOS. *Vos.health* [online]. © 2022 [cit. 2022-10-26]. Dostupné z: <https://vos.health/>

Další zdroje

1. Achenbach, 1987
2. Angová, Hughes, 2002
3. Bysted, 2014
4. Dadds, McHught, 1992
5. Dishion et al., 1999
6. Dishion, Andrews, 1995
7. Dunley, Papadopoulos, Gulliver, 2010
8. Hatfield, 2010
9. Cheng, 2018
10. Jonsson, 2016
11. Kazdin, 2000
12. Kazdina, Mazuricková, 1994
13. Kec, 2020
14. Koechl, Fegert, 2010
15. Kurtz, 2005
16. Latalova, 2014
17. Li et al., 2016
18. Linden, 2012
19. Linden, Schermuly–Haupt, 2014
20. Masner, 2013

21. McCord, 1978
22. Medau, 2013
23. Mercer, 2017
24. MercEROVÁ, 2017
25. Pepin, 2010
26. Rickwood, 2014
27. Rozentál, 2015
28. Saunders, 2007
29. Saunders, Bowersox, 2007
30. Shirk, 2011
31. Schomerus, 2019
32. Sparks, Johnson, Daniels, 2003
33. Strnadlová, 2006
34. Tanové, Koechela, 2008
35. Vogel, Wester, 2006
36. Warren et al., 2010
37. Warren, 2010
38. Weiss et al., 2005

Seznam zkratk

DPS	Domov pro seniory
GDPR	Ochrana osobních údajů
KBT	Kognitivně behaviorální psychoterapie
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Seznam příloh

Příloha č. 1: Aplikace VOS.health

Příloha č. 2: Projekt Hedepy

Přílohy

Příloha č. 1: Aplikace VOS.health

1 Million
stažení aplikace

Stabilita nálady
75%

VOS TI ZAJISTÍ
Méně stresu
Lepší spánek
Vyšší produktivitu

Podloženo vědeckou praxí

Česká aplikace

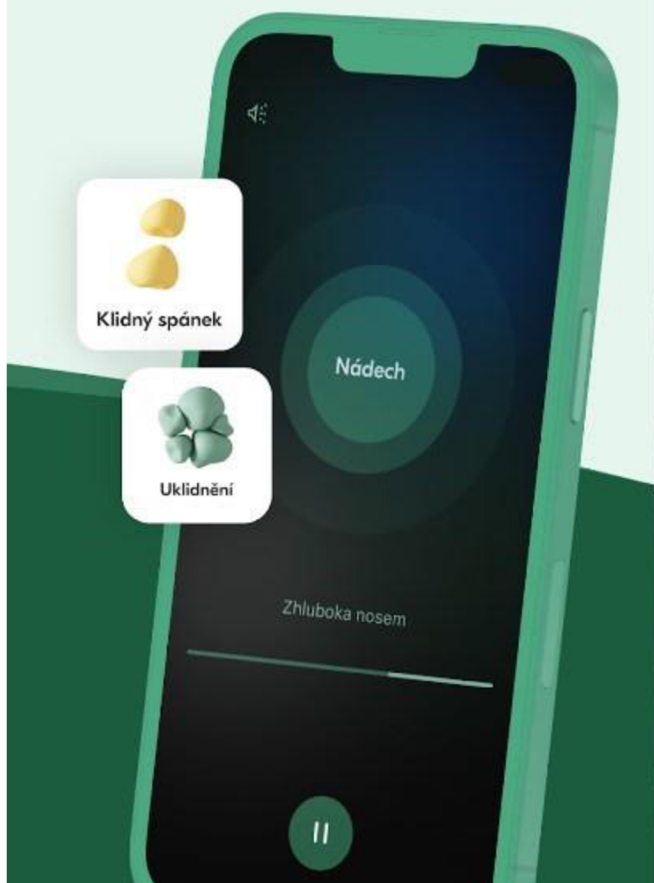
Zdroj: (VOS.health, 2022)

Sledování nálady, deník s otázkami.



