

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**OMEZENÁ ZEVNÍ STIMULACE:
KATAMNESTICKÝ VÝZKUM**

**RESTRICTED ENVIRONMENTAL
STIMULATION: CATAMNESTIC RESEARCH**



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Lenka Nixová
Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Olomouc
2018

Zpracování diplomové práce bylo umožněno díky účelové podpoře na specifický vysokoškolský výzkum udělené roku 2017 Univerzitě Palackého v Olomouci Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR. "Grant IGA_FF_2017_019" (Technika omezené zevní stimulace – katamnestická studie).

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Omezená zevní stimulace: katamnestický výzkum“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Martinu Kupkovi, Ph.D. za vstřícný přístup, trpělivost a podnětné připomínky při vedení mé magisterské diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Miroslavu Charvátovi, Ph.D. za rady k metodologické části výzkumu. V neposlední řadě mé poděkování patří Bc. Radku Hybšmanovi za korekturu mé práce. Děkuji také své rodině a přátelům za podporu.

OBSAH

Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Historie terapie tmou	8
1.2 Tma jako symbol.....	8
1.3 Výzkum sensorické deprivace	9
2 REST.....	12
2.1 Flotation (Floating) REST.....	12
2.2 Immersion REST.....	12
2.3 Chamber REST	12
2.3.1 Beskydské terapeutické centrum v Čeladné	14
2.3.2 Přínosy terapie tmou	15
2.3.3 Negativní účinky terapie tmou.....	18
2.3.4 Meditace v prostředí omezené zevní stimulace	18
3 Terapeutické působení terapie tmou	20
3.1 Role opatrovníka (průvodce, terapeuta).....	20
3.2 Dosavadní výzkumy terapeutických a růstových možností v terapii tmou.....	23
4 Současná psychoterapie	28
4.1 Vymezení psychoterapie	29
4.2 Společné účinné faktory v psychoterapii	30
4.3 Proces změny v psychoterapii	34
4.4 Okrajové přístupy a alternativy	36
4.5 Výzkum v psychoterapii	38
4.5.1 Výzkum procesu psychoterapie	39
4.5.2 Výzkum efektu psychoterapie	39
VÝZKUMNÁ ČÁST	41
5 Metodologický rámec výzkumu	41
5.1 Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky	41
5.2 Typ výzkumu	41
5.3 Metody získávání dat	42
5.4 Metody zpracování a analýzy dat.....	42
5.5 Etické problémy a způsob jejich řešení.....	42
5.6 Výzkumný soubor	43
6 Výsledky	44
6.1 Červenáček	44

6.2	Monika	48
6.3	Marie	55
6.4	Rychlonožka.....	60
6.5	Vera.....	66
6.6	Vonící káva	69
6.7	Ploutvička.....	73
6.8	Khan	81
7	Diskuze	85
7.1	Zdroje chyb	85
7.2	Diskuze nad dosaženými výsledky	86
7.2.1	Společné faktory u respondentů.....	86
7.2.2	Efekt terapie tmou.....	88
7.3	Zamyšlení nad využitelností výsledků a dalším výzkumem.....	90
8	Závěry	91
	Seznam použité literatury	94

Úvod

Ve své magisterské diplomové práci se budu zabývat katamnestickým výzkumem omezené zevní stimulace. Zpracování diplomové práce bylo umožněno díky účelové podpoře na specifický vysokoškolský výzkum udělené roku 2017 Univerzitě Palackého v Olomouci Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR. "Grant IGA_FF_2017_019" (Technika omezené zevní stimulace – katamnestická studie).

Pro svoji práci jsem se rozhodla zapojit do výše uvedeného projektu a stát se tak součástí týmu zkoumajícího techniku omezené zevní stimulace neboli terapie tmou, což je termín používaný v České republice. Nabídky zapojit se do projektu jsem využila zejména kvůli tématu samotnému. O terapii tmou se v dnešní době dozvídáme z nejrůznějších pramenů včetně médií. Co se ovšem za touto zkušeností skrývá? Jací jsou lidé, kteří tuto techniku podstoupili? Byla pro ně terapie tmou přínosná? Odnegli si z ní něco do svého každodenního života?

Díky zapojení do projektu jsem mohla o těchto a dalších otázkách s respondenty hovořit. Ti na pobyt ve tmě vzpomínali s odstupem několika let a zpětně jej reflektovali. Rozhovory byly zaměřeny jak na samotný pobyt, tak zejména na přínos terapie tmou do dalšího života respondentů.

Technika omezené zevní stimulace (terapie tmou) nepatří mezi klasické psychoterapie, spíše mezi okrajové, alternativní přístupy. Řada výzkumníků (v České republice např. Kupka, Kavková či Malůš) se technikou omezené zevní stimulace zabývá.

Cílem mé práce je zmapovat, zda měla technika omezené zevní stimulace na respondenty terapeutický vliv. Konkrétně se zaměřím na psychoterapeutický proces (sledování společných faktorů) a efekt v psychoterapii.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Historie terapie tmou

Jak uvádí Urbiš (2012), kořeny terapie tmou sahají již do doby před tisíci lety. Tento nástroj sebepoznání praktikovali už např. egyptští kněží, staří Římané, mniši v Himalájích či Buddha. Také příslušníci nejružnějších domorodých kmenů pobývali ve tmě. Někde musely ženy na počátku menstruace odejít do tmavé chýše. V rámci náboženských obřadů se uchylovali severoameričtí indiáni nazí a bez přísunu jídla a pití do temné díry. Také u guatemalských šamanů bychom našli pobyt ve tmě, a to v rámci přípravy na své povolání. Významným zdrojem dnešní terapie tmou je yangtik. Jedná se o dlouhý pobyt ve tmě a samotě v himalájských jeskyních. Buddhističtí a taoističtí mniši se touto metodou připravovali na smrt. I v současné době jsou někteří mniši schopni být v horských jeskyních ve tmě i několik let a také duchovně a terapeuticky vést zájemce o tuto zkušenost (Urbiš, 2012). Také v křesťanské spiritualitě nalezneme tendence omezit přísun zevních podnětů. Jako příklad můžeme uvést řád kartuziánů. Mniši v tomto řádu žijí sami v poustevnách, scházejí se pouze na mši svatou, vycházky a nedílnou součástí je i tma v podobě noční modlitby žalmů (Chartreux, 2014).

Zakladatelem a propagátorem terapie tmou v Evropě je německý psycholog Holger Kalweit. V roce 1968 se s ní poprvé setkal v Nepálu a po několika pobytech začal uvažovat o tmě jako terapeutickém nástroji. Pro pobyt ve tmě zvolil jednoduchý a výmluvný název Dunkeltherapie (Kalweit, 2006). Urbiš (2012) se v terapii tmou na rozdíl od Kalweita nezaměřuje pouze na spirituální zkušenost, ale zejména na vliv sensorické deprivace na fyziologii těla a hormonální systém.

1.2 Tma jako symbol

Tmu můžeme vnímat jako nepřítomnost světla. Jak ovšem uvádí Urbiš (2012), jedná se o specifický jev, ne pouze nepřítomnost nebo negativní protiklad světla. Odmítá tmu odsoudit jako symbol zla a všeho negativního. V historii byla tma vnímána negativně a spojována nejen se zlem, ale i nebezpečím či nevědomím. V Bibli můžeme vidět symbol tmy pro chaos a zlo. Tma je zde nejčastěji uváděna v souvislosti se svým opakem, tedy světlem. Tuto dvojici najdeme již na začátku celé Bible u stvoření světa.

„Na počátku stvořil Bůh nebe a zemi. Země byla pustá a prázdná a nad propastnou tůň byla tma. Ale nad vodami vznášel se duch Boží. I řekl Bůh: Bud' světlo! A bylo světlo. Viděl, že světlo je dobré, a oddělil světlo od tmy. Světlo nazval Bůh dnem a tmu nazval nocí. Byl večer a bylo jitro, den první“ (Gn 1-5).

Bible ukazuje světlo nejen jako opak tmy, ale jako dobro, naději, Boha: *„Ve tmách vychází přímým světlo; Bůh je milostivý, plný slitování, spravedlivý“ (Ž 112,4).* Dále: *„Kdybych řekl: Snad mě přikryje tma, i noc kolem mne se stane světlem. Žádná tma pro tebe není temná: noc jako den svítí, temnota je jako světlo“ (Ž 139, 11-12).*

Urbiš (2012) vidí strach ze tmy jako důsledek působení náboženství a zdůrazňuje pozitivní účinky tmy. Podle něj můžeme ve tmě rozvíjet naše myšlenky, být kreativní a zabývat se denním sněním. Ve tmě také můžeme regenerovat a také zpomaluje se naše stárnutí.

Rovněž Sumcov (2017) upozorňuje, že k osobnímu růstu potřebujeme jak světlo, tak tmu. Světlo může být připodobněno k životu, v tom případě nevidí tmu jako smrt, ale jako soustředění se na život. Tma podle něj světlu neodporuje, ale naopak na něj ukazuje.

1.3 Výzkum sensorické deprivace

Je obecně známo, že lidskému organismu prospívá přísun přiměřeně pestrých a nových podnětů, které zvyšují jeho aktivaci, připravenost na akci, zlepšují mentální výkon a pomáhají stabilizovat psychickou činnost. Termín sensorická deprivace znamená omezení či redukci proměnlivosti vnějších podnětů na minimum (Zubek, 1969). Sensorická deprivace působí jako základní faktor vyvolávající různé změny v lidském organismu. Na jedince působí tma, ticho a izolace, což vede k posílení nevědomých procesů. Začínají se vynořovat nejrůznější prožitky a dochází k jejich pochopení (Urbiš, 2012).

Senzorická deprivace může mít nejrůznější podoby. Jejím zkoumáním se zabývali vědci zejména v 50. a 60. letech minulého století. Jeden z výzkumů uvádí Rathus (1999). V roce 1954 proběhl v USA experiment, který vedli Bexton, Heron a Scott. Výzkumnými osobami byli studenti. Experiment probíhal tak, že studenti leželi se zavázanýma očima a tlustými obvazy na ruku, slyšeli pouze monotónní zvuk větráku. Mělo se tak zabránit přísunu podnětů. Výzkumné osoby nejprve usnuly, po probuzení se u nich dostavily pocity nudy a podráždění, které gradovaly. U někoho se objevily i zrakové pseudohalucinace

v podobě teček či různých geometrických útvarů. Docházelo k přerušování výzkumu již první den, mnoho probandů nechtělo pokračovat. Ti, kteří pokračovali, měli následujících několik dnů po výzkumu problémy se soustředěním. Důsledkem sensorické deprivace tedy byly místo odpočinku prožitky znudění a následná dezorientace. Podle Plhákové (2004) je důvod obtíží probandů způsoben jednotvárností vnějších podmínek a nedostatkem přísunu podnětů. Lidé se v monotónním prostředí snaží zkoumat okolí a najít si nějakou zábavu. Pokud je jednotvárnost prostředí vynucena a lidé nemají jinou možnost, než v něm setrvat, psychický stav se zhoršuje. Plháková upozorňuje na jedince, kteří v takovém monotónním prostoru musí žít, např. vězně, pacienty v nemocnici či seniory. Také Kupka et al. (2014) uvádí, že výzkumy sensorické deprivace jsou přínosné při péči o pacienty nacházející se v důsledku nemoci v sociální izolaci a stereotypním prostředí, což způsobuje patologickou indukci jejich chování a prožívání.

Senzorickou deprivací a jejím výzkumem se také zabýval Kaňad'an slovenského původu John Peter Zube. Podstoupil desetidenní terapii tmou a popsal své zážitky. Uváděl halucinace, ztrátu motivace, euforii a problémy s koncentrací (Kaye, 2009; Rosner, 2010). Zubek viděl praktické využití sensorické deprivace v oblasti kosmonautiky, při výzkumech v polárních oblastech, jako pomoc při snaze o přežití lidí zavalených při zemětřesení, při pobytu v protiatomových krytech, ve vězení atd. Urbiš (2012), ovšem také upozorňuje kromě přínosů na nebezpečí zneužití poznatků z výzkumu sensorické deprivace, a to při „vymývání mozku“ neboli brainwashingu, při výslechu či mučení.

Profesor Morita využíval sensorickou deprivaci při léčbě pacientů s neurózou. 65 % všech pacientů se mělo úplně uzdravit a u 30 % z nich se měl podle pramenů jejich stav výrazně zlepšit. Uzdravení mohlo spočívat v tom, že si pacienti uvědomili svoje neurotické reakce, které mohly být z části pouze jakýmsi představením pro diváky. V prostředí samoty a tmy diváci chybí, pacientovi tedy nezbyvá nic jiného než začít přijímat realitu života a sám sebe. Podle EEG záznamu vykazovali někteří pacienti nižší hladiny mozkové excitace, které byly odlišné od průběhu spánku (Urbiš, 2012).

Další přínos ukázal Vernon (1956, in Urbiš, 2012). Po krátce trvající sensorické deprivaci došlo u probandů v jeho výzkumech ke zlepšení schopnosti učit se. Dále řada dalších autorů uvádí vyšší obrazotvornost po absolvování sensorické deprivace jako důsledek vyšší míry vnitřních podnětů za situace, kdy dochází k omezení podnětů z vnějšku (Urbiš, 2012).

Plháková (2004) uvádí, že jev, kdy lidé vyhledávají nové a neobvyklé zážitky (tzv. *sensation seeking*) často vede jedince k účasti na výzkumech sensorické deprivace.

Vyhledávají zkušenosti, v jednotvárném prostředí, které je pro ně zcela nové. Přejde mi velice zajímavé a do jisté míry v rozporu, že v rámci vyhledávání něčeho nového a vzrušujícího se jedinci ocitnou v jednotvárném prostředí bez přísunu vnějších podnětů, bez „akce“. V dnešní době, kdy na nás všude působí velké množství podnětů, se tedy ukazuje, že jednotvárnost a monotónnost prostředí pro nás může být něčím novým, netradičním a do jisté míry vzrušujícím. Můžeme vidět kolem sebe zájem o meditaci, východní náboženství, i právě terapii tmou, kterou často podstupují i různé celebrity, a tím ji medializují.

Za určitých podmínek prožívají probandi sensorickou deprivaci velmi negativně. Patří k nim absence kontaktu s experimentátorem, nevědomost o délce trvání deprivace, omezení v pohybu probanda, ztráta povědomí o čase, finanční odměna či nesmyslný kontext (Kupka et al., 2014). Lze sensorickou deprivaci využít k poznání sebe sama nebo jsou její důsledky pouze negativní? Suefeld (1980) upozorňuje, že pokud je prostředí sensorické deprivace méně drastické, lze ho využít k osobnímu růstu. To platí převážně pro jedince s motivací a na pobyt připravené. Sensorická deprivace musí probíhat v bezpečném prostředí, ve kterém se probandi mohou pohybovat. Je zde zajištěn kontakt s osobou z vnějšku, proband si částečně zachová časovou orientaci a je zde dobrovolně. Může tedy kdykoliv dojít k přerušení pobytu ze strany probanda, který má také možnost přivolat si nějakým zařízením pomoc. Účastník výzkumu navíc má pro svůj pobyt v sensorické deprivaci vytyčen terapeutický cíl (Kupka et al., 2014).

2 REST

Restricted environmental stimulation technique/therapy (=REST) neboli technika (metoda) omezené zevní stimulace (Kupka, Maluš, Kavková & Řehan, 2012) je termín používaný v současné době, který vznikl v návaznosti na výzkum sensorické deprivace v minulém století. REST odráží nejrůznější metody, které využívají speciální prostředí snížené vnější stimulace a přísunu podnětů (Suedfeld, 1980). V dnešní době rozlišujeme 3 varianty REST (Kupka et al., 2014).

2.1 Flotation (Floating) REST

V této variantě REST je jedinec ponořený v nádrži s vodou (floatation – isolation tank, floatingová nádrž). Voda má teplotu lidského těla a je v ní obsažena látka magnézium sulfát, která způsobuje nadnášení osoby, z čehož je odvozen i název metody (*float* = *nadnášet*). Pro ještě větší omezení zevní stimulace může mít jedinec ucpávky do uší. Ve floatingové nádrži je díky jejímu uzavření naprostá tma. Doba strávená v ní činí 30 až 150 minut. Flotation REST můžeme nalézt ve dvou variantách. Kromě ponoření se do roztoku existuje i modifikace, která se neprovádí přímo ponořením, ale ležením na plachtě, která zamezuje kontaktu s roztokem (Borrie, 1990). Jaké terapeutické účinky může mít Flotation REST? Tato metoda pomáhá ve zvládnutí chronické bolesti, vysokého krevního tlaku nebo u autonomních reakcí na stres (Suedfeld, 1980).

2.2 Immersion REST

Tato varianta předcházela Flotation REST a odlišuje se od ní jen tím, že se jedná o ponoření celé osoby do roztoku, včetně hlavy. Jedinec má nasazenou dýchací masku, která mu dodává kyslík. Immersion REST je čistě výzkumná metoda se kterou se nepracuje terapeuticky a dnes se již nevyskytuje. Je spojená s Johnem C. Lillym, americkým neurologem, který se delší dobu zabýval výzkumem lidského vědomí ve floatingové nádrži (Kupka et al., 2014).

2.3 Chamber REST

Chamber REST je varianta omezené zevní stimulace, které se budu nadále ve své práci věnovat. Pojmenování této varianty se různí. Vychází z německého *Dunkeltherapie* (Kalweit, 2006), v zahraničí se hovoří i o *Dark therapy* (Phelps, 2008). Chamber REST můžeme nalézt také v Japonsku, jako terapeutickou metodu sloužící k zlepšení všímavosti

k vlastním emocím a myšlenkovým pochodům. Zakladateli dvou přístupů jsou Masatake Morita a Yoshimoto Ishin. David Reynolds oba přístupy spojil v jednu výukovou psychotherapeutickou metodu Konstruktivní život (Hoskovec, 1963; Černý, 1966, 1968; Benda, 2007a; Reynolds, 2007). U nás je zažitý pojem *Terapie tmou* (Urbiš, 2012) nebo *Léčba tmou* (Brodská, 2008; Krumlová & Hrdličková, 2009).

Pojem terapie tmou u nás zavedl Dr. Urbiš (2012). Kupka et al. (2014) se domnívá, že tento pojem vznikl jako reakce na to, že v prostředí Chamber REST nemá zrak dominantní postavení, jako na světle, chybí zde tedy vizuální vjemy. Terapie tmou se ovšem nedotýká jen zraku, ale i ostatních smyslů (odhlučňovaná místnost apod.), celkově jsou redukovány vnější vjemy na minimum, je omezena i interakce s dalšími lidmi (dochází sem pouze 1x denně opatrovník). Jedinec je při pobytu v malé, jednoduše zařízené místnosti, kde se nachází většinou postel, křeslo, případně nějaký stroj na cvičení a sociální zařízení. Na sobě by měl mít pohodlné oblečení. V dané místnosti je snižena stimulace z vnějšku tím, že je tu tma a ticho (zásadní je světelná a zvuková izolace) a účastník je o samotě. Jedinec by neměl mít nějaký teplotní diskomfort, ať v podobě horka či zimy. V některých místnostech je zajištěna výměna vzduchu. Prostředí Chamber REST také obsahuje zařízení určené k přivolání pomoci v případě potřeby, jedná se např. o telefon či komunikátor. V místnosti může být umístěno i tlačítko napojené na světelné zařízení v případě, že by jedinec nemohl mluvit a potřeboval si přivolat pomoc. Dále je zde vypínač, který může být použit pouze v krajním případě nezvladatelného strachu či paniky.