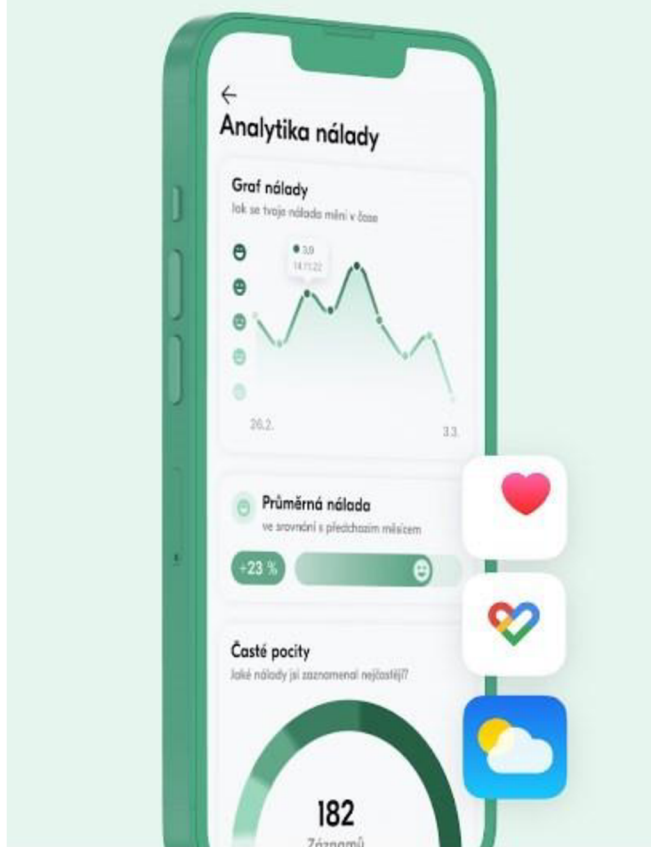
Zdroj: (VOS.health, 2022)

Dechové cvičení pro každou příležitost.



Zdroj: (VOS.health, 2022)

Uvidíš svoji
proměnu v čase.



Zdroj: (VOS.health, 2022)



[O NÁS](#) [WELLBEING OBCHOD](#) [NFT](#) [BLOG](#) [CS](#)

[CHCI VOS](#)

Co bys chtěl/a
ve svém životě zlepšit?



Lépe spát



Zlepšit kondici



Zrychlit produktivitu



Snížit úzkost a stres



Mít zdravější vztahy



Zdravěji jíst

SPUSTIT PLÁN

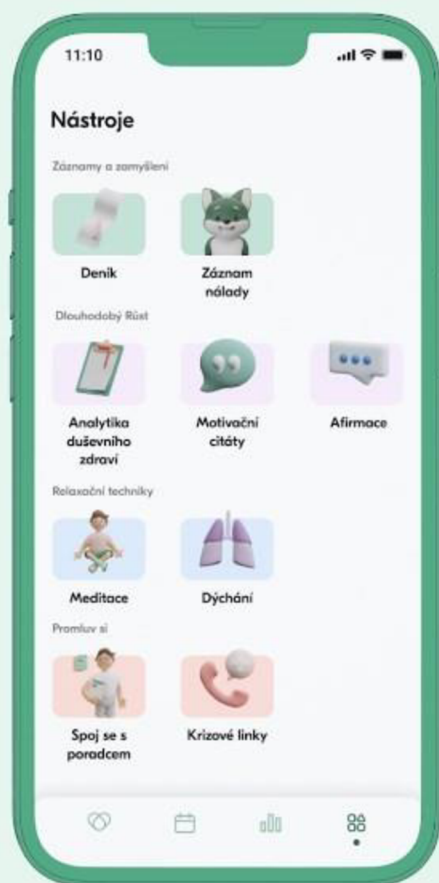
Zdroj: (VOS.health, 2022)