Podle potřeby je donášeno do místnosti jídlo a nápoje. Pobyt také může obsahovat kontakt s terapeutem, se kterým klient mluví buď přes telefon, nebo za ním dochází. V daném prostředí je jedinec minimálně 24 hodin, v České republice většinou trvá 7 dní (Kupka et al., 2014). Urbiš (2012) uvádí, že někteří klienti se rozhodnou v prostoru omezené zevní stimulace strávit i více než týden, např. 14 dní. Varuje ovšem před tím, aby jedinec bez předchozí zkušenosti s omezenou zevní stimulací, zůstal ve tmě více než týden. Podle něj na to v naší kultuře, kde není tolik zažitá buddhistická praxe, nejsme dostatečně připraveni. Jako předpoklady k delším pobytům uvádí důkladnou přípravu, osobní zralost a odhodlání.

2.3.1 Beskydské terapeutické centrum v Čeladné

Dr. Urbiš, který terapii tmou v České republice založil a propagoval, ji provozuje ve vile Mátma, která se nachází v Beskydském terapeutickém centru v Čeladné. Jedná se o prostor upravený původně z prodejního kiosku a speciálně uzpůsobený požadavkům terapie tmou. Ponechány zůstaly jen zdi, které byly kvůli odhlučnění a udržení teploty v objektu obloženy zvukovou a tepelnou izolací a výměníkem vzduchu. Zvuková izolace ovšem není 100%, dovnitř se mohou dostat zvuky z okolí jako je projíždění vlaku (nedaleko je železniční trať), zvonění zvonu v kapličky nebo hovor více lidí procházejících kolem. Dům nemá okna a vila Mátma nesousedí se žádnou další budovou, nachází se v parku v lázeňském komplexu. K vnitřnímu vybavení vily náleží bezpečnostní prvky, jako je komunikační zařízení a nouzové tlačítko k přivolání pomoci. Je zde předsín, sociální zařízení a hlavní místnost. Do předsíně je 1x denně doneseno jídlo na celý den. V hlavní místnosti je karimatka a stroj na cvičení. Podmínkou vstupu do tmy je podepsání formuláře, že jedinec terapii tmou podstupuje dobrovolně a netrpí v současné době jak psychickými obtížemi v podobě výraznější psychopatologie a indikace psychofarmak, tak ani závažnými potížemi fyzickými (Kupka et al., 2014).

Urbiš (2012) doporučuje při pobytu ve tmě vegetariánskou stravu bohatou na bílkoviny a sacharidy. Každému klientovi je sestavena strava na míru podle jeho somatotypu určeném dotazníkem, který vyplňuje před pobytem. Každý den dostane účastník pobytu teplé jídlo, součástí stravy je také celozrnné pečivo, ovoce, cereální tyčinky a ořechy. Důležitý je také pitný režim v podobě balené neperlivé vody a čaje a melty v termoskách.

Pobyt ve tmě může klient přerušit v jakýkoliv čas, rozsvítit si a odejít. K tomuto účelu je ve vile Mátma několik prvků, a to komunikátor, kterým je možné přivolat odpovědná osoba, dále je zde zapečetěn nouzový vypínač. Odejít klient může použitím klíče, který je zde k dispozici v zapečetěné schráně. Prostor, kde se terapie tmou odehrává, je zamčen po celou dobu pobytu. Zapečetěný klíč má pro případ nouze účastník, průvodce, jedinec, který nosí jídlo a pití a je také na sesterně. Pokud klient neodejde v krizové situaci sám, provází ho po ukončení pobytu na světlo terapeut, který mu pomáhá se postupně na denní světlo adaptovat a následným rozhovorem jeho zkušenost integrovat (Kupka et al., 2014)

Urbiš (2012) upozorňuje, že klient by měl být od terapeuta již před pobytem informován, jak proběhne závěr terapie tmou, tyto informace mu jsou připomenuty ještě

den před odchodem. Malůš (2014) popisuje, jak vypadá poslední den pobytu ve tmě. Ráno přijde opatrovník a znovu klienta o celém procesu informuje. Je nutné, aby měl účastník po celou dobu přivykání na světlo na očích sluneční brýle, které mírní dopad přímého světla. Klient nejprve sedí v křesle zády ke dveřím, má mít kromě brýlí i přivřené oči. Poté opatrovník otevře dvoje dveře u vstupu a odhrne závěs, který odděluje hlavní místnost od předsíně. Terapeut při celém procesu komunikuje s klientem o tom, zda tempo ukončování pobytu klientovi vyhovuje. Když si klient zvykne na světlo v místnosti, stále s nasazenými brýlemi vyjde spolu s terapeutem na terasu. Terapeut sleduje, zda klient neztrácí rovnováhu, netrpí nevolností a dalšími projevy dekompenzace způsobené vyjitím z prostředí tmy na světlo, které po čase mizí (zhruba do 2 hodin). Na terase se klient posadí na židli a několik minut pouze vnímá okolní vjemy a stimuly. Poté si sbalí své věci a odchází s terapeutem na snídani, kde již může neformálně probíhat rozhovor o pobytu. Po snídani následuje formální výstupní rozhovor.

Urbiš (2012) klienty odrazuje od řízení automobilu v den, kdy vyjdou z prostředí tmy. Rizika vidí v náhlém velkém množství podnětů a distribuce pozornosti při řízení. Urbiš také doporučuje naplánovat si po pobytu den volna, ve kterém si klient může znovu přivyknout na každodenní fungování. Malůš (2014) dále uvádí, že i když může dojít vlivem sociální izolace k určitému „sociálnímu hladu“ po kontaktech s lidmi, na některé jedince může izolace působit opačně a může být vhodné si na výstupní, příp. i na další den naplánovat samotu. Urbiš (2012) upozorňuje na vhodnost pozvolného přivyknutí pracovnímu tempu a rodinným nárokům. S tímto rizikem je dobré počítat a splnit si co nejvíce povinností před pobyt. I v práci, pokud je to možné, je dobré navyšovat výkon postupně. Kupka a Malůš (2013) se domnívají, že by po pobytu ve tmě měl být zajištěn minimálně 24hodinový přechod, při kterém by mohlo dojít k rekapitulaci zážitků ze tmy a jejich následné integraci do prožívání. K tomuto účelu by mohla být terapie tmou provozována v rámci krizových center, psychiatrických léčeben či lázeňských zařízení.

2.3.2 Přínosy terapie tmou

Terapie tmou může přinést nejrůznější výjimečné zážitky a prožitky, ale jak uvádí Urbiš (2012), nemusí tomu tak vždy být. Tyto zážitky se u velké části těch, kteří absolvovali pobyt, vůbec neobjeví. Proto je naivní předpokládat, že se zde člověk setká např.: s mrtvými příbuznými a uvidí nějaké světlo. Zážitky jsou závislé od osobnosti jedince, předchozích zkušeností a mimo jiné na délce pobytu ve tmě. Pobyt ve tmě

je náročný v tom, že jedinci vstupují do neznáma, z bezpečného prostředí do nejistoty. Také Sumcov (2017) uvádí, že prožitky ve tmě jsou u každého individuální a odrazuje od očekávání zážitků, které lidé slyšeli od druhých nebo někde četli. Doporučuje očekávat pouze čas strávený se sebou a otevřenost vůči tomu, co přijde.

Co tedy přináší pobyt ve tmě? Díky tmě můžeme vidět světlo, a to jak doslova, tak v přeneseném slova smyslu, spatříme světla, skutečnosti, kterých jsme si dříve nevšimli, tma nám zrelativizuje dosavadní vnímání světla a ukáže to podstatné. „*Vždyť kdo pochopí plný význam toho, čím vším světlo je, pokud je nezahlédl ve tmě?*“ (Sumcov, 2017, 7).

Podle zkušenosti Urbiše (2012), je senzorická deprivace, které jsou lidé v terapii tmou vystaveni, prevencí proti poruchám v metabolismu a civilizačním onemocněním. Dalším přínosem je, že tempo života jedince zpomaluje a zvolní, působí také regeneračně na psychiku. U lidí, kteří prožívají výraznou zátěž v pracovní oblasti a intermitentní stres, může být omezení vnějších podnětů obzvláště přínosné. Organismus jedince se pročistí a zbaví se psychických nánosů. Terapie tmou umožňuje jedinci odpoutat se od neharmonického a hektického způsobu života a navrátit se k harmonii skrze zastavení, zklidnění a nalezení cesty k sobě. Kupka et al. (2014) se domnívá, že díky zkušenosti s terapií tmou může být člověk motivován zařadit do svého každodenního života chvíli na podstoupení od svých běžných starostí a problémů a naladění se na svoje vnitřní prožívání.

Urbiš (2012), stejně jako Kupka a Maluš (2013) vidí přínos terapie tmou v možnosti urovnat si myšlenky, podívat se zpětně na svůj život a podrobit jej hodnocení. Lidé také rekapitulují své vztahy (Kupka & Maluš, 2013). Tímto způsobem si „nahrazují“ nedostatek sociálního kontaktu zvnějšku myšlenkami na proběhlé vztahy a lidmi v nich angažovanými. Za předpokladu, že terapeut tomuto procesu napomáhá a podporuje jej, jedinec může osobnostně „vyrůst“. Terapie tmou také umožňuje určit si priority a srovnat si své životní hodnoty. Ve tmě můžeme lépe rozlišit, co je podstatné a odlišit to od nedůležitého. Pokud schází stimuly zvnějšku, dojde k posílení nevědomí, které se začne více projevovat při denním i nočním snění a při imaginaci. Lidé tak mají možnost uvědomit si nejrůznější zážitky z minulosti a pochopit je z hlediska perspektivy současného životního příběhu. Urbiš (2012) rekapitulaci vztahů jako terapeutický efekt nazývá „očišťování od minulosti“. Kupka a Maluš (2013) upozorňují, že nemusí docházet pouze k očistění, osvobození od něčeho z minulosti, ale že díky terapii tmou může klient

pochopit nějaký svůj úkol, nějaké břímě, výzvu, kterou život připravil. Pomoci mu v tom může terapeut.

Kupka a Maluš (2013) stejně jako Urbiš (2012) uvažují o terapii tmou jako o možném přechodovém rituálu. Tma tedy může být prostorem, ve kterém člověk uzavře jednu životní kapitolu, své staré já, a otevře novou kapitolu svého života a nové pojetí sebe sama. Podle Urbiše (2012) toto prostředí také umožňuje jedinci zvládnout nějakou životní krizi a vyjít z ní posílen do další životní fáze. Prostor omezené zevní stimulace může pomoci jedinci zvládnout nějakou velkou a náročnou životní změnu, jako je úmrtí blízkého člověka, rozvod nebo např. nezaměstnanost.

Urbiš (2012) uvádí přínosy týkající se zdravotního stavu klientů. Podle jeho vlastních měření terapie tmou snižuje hladinu triglyceridů a tím i riziko vzniku onemocnění srdce a cév, např. ischemické choroby srdeční. Vysoká koncentrace triglyceridů také zvyšuje riziko mozkové mrtvice. Dalším pozitivem je snížení hmotnosti u klientů, a to o 1 – 7 kg za týden. Tento jev může souviset s produkcí růstového hormonu, který následně uvolní triglyceridy a využije je pro tvorbu energie.

Dalším procesem, který tma ovlivňuje, je produkce hormonu melatoninu. Lidské tělo tento hormon produkuje zejména v úplné tmě. Melatonin má údajně působit proti nádorovému bujení a stárnutí. Světová zdravotnická organizace dokonce uvádí, že ženy pracující v noci mají o 50 % zvýšenou pravděpodobnost, že onemocní rakovinou prsu. Laboratorní pokusy na krysách ukazují, že i při slabém osvětlení se nádory rychleji objevují a rostou. Melatonin také kromě zpomalení příznaků stárnutí, jako je povadlá pleť a tenké vlasy, působí jako obrana proti Alzheimerově a Parkinsonově nemoci. Výčet pozitivních účinků melatoninu tímto nekončí. Tento hormon zvyšuje fyzickou kondici, stimuluje imunitu, u pacientů s hypertenzí napomáhá ke snížení krevního tlaku a je zde předpoklad, že působí při léčbě deprese. Terapie tmou může pomoci k vyrovnaní narušeného biorytmu, ať už způsobeného střídáním letního a zimního času, prací v nočních směnách či dlouhodobým přetěžováním organismu (Urbiš, 2012).

Mezi přínosy terapie tmou, resp. obecně Chamber REST můžeme dále řadit zlepšení učení, jeho následné vybavení a také elaboraci, neboli rozvinutější realistické myšlení ve vztahu k řešení problémů (Kupka et al., 2014). Terapeuticky může být metoda Chamber REST využita také při léčbě závislostí nebo fobií (Suedfeld, 1980).

Komu by mohla být terapie tmou doporučena? Urbiš (2012) uvádí výčet nejrozumnějších profesí a chorob, u kterých může být terapie tmou být prospěšná. Patří sem např. manažeři, politici, osoby postižené syndromem vyhoření, únavovým syndromem,

jedinci pracující v nepřetržitém provozu atd. Sloužit podle něj může i jako nácvik zvládnání zátěžových situací.

2.3.3 Negativní účinky terapie tmou

Jak upozorňuje Kupka et al. (2014), terapie tmou není primárně zaměřena na klinickou populaci, tedy jedince s nějakou diagnostikovanou psychopatií. I výzkumy Urbiše (2012) se týkali „zdravé“ populace (tedy bez závažných psychických problémů).

Jak uvádí Urbiš (2012), on, stejně jako J. P. Zubek, J. Lilly nebo Kalweit, nezaznamenal během výzkumu senzorické deprivace žádné negativní, delší dobu přetrvávající, účinky. Urbiš dokonce zjistil, že také u lidí s depresí má terapie tmou pozitivní účinky. Zaznamenal ústup deprese, který vyústil až ke konci medikace.

Kupka et al. (2014) zkoumali, zda účastníci výzkumu díky vlivu senzorické deprivace trpí psychopatologickou indukci. K určení psychopatie použili dotazník SCL-90 (Symptom Checklist 90 nebo Self-Report Symptom Inventory). Tato diagnostická metoda z roku 1973 slouží pro rychlé určení psychopatie, ale i pro diagnostiku současného psychického stavu zdravých jedinců. Dotazník je rozčleněn do 9 dimenzí, a to: *somatizace, obsese-kompulze, interpersonální senzitivita, deprese, úzkost, hostilita, fobie, paranoidita a psychotismus*. Do výsledku se promítne míra psychopatie a distresu zkoumané osoby. Výzkumným souborem bylo 37 jedinců, kteří podstoupili terapii tmou v Beskydském rehabilitačním centru v Čeládné. Po dobu trvání výzkumu nebyly u daných jedinců zjištěny známky psychopatie, účastníci neužívali žádná psychofarmaka, ani neměli fyzické potíže. Výsledky ukázaly, že *„celkový kontext působení zkoumané modifikace Chamber REST (terapie tmou) u sledovaných osob souvisí se statisticky významným snížením hodnot psychopatologických symptomů měřených pomocí dotazníku SCL-90“* (Kupka, et al., 2014).

2.3.4 Meditace v prostředí omezené zevní stimulace

Podle Plhákové (2004) člověk, který se vyskytuje po delší čas v monotónním prostředí, tedy v prostoru, kde dochází k senzorické deprivaci, vyhledává podněty a stimulaci uvnitř sebe. Dochází k dennímu snění, ale také k meditaci, která se běžně z důvodu lepší koncentrace provádí v jednotvárném prostoru. Nejen ve východních náboženstvích, ale také v křesťanství můžeme nalézt tendenci vybírat si k modlitbě a rozjímání tiché a harmonické místo. Dále Plháková uvádí, že potřeba přísunu podnětů

je individuálně variabilní a zatímco extroverti vyhledávají proměnlivost a pestrost, introverti a více úzkostní lidé spíše klidné prostředí. Bylo by zajímavé zjistit, zda toto tvrzení platí i pro terapii tmou a zda ji více vyhledávají introvertní a úzkostní jedinci.

Kupka et al. (2014) uvádí, že základem meditace je soustředění se na dýchání. Oči jsou buď zavřené, nebo otevřené, ale nekoncentrované na určitý bod, nejčastěji je vidění rozostřené. Jedinec je při meditaci sám se svými prožitky, na čemž nic nemění počet lidí v meditační skupině. V meditaci jde o jistou formu senzorické deprivace. I přes různorodost meditačních praxí můžeme nalézt styčný bod, kterým je meditování v prostoru bez rušivých vnějších podnětů, tedy stimulace zvnějšku. Meditace v takovém prostředí kultivuje všímavost, umožňuje vhled do samé podstaty reality a člověk díky ní může pochopit vztah mezi subjektem a objektem. Dalším přínosem může být pochopení ega jako proměnlivého a pomíjivého, dosažení jeho přesahu a snížení zaměření na něj. Díky tomuto vhledu je člověku otevřena brána ke světu a k ostatním lidem a on se stává svobodnějším.

3 Terapeutické působení terapie tmou

Urbiš (2012) uvádí, že díky tmě můžeme nazírat povrchnost našich problémů. Nejsme od nich osvobozeni, ale najednou vidíme jejich skutečný význam. Jsme radikálně konfrontováni sami se sebou.

Terapií tmou lze docílit určitých změn ve svém chování a tím zmírnění kognitivní disonance mezi realitou a přáním jedince. Tyto změny Suedfeld (1980) nazývá „postojovým rozmrazením“. Může k němu dojít právě ve tmě, kde jsou oslabeny obranné mechanismy jedince ve vztahu k instrukcím terapeuta. Ve tmě také dochází ke zvýšení sugestibility jedince, který tak může být více než v běžném prostředí ovlivněn instrukcemi terapeuta, ten by ho tedy neměl nijak indoktrinovat, spíše mu naslouchat. Na zvýšení sugestibility, potažmo hypnability upozorňuje i Barabasz (1993).

Ve tmě je díky snížené vnější stimulaci prostor věnovat se svým vzpomínkám, problémům a zaměřit se na jejich řešení (Suedfeld, 1980). V každodenním životě se člověk zabývá jinými věcmi, zde je vhodné prostředí pro přemýšlení a reflektování. Ještě větší změny, a to zejména v oblasti postojů, chování, hodnot a vztahů, můžeme očekávat, pokud je jedinec terapeutem k těmto aktivitám podporován.

3.1 Role opatrovníka (průvodce, terapeuta)

Jak uvádí Urbiš (2012) a nejen on, ale i další experimentátoři jako Zubek, Yüksel či Göka, považují v terapii tmou za důležitou roli opatrovníka. Jeho úkolem je klienta doprovázet, vysvětlovat mu vše potřebné a usilovat o to, aby se cítil v bezpečí. Mezi důležité faktory také patří reflexe klientových pocitů, zjišťování jeho aktuálního emočního stavu. Tento přístup přispívá k tomu, že si jedinec vykládá sny, emoce a další doprovodné procesy jako příjemné a zajímavé. Většinou je tedy tato role nanejvýš důležitá. Obvykle se rozhovor s opatrovníkem odehrává po dobu 1 hodiny za den. I v případě, že se jedinec rozhodne tento kontakt vynechat, musí být opatrovník k dispozici.

Sumcov (2017) má na opatrovníka opačný názor a doporučuje naprostou samotu, jakýkoliv kontakt s okolím považuje za rušivý. Ve své knize *Sedm dní ve tmě* vypráví o svém pobytu, ve kterém opatrovníka v průběhu nekontaktoval a mluvil s ním až po ukončení pobytu. Jedná se ovšem o jeho izolovanou zkušenost a názor, můžeme jej tedy jen obtížně zobecňovat. Na samotu a sociální izolovanost upozorňuje i Yalom (2006), který ji vidí jako možný prostředek růstu. Ve své pozdější práci Yalom (2008) považuje

konfrontaci se samotou jako prostředek ke změně našeho života pozitivním směrem a možnost navazovat autentičtější vztahy v životě. Zkušenost osamění také umožňuje pochopit např. smrt, odpovědnost, svobodu a smysl.