**Můžeš s námi
mluvit o čemkoli.**



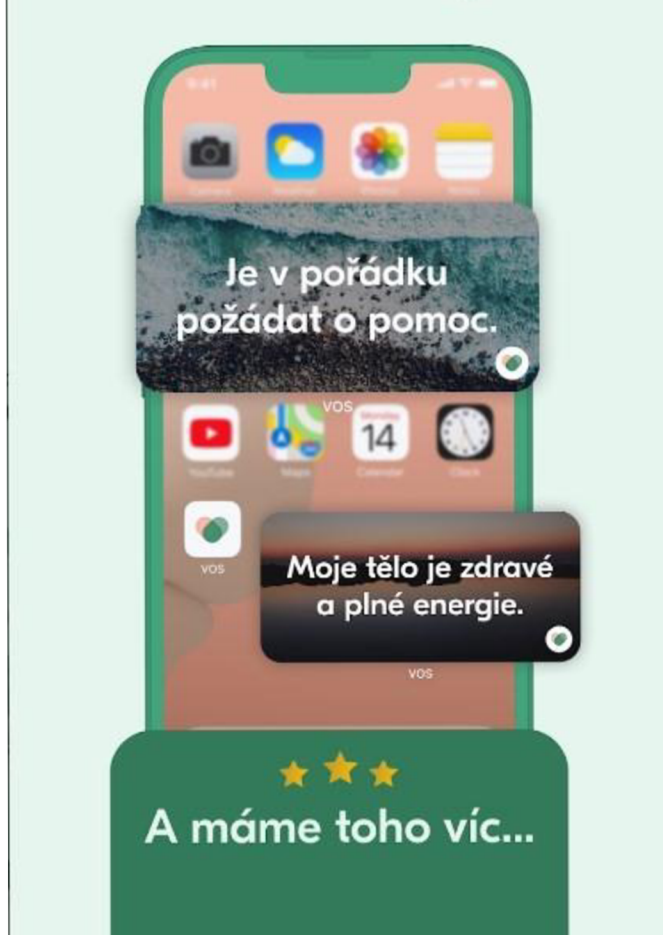
Zdroj: (VOS.health, 2022)

Najdi si nástroj pro každou situaci.



Zdroj: (VOS.health, 2022)

Podpoř svoji snahu
motivačním widgetem.