Role opatrovníka začíná již před pobytem ve tmě. Kupka et al. (2014) zdůrazňuje, že je důležitá motivace, se kterou klient do tmy vchází a také jeho příprava na tmu v podobě rozhovoru s terapeutem. Tato rozprava se týká obav jedince, mělo by se k němu dostat informace, jak si poradit s nepříjemnými pocity ve tmě. Důležité je zejména kompetentně posoudit, zda je vhodné, aby daný člověk pobyt absolvoval a zda u něj nemůže dojít k psychické dekompenzaci. Terapeut by měl také místnost za světla klientovi ukázat a umožnit mu tak se v ní ještě před zhasnutím světla zorientovat (Kupka et al., 2014).

Kalweit (2006) používá ve své knize termín „terapeut“, aniž by se muselo jednat o člověka s terapeutickým vzděláním. Vhodnějším názvem je tedy spíše „opatrovník“, tento termín volí např. Urbiš (2012), který jeho úlohu vidí v provázení, naslouchání, vysvětlování, odpovídání na otázky, ale zároveň nezasahování do klientova prožívání. Ve své práci budu v souvislosti s terapií tmou používat termíny „terapeut, opatrovník a průvodce“ jako synonyma.

Základem by měl být přístup ke klientovi, který definoval Rogers (1998), tedy akceptace, empatie, autenticita a kongruence v postojích a přístupu terapeuta. Urbiš (2012) uvádí mezi důležitými charakteristikami opatrovníka osobní zralost, musí být vnitřně stabilní a mít určitou frustrační toleranci. Opatrovník by se měl angažovat přiměřeně, ne jako autorita a odborník, nevnučovat klientovi vlastní postoje. Důležité je individuální přijetí, projevení zájmu o klienta. Samozřejmostí by měla být osobní zkušenost s terapií tmou.

Urbiš (2012, 108) definoval základní pravidla pro setkání s klientem v prostředí terapie tmou. Jejich výčet přináším níže:

- 1. Terapeut musí mít dlouhodobý dobrý zdravotní stav. V případě náhlého onemocnění nesmí klienta navštívit. Musí za sebe najít náhradu a počkat, až se plně uzdraví.*
- 2. Před vstupem ke klientovi zkontrolovat, že u sebe terapeut nemá žádný zdroj vydávající světlo či zvuky (hodinky, mobilní telefon, atd.).*
- 3. Při vstupu zvukovým signálem oznámit svůj příchod (zvonek, klepání) a počkat na vyzvání ke vstupu.*

4. *Pozdravit a zeptat se na pozici klienta. Podle toho, kde se klient nachází, se usadit (křeslo nebo židle u stolu) a oznámit to klientovi.*
5. *Zeptat se klienta, jak se mu vede, a vyčkat na vývoj rozhovoru.*
6. *Nesdělovat žádné informace o dění mimo klauzuru.*
7. *Nepřinášet žádné vzkazy od rodiny, přátel či známých.*
8. *Nesdělovat klientovi nic ze svého soukromého života.*
9. *Nepreferovat a neprosazovat žádné ideologické nebo náboženské směry.*
10. *Neradit a nedoporučovat řešení různých klientových životních situací.*
11. *Nezapomínat poskytovat klientovi zvukovou odezvu (není vizuální kontakt).*
12. *Nedávat najevo osobní problémy, nedostatek času či netrpělivost.*
13. *Dodržovat zákaz fyzického kontaktu s klientem.*
14. *Dodržovat dobu pobytu u klienta – návštěvy by neměla být kratší než 15 a delší než 60 minut. To ovšem neznamená, že v případě akutní potřeby nelze setkání prodloužit.*
15. *Před ukončením setkání se pozeptat na přání (teplota, strava, celkové pohodlí atd.) a domluvit se, zda si klient přeje konzultaci i další den.*
16. *Dodržovat povinnou mlčenlivost – informace z konzultací jsou přísně důvěrné a publikovat je je možné pouze se souhlasem klienta a se zaručením jeho anonymity.*

Urbiš (2012) hovoří o „terapeutickém (léčebném) spojení“ mezi opatrovníkem a klientem. Terapii tmou sice sám označuje za „samoregulační metodu“, ale i toto spojení má v ní své místo. Terapie tmou není psychoterapií, není v ní tedy přítomen terapeutický vztah. Urbiš (2012) tedy místo tohoto termínu používá výraz „spojení“. Klient do tohoto spojení nemá vstupovat s tím, že si jde jen něco „užít“, ale s plným vědomím a zodpovědně se podívat do tváře svým problémům a ochotně na nich s terapeutem pracovat. Terapeut na druhé straně klientovi napomáhá v porozumění jeho vnitřního prožívání.

Podle Kupky et al. (2014) úkolem terapeuta také je klienta podpořit a povzbuzovat při jeho adaptaci na prostředí omezené zevní stimulace. Pro mnoho účastníků může být adaptace na tmu náročná, mohou být úzkostní a mít iracionální představy. Proto je vhodné, aby terapeut vysvětloval tyto nepříjemné stavy a klienty povzbuzoval k jejich přečkání, protože každá emoce stejně jak vznikla, tak časem i odezní.

Kupka a Malůš (2013) se domnívají, že zkušenost klienta ve schopnosti přijmout svůj emoční stav bez jeho potlačování a pochopení, je přenositelná i do dalšího života. Právě při pobytu ve tmě se klient musí se svými úzkostmi a strachy vypořádat, protože nemá jinou možnost, jak trávit čas, než se zaměřit na sebe a svoje psychické prožívání, nemá k dispozici celou škálu činností jako v běžném životě. Klient se může právě díky terapii tmou naučit dvěma dovednostem, a to: rozpoznat v počátku dysforický, např. úzkostný stav, přijmout ho, ale dále ho nerozvíjet, a také se může naučit rozpoznat, co k tomuto stavu vedlo a jak postupovat dál. Urbiš (2012) uvádí, jak se zachovat při různých vizích, které se ve tmě mohou objevit a ze kterých mají klienti obavu (např. pocit, že je tam někdo s nimi). Doporučuje přijmout tuto vizi a komunikovat s ní o tom, proč se objevila a co od něho požaduje.

3.2 Dosavadní výzkumy terapeutických a růstových možností v terapii tmou

V této kapitole uvedu výzkumy zabývající se terapeutickým a růstovým potenciálem Chamber REST, neboli u nás používaného termínu terapie tmou.

Wickramasekera (1993) provedl výzkum, který se zabýval vlivem terapie tmou na hypnabilitu. Probandům byla navozena sensorická deprivace tak, že měli sluchátka produkující šum, neprůhledné brýle a na rukách návleky. V případě experimentální skupiny se ukázal statisticky významný nárůst hypnability, a to jak u třicetiminutového pobytu, tak u sensorické deprivace trvající 3 hodiny. Lze tedy předpokládat, že v prostředí terapie tmou, kde je také přítomna sensorická deprivace, i když ne v takové míře (jedinci neslyší šum, není omezen jejich hmat apod.) také dochází ke zvýšení hypnability, což lze u některých jedinců terapeuticky využít.

Ve svém výzkumu se Hewitt a Rule (1968) zabývali vlivem prostředí Chamber REST na sebehodnocení jedince. Probandi byli v prostředí omezené zevní stimulace 3,5 hodiny. Nejprve vyplnili testy Sentence completion (= doplňování vět) a Index of adjustment and value (= IAV - test ke zjištění diskrepance mezi reálným a ideálním já). Skupina 32 mužů byla rozdělena na polovinu, podle toho, jestli muži smýšleli spíše abstraktně nebo konkrétně. Polovina respondentů byla v prostředí omezené zevní stimulace s brýlemi na očích a návleky na ruku, druhá polovina byla kontrolní skupinou. Oběma skupinám byly puštěny nahrávky pozitivně ovlivňující sebehodnocení. Po půlhodině od skončení sensorické deprivace respondenti znovu vyplňovali metodu

IAV. Po porovnání testů bylo zaznamenáno významné zvýšení sebevědomí u zkoumaných osob vystavené omezené vnější stimulaci. Dále experimentátoři sledovali rozdíl mezi reálným a ideálním já, který byl po provedení výzkumného pokusu menší u abstraktně smýšlejících jedinců.

Jako další faktor bylo zkoumáno ovlivnění nálady v prostředí Chamber REST. Tímto výzkumem se zabýval Barabasz et al. (1993c). Do experimentu bylo zařazeno 21 žen a 24 mužů. Respondenti na začátku a konci výzkumu vyplnili dotazník The Profile of Mood States, který se využívá při terapii k pozorování výrazných změn v náladě. Tento dotazník obsahuje 6 škál, a to napětí-úzkost, deprese-sklíčenost, zlost-nepřátelství, ráznost aktivita, únava-netečnost, zmatení-rozpačitost. Respondenti byli rozděleni do 3 skupin: Flotation REST, Chamber REST a trénink svalové relaxace. U Chamber REST, stejně jako u Flotation REST došlo k pozitivním změnám oproti 3. skupině na škálách deprese-sklíčenost, napětí-úzkost, únava-netečnost a zlost-nepřátelství. Více intenzivní vliv na změny nálady mělo ovšem Flotation REST než Chamber REST.

Je možné, aby došlo vlivem terapie tmou k vytvoření averze k nějakému jídlu a tím k redukci hmotnosti? Výzkumem na toto téma se zabývali Dyer, Barabasz a Barabasz (1993). Experiment probíhal u 48 žen s nadváhou, které byly rozděleny do 7 skupin. Experimentální skupiny se nacházely 24 hodin v prostředí Chamber REST a kontrolní skupina na světle v běžné místnosti (kde mohla i přijímat návštěvy). Skupiny byly rozděleny následovně:

1. Chamber REST + motivační sdělení při jídle + problematická strava.
2. Chamber REST + problematická strava.
3. Chamber REST + tekutá strava.
4. Běžné prostředí + problematická strava.
5. Problematická strava.
6. Motivační sdělení při jídle + tekutá strava.
7. Tekutá strava.

Respondentkám byla strava poskytována na vyžádání. Vedly si záznamy o frekvenci, typu a množství spotřebovaného jídla, a to před experimentem a po jeho skončení v odstupu 6 týdnů, 3 měsíců a 6 měsíců. Z těchto údajů byly za každý časový úsek vypočítány kalorické hodnoty jídla a celkové množství jídla označeného jako „problematické“. Součástí výzkumu nebyl pouze tento subjektivní zápis hodnot,

ale i objektivní měření podkožního tuku v oblasti paže a břicha. Ve výzkumu se ukázalo, že u skupiny 1 a 2, tedy u skupin, kde bylo přítomno jak prostředí Chamber REST, tak konzumace problematického jídla, došlo ke statisticky významnému zmenšení objemu zkonsumovaných kalorií a tuku v těle. Kontrolní skupina nevykázala žádné změny. U účastnic výzkumu v prostředí Chamber REST se subjektivně změnilo vnímání chuti u problematického jídla a docházelo také k jejich překvapení nad zmenšením objemu přijaté stravy po čas výzkumu.

Suedfeld (1980) využil ve svém výzkumu efektu, který ukazuje, že lidé jsou v prostředí terapie tmou více sugestibilní než v běžném prostředí. Měl také hypotézu, že lidé mají sklony konzumovat více stravy ne z pocitu hladu nebo jiných vlastních potřeb, ale vlivem okolních podnětů. Pouštěl jedné ze dvou experimentálních skupin motivační sdělení týkající se zdravého životního stylu. Druhá experimentální skupina se měla pouze sama soustředit na téma hubnutí, nebyly zde žádné signály zvnějšku. Jak se ve výzkumu ukázalo, první skupina dosáhla statisticky významného snížení váhy a podkožního tuku, a tato tendence pokračovala po experimentu ještě 6 měsíců.

Suedfeld (1980) zkoumal kromě snížení hmotnosti i efekt prostředí Chamber REST na zvýšení hmotnosti u pacientů s mentální anorexií, kteří byli po každém jídle v tomto prostředí odměňováni. Bylo zjištěno, že k nárůstu hmotnosti u nich docházelo ještě 9 měsíců po pobytu ve tmě.

Suedfeld (1980) také zkoumal vliv prostředí omezené zevní stimulace na redukci fobií, konkrétně ofidiofobie, neboli strachu z hadů. Probandy byly studentky, které vykazovaly strach z hadů v testu. Navíc jim byly promítány obrázky hadů spolu s měřením tepové frekvence. Po 5 hodinovém pobytu experimentální skupiny v prostředí omezené vnější stimulace došlo k opakované expozici obrázků hadů, po kterých se objevil i had živý. Experimentální skupina vykazovalo po pobytu ve tmě statisticky významné snížení strachu, a to jak v testu, tak při měření srdečního tepu. Jak lze toto snížení vysvětlit? Autor výzkumu uvádí termín „hlad po podnětech“ v prostředí omezené zevní stimulace, jehož důsledkem může dojít ke snížení či vymizení nejrůznějších strachů a fobií.

Výzkumníci Cooper, Adams a Scott (1988) provedli experimenty týkající se konzumace alkoholu vlivem pobytu v Chamber REST. Experimentální skupiny byli v tomto prostředí 2,5 hodiny. Probandi byli rozděleni do 6 skupin podle vlastních záznamů o konzumaci alkoholu za týden a výsledků dotazníku, na jehož základě mohli být probandi klasifikováni jako „příležitostní, mírní, střední a silní konzumenti“. Experimentální podmínky byly rozděleny do skupin takto:

1. skupina – Chamber REST + fakta o alkoholu.
2. Chamber REST + motivační sdělení v polovině experimentu.
3. Fakta o alkoholu.
4. Motivační sdělení v polovině experimentu.
5. Chamber REST.
6. Kontrolní skupina.

Jako statisticky významné se ukázalo snížení konzumace alkoholu u 1. skupiny (o 33 %) a 2. skupiny (o 29 %), kde bylo prostředí REST kombinováno se sděleními týkající se alkoholu. Samotné prostředí omezené zevní stimulace tento účinek neukázalo. 1. a 2. skupina vykazovala statisticky významný rozdíl oproti ostatním skupinám.

Experimentátoři následně uskutečnili navazující studii, ve které pracovali pouze se skupinami 1 – 5, byla tedy vynechána čistě kontrolní skupina. Účastníci výzkumu byli seznámeni s výsledky předchozího výzkumu. V tomto případě se ukázal statisticky významný rozdíl pouze u 1. skupiny (55% snížení konzumace po 3 měsících, 59% po 6 měsících). V této studii se na rozdíl od předchozí ukázalo významné snížení alkoholu také u skupiny č. 5 (o 46 % po 3 měsících a 47 % po 6 měsících), tedy působením pouze Chamber REST, bez motivačních sdělení o alkoholu. Měřena byla i poslední, 6. skupina, která se účastnila předchozího výzkumu a která překvapivě zaznamenala 10% nárůst konzumace alkoholu (Cooper, Adams & Scott, 1988).

Suedfeld (1980) pracoval s prostředím Chamber REST a motivačními sděleními skrze zvýšení sugestibility probandů také v oblasti kouření. Experiment probíhal 24 hodin a účastníci byli rozděleni do 4 skupin:

1. Chamber REST + motivační sdělení.
2. Chamber REST.
3. Motivační sdělení.
4. Kontrolní skupina.

Postoje a přesvědčení o kouření byly před a po experimentu zjišťovány dotazníkem testu stability přesvědčení o kouření a testů postojů ke kouření. U skupin, které byly v prostředí omezené zevní stimulace, tedy 1 a 2, se ukázalo statisticky významně nižší skóre, a to v testu stability přesvědčení o kouření. Test postojů ke kouření žádný statisticky významný rozdíl neukázal. Čtvrt roku po ukončení experimentu experimentátoři zjišťovali

u účastníků míru kouření. Skupiny 1 a 2 vykazaly snížení kouření o 38 %. Ukázalo se i nečekané snížení konzumace cigaret u 3. skupiny, konkrétně o 23 %. U 4. skupiny bez intervence k žádným změnám nedošlo.

4 Současná psychoterapie

Terapie tmou by mohla být označena za jakousi „alternativu“ ke klasickým psychoterapeutickým přístupům. V názvu metody Chamber REST je T zastoupeno pro technique (= technika, metoda), ale můžeme najít i T jako therapy (=terapie), ačkoliv se o klasickou psychoterapii nejedná. Název překládáme jako techniku (metodu) omezené zevní stimulace, nikoliv psychoterapii (Kupka et al., 2014).

Nejprve ve své práci vymezím podobu současné psychoterapie, její účinnost, společné faktory a změnu v psychoterapii a poté se zaměřím na okrajové přístupy a alternativy ke klasickým psychoterapiím, ke kterým bychom mohli terapii tmou také přiřadit. V neposlední řadě pojednám o výzkumu psychoterapie.

„Psychoterapie je léčebná činnost, při níž psychoterapeut využívá své osobnosti a svých dovedností k tomu, aby u klienta došlo k žádoucí změně směrem k uspokojivějšímu prožívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění. Dovednosti terapeuta se týkají vedení rozhovoru, vytvoření a udržování podpůrného vztahu a používání technik. Psychoterapii lze charakterizovat také jako zvláštní formu lidského setkávání psychoterapeuta s druhým člověkem, který o pomoc žádá, zatímco terapeut ji nabízí“ (Vybíral & Roubal, 2010, 30).

„...psychoterapie je proces, ve kterém terapeut pomáhá posílit klienta, aby klient mohl dosáhnout něčeho, co si předsevzal, ale doposud neměl prostředky k dosažení takového cíle, protože ve skutečnosti nevěřil, že je to možné. V tomto smyslu dělá psychoterapeut neuvěřitelné možným – nebo neuvěřitelné dosažitelným“ (Zeig, 2005).

Kratochvíl (2017) vymezuje psychoterapii jako klinické a interdisciplinární odvětví, propojující medicínu, psychologii a sociální práci. Psychoterapii můžeme rozdělit na část obecnou, kam patří teorie a výzkum, a část speciální, ve které je obsažena aplikace obecné psychoterapie do praxe vzhledem k psychopatologiím.

Na psychoterapii můžeme nahlížet z hlediska **obsahu** - verbální náplni terapie, dále **procesu** – co v terapii probíhá a také **efektu** – výsledku terapie (Prochaska & Norcross, 1999).

Psychoterapie je zakotvena ve vědě, klade se zde důraz na vzdělání, výcvik psychoterapeutů a podstupování supervize. Zároveň je kromě vědeckosti psychoterapie i jakýmsi druhem umění, které terapeut provozuje a rozvíjí. Tyto dvě stránky k terapii neoddělitelně patří (Vybíral & Roubal, 2010).

Jaké jsou cíle psychoterapie? Kratochvíl (2017) uvádí 2 různé formy, kterými lze cíle psychoterapie vymezit. První je **odstranění příznaků onemocnění**. Klient terapeuta vyhledá s problémy, kterých ho má terapeut za úkol zbavit, ať už postupuje symptomaticky, nebo kauzálně, tedy vyhledáním jejich příčiny. Dalším cílem psychoterapie je **reedukace, restrukturační, reorganizace, integrace nebo rozvoj osobnosti klienta**. Terapeut v tomto případě usiluje o napravení postojů klienta a přetvoření jeho osobnosti. Zde se nesledují symptomy, ale změny osobnosti. Kratochvíl (2017) uvádí tento směr jako vhodnější z důvodu větší pečlivosti a hloubky působení.

V současné psychoterapii se vyskytují hlavní myšlenkové proudy, které uvádí Kratochvíl (2012a), stejně jako Prochaska a Norcross (1999). Prvním je proud psychoanalyticko – psychodynamický, dalším humanisticko – prožitkový, poté kognitivně behaviorální, na rodiny a jiné systémy zaměřený proud a integrativní proud. U každého z těchto systémů bychom našli jeho další členění. Každý směr obsahuje svoji teorii osobnosti a názor na příčiny a mechanismy vedoucí ke vzniku psychopatologie neboli etiopatogenezi. Dále můžeme u jednotlivých přístupů nalézt svébytné pohledy na obsah terapie, její proces, technické podmínky psychoterapie, stejně jako vlastní psychoterapeutické výcviky a supervize pro terapeuty.