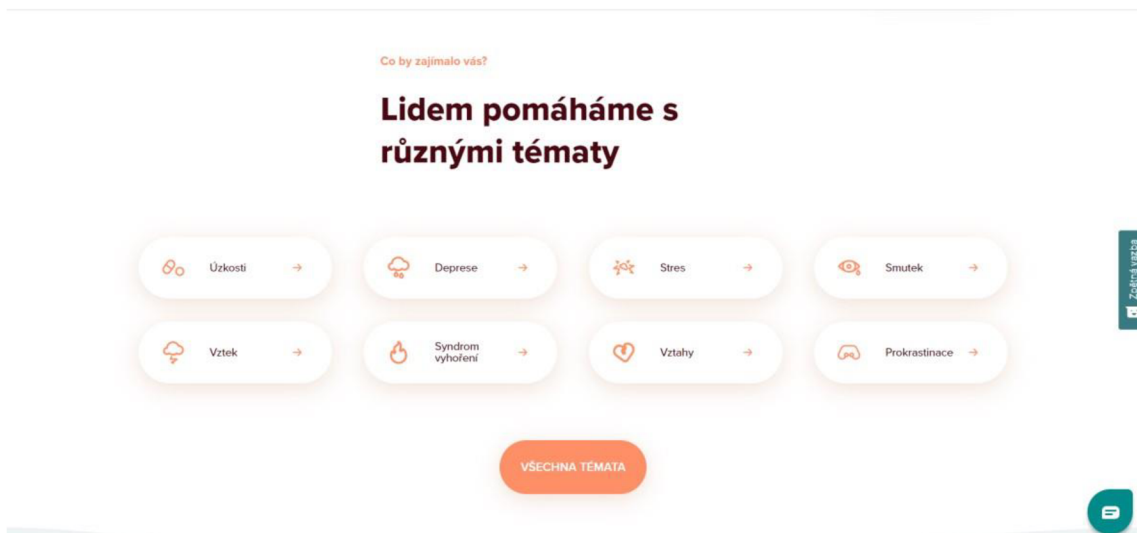


Zdroj: (VOS.health, 2022)

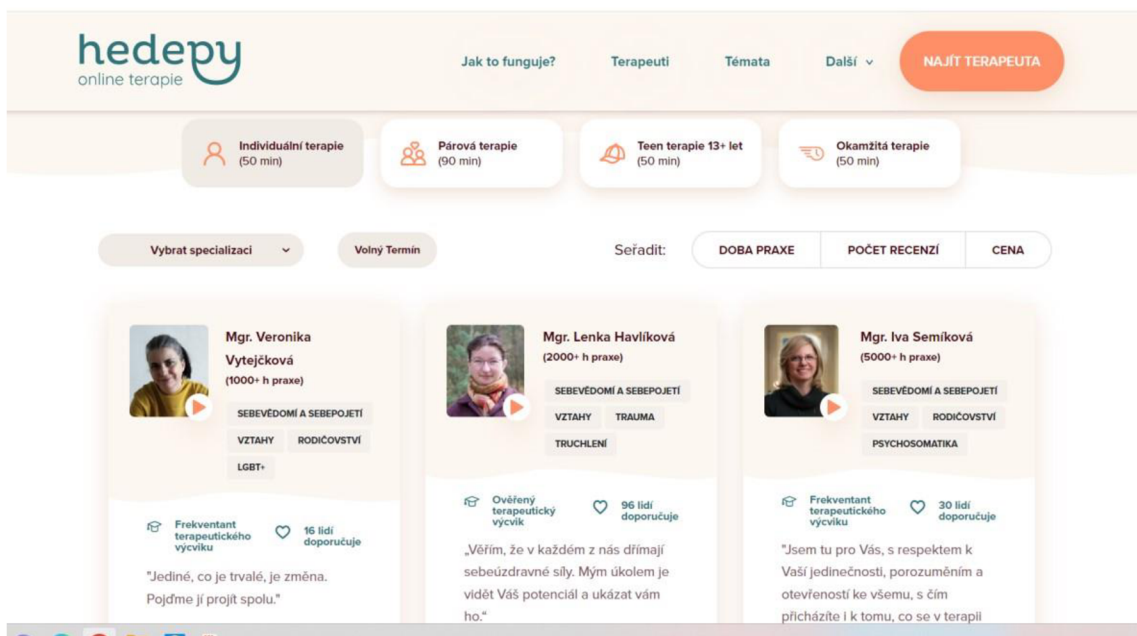
Příloha č. 2: Projekt Hedepy

A screenshot of the Hedepy website homepage. The header features the "hedepy online terapie" logo on the left. On the right, there are navigation links for "Osobní", "Firemní", "Přihlášení", and a prominent orange button labeled "NAJÍT TERAPEUTA". Below the header, there are links for "Jak to funguje?", "Terapeuti", "Témata", and "Další". The main content area has a heading "Vyzkoušejte psychoterapii přes videohovor" followed by the text "Spojte se online se 100+ certifikovanými terapeuty z celé ČR". A promotional box below this text says "Váš kód na slevu 200 Kč na první sezení je VANOCE". To the right, there is a video call interface showing a man and a woman on a laptop. On the far right edge, there is a vertical "Zpětná vazba" button and a chat icon at the bottom.

Zdroj: (Hedepy, 2022)



Zdroj: (Hedepý, 2022)



Zdroj: (Hedepý, 2022)