4.1 Vymezení psychoterapie

Kratochvíl (2017) uvádí, že krajní, dichotomická dělení psychoterapie se v praxi téměř nevyskytuje. Vybíral a Roubal (2010) volí spíše než jednotlivé krajnosti směry, kterými se terapeut ubírá, a které nevnímají jako antonyma, ale spíše jako spektrum možností:

1. Direktivnost x nedirektivnost

Terapeut může být ve své roli buď více direktivní, nebo může nechat více volnosti a rozhodování na klientovi. Jakou cestu je vhodné zvolit, závisí na více faktorech. Různé psychoterapie volí různou míru direktivnosti vůči klientovi. Dalším faktorem je poznání osobnosti klienta a volba, zda mu bude více vyhovovat direktivní či nedirektivní přístup. Určujícím faktorem na straně klienta může být i jeho míra odporu k terapii. Jak uvádí Norcross et al. (2001, in Vybíral & Roubal, 2010), klienti s větším odporem k terapii přijímají lépe nedirektivní přístup a naopak direktivní přístup je vhodný u klientů s menším

odporem. Dalším určujícím faktorem by mělo být onemocnění, porucha, se kterou klient přichází, stejně jako aktuální fáze psychoterapie (Castonguay & Beutler, 2006).

2. Minulost x budoucnost

Psychoterapie může být buď zaměřená více na minulost klienta a na získání celkového pohledu na klientovy potíže nebo může být spíše orientována na jednotlivé symptomy a do budoucnosti, kdy se terapeut snaží, aby klient získal nové schopnosti v řešení potíží (Vybíral & Roubal, 2010).

3. Osobnost klienta x systémy

Psychoterapeut se může buď spíše zaměřit na osobnost klienta a procesy, které se u něj odehrávají, nebo spíše na systémy, sociální interakce, ve kterých se nachází – rodinné vztahy a další (Vybíral & Roubal, 2010).

4. Inhibice x podpora emocí

Terapeut se může snažit u klienta nežádoucí emoce spíše potlačovat, inhibovat, nebo je naopak podporuje, usiluje o to, aby je klient odžil (Vybíral & Roubal, 2010).

5. Krátkodobá x dlouhodobá psychoterapie

Někteří terapeuti z nejrůznějších důvodů upřednostňují krátkou a intenzivní léčbu, zatímco jiní usilují o dlouhotrvající terapii (Vybíral & Roubal, 2010).

4.2 Společné účinné faktory v psychoterapii

Jak uvádí Vybíral a Roubal (2010), psychoterapie je účinná a většina lidí z ní léčebně těží. Podle výzkumu psychoterapie působí pozitivně na 2/3 až 90 % lidí (Seligman, 1995). Naopak psychický stav se zhorší u 5-10 % klientů (Lambert & Ogles, 2004 in Vybíral & Roubal, 2010). Na účinnosti nebo neúčinnosti terapie se nepodílí jen psychoterapeut, na vině může být i nespolupracující klient nebo rozdíl v účinku určitého terapeutického přístupu na různé klienty. Kromě samotného klienta a použitých technik působí na účinnost psychoterapie vztah mezi psychoterapeutem a klientem, který může být pojímán i jako schopnost samotného terapeuta tento vztah vytvořit. Na terapii působí i nejrůznější mimoterapeutické faktory (Vybíral & Roubal, 2010).

Podle Lamberta (1992) tvoří mimoterapeutické faktory jako sociální okolí a jeho podpora klienta, náhoda apod. vůbec největší část účinnosti, a to až 40 %. Dále 30 % tvoří společné psychoterapeutické faktory, jako je schopnost empatie, vstřícnosti, akceptace

a povzbuzení. Po 15 % se na terapii podílí zvolené techniky a tzv. placebo efekt, tedy klientovo očekávání, že mu psychoterapie pomůže. Vybíral a Roubal (2010) zdůrazňují toto klientovo očekávání ve spojení s jeho ochotou ke změně v terapii. Přitom nejdůležitější jsou změny, které se odehrají v počáteční fázi psychoterapie (Snyder, Michael & Cheavens, 1999, in Vybíral & Roubal, 2010).

Lambert (2001 in Vybíral & Roubal, 2010) dále uvádí, že efekt psychoterapie je průměrně 2x větší než placebo efekt a až 4x větší než žádná terapie. Výsledky psychoterapie jsou relevantní díky rigoróznímu metodologickému přístupu. Výsledky psychoterapie jsou dlouhodobé, přetrvávají v řádech měsíců až let, i když delším časem dochází k nárůstu relapsů. Dále Lambert zjistil, že psychoterapie je efektivní. Její efektivita závisí na délce trvání psychoterapie.

Psychoterapie má základ v podobě společných faktorů, které se vyskytují ve všech variantách psychoterapie. O jednotlivých faktorech nelze přemýšlet odděleně, ale naopak schopný terapeut má v pomoci klientovi využívat celý jejich repertoár. Lambert a Bergin (2013) uvádějí, že ačkoliv se různé psychoterapeutické směry odlišují z hlediska obsahu psychoterapie, dochází u nich ke stejným procesům změny. Skutečnost, ke kterému terapeutickému směru se daný terapeut přiklání, není pro výsledek terapie rozhodující. Tento paradox je nazván *content nonequivalence – outcome equivalence*, tedy neekvivalentní obsah – ekvivalentní výsledek (Stiles, Shapiro & Elliot, 1986).

Za jeden z nejdůležitějších faktorů můžeme považovat pozitivní očekávání, a to jak na straně klienta, tak i terapeuta. Tedy čím víc se očekává, tím více bude dosaženo a tím bude léčba účinnější (Prochaska & Norcross, 1999).

Psychoterapeut by měl u klienta probouzet a podněcovat naději. Vybíral a Roubal (2010) používají v tomto kontextu termín „účinný psychoterapeut“. Stejně tak na důležitost a probouzení naděje u klienta upozorňuje Yalom (2006), který dále hovoří o mobilizování klienta, který má být namotivován a povzbuzován ke změně způsobu života nebo postoje.

Klíčovým faktorem v psychoterapii je léčba vztahem neboli psychoterapeutovou osobností. Lambert a Bergin (2013) považují terapeutický vztah za nejdůležitější společný faktor. Yalom (2006) uvádí podmínky, za kterých se klient v terapeutickém vztahu cítí bezpečně a přijímaný terapeutem. Tento psychoterapeut je vřelý, ale klienta si nepřivlastňuje a dokáže se do klienta vcítit. Terapeutický vztah je také přínosný v tom, že díky němu klient může nahlížet na své vztahy v minulosti nebo současnosti, s lidmi podobnými terapeutovi.

Jaký by měl dále terapeut být, aby se terapie stala pro klienta opravdu léčivou? Především přiměřeně empatický, kongruentní, pečující, vstřícný až vřelý, autentický a klienta neodsuzující. Terapeut by měl usnadňovat (= facilitovat) změnu klientova života a povzbuzovat ho k její realizaci (Vybíral & Roubal, 2010).

Neméně důležitým faktorem na straně terapeuta, který ovlivňuje terapii, je „Hawthornský efekt“ (Prochaska & Norcross, 1999). Tento efekt je spojený s výzkumem pracovníků ve výrobě, u nichž se zvýšila produktivita vlivem toho, že jim byla věnována pozornost, která tak i v terapii hraje svoji roli. Pokud terapeut věnuje po celou dobu trvání terapie klientovi pozornost, může u klienta dojít k nárůstu sebeúcty. V souvislosti s účinnými faktory v psychoterapii je podstatná také všímavost, „tady a teď“, kterou uvádí mimo jiné i Yalom (2006). Příkladá aktuálnímu dění v prostoru a vztahu velký význam. Účelem je soustředit pozornost klienta na přítomnost, zvláště na vztah mezi klientem a terapeutem. Pozornost se tedy přesouvá od verbálního obsahu psychoterapie ke vztahu. Dále Yalom (2006) dodává, že terapeut si má všimnout projevů na straně klienta, jakými jsou: jeho pozdrav, mimika, gestika, apod. Tyto skutečnosti mohou po jejich reflektování zviditelnit motivace klienta.

Podle Kosové (2014) je nutností při terapii klientova konfrontace s vlastními problémy. Klient se učí neuhýbat jim a postavit se jim s terapeutem čelem. Díky této přímé konfrontaci se snižuje anticipační úzkost a nedochází k vyhnutí se problémové situaci. Stejně jako Kosová (2014), i Yalom (2006) zdůrazňují nadřazenost postojů terapeuta nad technikami a metodami používanými v psychoterapii. Yalom (2006) zvláště zdůrazňuje, že pokud je v terapii technika na prvním místě, brání to vzniku autentického vztahu mezi terapeutem a klientem.

„Konečně Blboun řekl: "Všichni vyhráli a všichni musí dostat ceny“ (Caroll, 2017). Tento citát se objevil už u Rosenzweiga v roce 1936 (reprint Duncan 2002). Uvádí se v souvislosti s tím, že bez ohledu na použitý terapeutický přístup, výzkumníci přicházejí ke srovnatelným závěrům. Duncan (2002) uvedl tyto společné faktory:

1. *Terapeutova schopnost probudit naději.*
2. *Poskytování alternativních (přijatelnějších) pohledů na svět a na sebe sama.*
3. *Implicitní procedury (především vztah s terapeutem).*
4. *Účinná osobnost terapeuta.*
5. *Práce na integraci dezintegrovaných částí osobnosti.*

Kratochvíl (2017) uvádí, že bez ohledu na zvolený psychoterapeutický směr, terapeut v klientovi posiluje žádoucí chování a redukuje chování nežádoucí.

Prochaska a Norcross (1999) uvádějí 2 společné faktory v psychoterapii, a to **klientovo očekávání a terapeutický vztah**.

Kratochvíl (2017, 120) uvádí společné faktory, které působí napříč různými směry psychoterapie:

1. *Vztah mezi pacientem a terapeutem* – Pacient musí nabýt přesvědčení, že na něm terapeutovi záleží a chce mu pomoci.
2. *Výklad poruchy* – Díky výkladu poruchy by měl pacient porozumět svému onemocnění a sám sobě. Účinek zvoleného výkladu závisí na přesvědčivosti terapeuta a přijetí výkladu pacientem jako smysluplné.
3. *Emoční uvolnění* – Pacient v terapii dostává možnost odžít si traumata z minulosti i současné konflikty, což vede k jejich abreakci (odreagování) a katarzi. Tímto procesem dochází, jak uvádí Vybíral a Roubal (2010), k integraci dezintegrovaných částí osobnosti klienta.
4. *Konfrontace s vlastními problémy* – V terapii se klient přestane „schovávat“ před problémy, je vyzván obrátit se k nim čelem a zjišťuje, že při konfrontaci s nimi nedochází k očekávanému katastrofickému scénáři.
5. *Posílení* – Psychoterapeut pomáhá pacientovi posílit chování, které je žádoucí, a naopak odstranit chování nežádoucí.

Vybíral s Roubalem (2010, 289-290) doplňují výčet o další společné faktory, které by se daly povětšinou shrnout pod faktor „psychoterapeutický vztah“. Jsou jimi tyto faktory:

1. *Zvláštní pozornost věnovaná člověku.*
2. *Léčebný záměr.*
3. *Terapeutova racionalita a jeho objasňující model, kterého se drží a který nabízí.*
4. *Terapeutova vřelost, vlídnost, empatie, bezpodmínečné přijetí.*
5. *Terapeut pacienta inspiruje.*
6. *Zprostředkování vhledu a sám fakt zkoumání vnitřního světa klienta.*
7. *Pozitivní oceňování.*
8. *Možnost ventilace pocitů a myšlenek a prožití katarze.*

9. *Nácvik nových způsobů chování včetně poskytování zpětné vazby.*
10. *Sugesce.*
11. *Učení se v psychoterapii, které vede k dojmu, že to zvládnou.*
12. *Korektivní zážitky.*
13. *Terapeutovo zvládnání protipřenosů.*
14. *Kvalita vztahových interpretací.*

4.3 Proces změny v psychoterapii

Podle Prochasky a Norcross (1999) je změna v psychoterapii možná díky společným faktorům (viz výše) a ne kvůli specifickým psychoterapeutickým směrům. Které procesy změně napomáhají a umožňují ji? Prochaska a Norcross (1999) je vyvodili komparativní analýzou jednotlivých proudů psychoterapie. Jedná se o **zvyšování (rozšiřování) vědomí, katarzi (abreakci), vybírání, podmíněný podnět, manipulaci s následky**. Procesy změny můžeme rozdělit na dva proudy: zvyšování vědomí, abreakce a vybírání jsou spjaté s psychoanalytickými a humanistickými směry. V těchto proudech je v popředí schopnost vnitřní změny na úkor vnějších podmínek. Naopak podmíněný podnět, manipulace s následky jsou akcentovány v kognitivně behaviorálních postupech.

Proces **zvyšování vědomí** se podle Prochasky a Norcross (1999) objevuje u verbálních psychoterapií, kde má řeč výsadní postavení. V těchto psychoterapiích dochází na počátku ke zvyšování vědomí klienta. Vědomí je evolučně spjata se slovy a symboly. Jeho zvýšením, čili rozšířením se prohloubí uvědomění klienta. Tento proces mu umožní změnu svého chování a efektivnější reakce na stimuly.

Dalším procesem změny podle Prochasky a Norcross (1999), je **katarze (abreakce)**. Kratochvíl (2017) uvádí, že katarze je projev problémů, konfliktů a traumat spolu s projevením emocí. Díky katarzi může klient uvolnit a vyjádřit potlačené emoce, což mu způsobí úlevu. K tomuto jevu dochází běžně při terapeutických rozhovorech. Kratochvíl (2011) jmenuje techniky, díky kterým je klient k abreakci emocí přístupnější. Při těchto technikách dochází ke stimulaci emotivity a ke snížení zábrán a racionální kontroly. Takovou technikou může být i abreakce v rámci hypnózy.

V kontextu katarze a abreakce emocí někteří autoři zmiňují tzv. emoční korektivní zkušenost (např. Zeig, 2005; Vybíral & Roubal, 2010). Terapeut má při katarzi důležitý úkol, a to nechat zažít klienta z jeho strany přijetí, bezpečí, porozumění a vřelosti.

Díky tomuto terapeutovu přístupu může klient zažít citovou korekci, umožní mu to zareagovat odlišně než v minulosti. Prožije situaci, která mu opraví jeho nevhodné očekávání a změní tak jeho postoj. Jak uvádí Frankl (2016), chování terapeuta by se nemělo odvíjet od toho, kým klient je, nýbrž kým by mohl být.

Autoři Prachaska a Norcross (1999) předkládají další proces změny, kterým je **vybírání, možnost volby**. Lukasová (2009) definuje tento proces jako získání nového způsobu života či postoje k němu. Důležité je pochopit, že jedinec má více alternativ, ze kterých si může vybrat, ne pouze jednu cestu. Na tento proces se zaměřuje zejména existenciální a analýza a logoterapie. Prochaska a Norcross (1999) doplňují, že tento výběr z více možností je spojený s přijetím odpovědnosti. Odpovědnost za to, kam člověk směřuje, provází často úzkost za svoji volbu, která je, jak uvádí i Yalom (2006) předpokladem terapeutické změny. Jedinec se může změnit jen tím, že přijme odpovědnost za svou volbu a nesvaluje za neúspěchy vinu na své okolí.

Další změna v procesu psychoterapie podle Prochasky a Norcross (1999) se týká **podmiňování**, změnu prostřednictvím učení a změnu prostředí. Terapeutický proces „nenastartuje“ uvědomění nebo rozhodnutí změnu dosáhnout, pokud je maladaptivní chování vžité. Díky podmiňování namířeného proti nežádoucímu chování nebo změně prostředí je změna možná. Tradičně tento způsob volí kognitivně behaviorální terapie, a to systematickou desenzibilací (Praško et al., 2007), nebo např. logoterapie s technikou dereflexe (Kosová et al., 2014). Změny prostředí lze dosáhnout skrze jeho restrukturalizaci, čímž se sníží výskyt námi určeného podnětu.

Posledním procesem změny podle Prochasky a Norcross (1999) je **manipulace s následky**, neboli tzv. přehodnocení. Tím, že měníme důsledky, měníme i chování, které jim předchází. Jednáme tak, abychom dosáhli odměny a vyhnuli se při tom trestu. Tento proces je typický pro kognitivně behaviorální směry, ale nejen pro ně. I v humanistické psychoterapii nalezneme důležitost významu následků vlastního chování.

4.4 Okrajové přístupy a alternativy

Vybíral a Roubal (2010) uvádějí, že alternativní terapie byly po dlouhou dobu na pokraji vědeckého zájmu. To se však změnilo a dnes si tyto přístupy vyžadují pozornost a řádný výzkum.

Co znamenají alternativní a okrajové přístupy? Okrajová psychoterapie (*fringe psychotherapies*) jsou méně známé směry, které se příliš nepoužívají a nejsou výzkumně podložené. V dnešní době autoři míní pojmem okrajové spíše alternativní terapie (*New Age terapie* – Lilienfeld, Lynn & Lohr, 2003, in Vybíral & Roubal, 2010, 599). Tyto přístupy nejsou psychoterapiemi, ale vydávají se za ně. Používají se pro ně různé názvy, např.: terapie podobné kultu (*cult-like therapies*), pseudoterapie (*pseudo-therapies*), falešné terapie (*bogus therapies*), neortodoxní (*unorthodox*) nebo nekonvenční (*unconventional*) směry.

Jaké jsou charakteristiky těchto okrajových, alternativních terapií? Vybíral a Roubal (2010) uvádějí častost používání termínu „komplementární terapie“ (*complementary therapies*). Nějaký doplněk terapie nemusí být špatný sám o sobě. Potíže nastávají ve chvíli, kdy terapeut svádí veškeré klientovy problémy na jednu příčinu nebo osobu, nabízí jediné správné řešení, odmítá všechny ostatní způsoby léčby a učiní ho na sobě závislým. Riziková je také nedostatečná kvalifikace terapeuta, nabízení zaručeného, rychlého a trvalého efektu. Lilienfeld, Lynn a Lohr (2003 in Vybíral & Roubal, 2010) uvádějí příklady některých těchto terapií. Patří sem např.: Regrese do minulých životů (*Past lives regression*), Terapie budoucích životů (*Future lives therapy*), Terapie únosu mimozemšťany (*Alien abduction therapy*), ale i např. terapie držením (*Holding therapy*) či terapie vztahové vazby (*Attachment therapy*).

Výše uvedené terapie a mnohé další jsou považovány za neseriózní. Jaké jsou tedy kritéria serióznosti? Vybíral a Roubal (2010) uvádějí, že by daná terapie měla být zaštitěna profesní organizací s etickým kodexem nebo by se měla hlásit ke kodexu např. Evropské asociace pro psychoterapii nebo Americké psychologické asociace (APA). Tato organizace by měla mít veřejně přístupný postup podání stížnosti klienta na terapeuta a měla by se stát uznávanou alespoň u většiny profesionálů v oboru.

Co je na okrajových a alternativních terapiích pro jejich klienty lákavé? Většinou cílem těchto terapií není jedince vyléčit, spíše nabízejí např. nalezení smyslu života. Tuto skutečnost zdůrazňují Lilienfeld, Lynn a Lohr (2003, in Vybíral & Roubal, 2010), kdy pocit nenaplněnosti vlastního života je právě jedním z katalyzátorů rozšíření

těchto terapií. Terapie může také naplňovat klientovy potřeby kontaktu, sebepoznání a další. Vybíral a Roubal (2010) zdůrazňují potřebu jistoty jako důvod pro vyhledávání alternativ. Lidé kvitují s povděkem, pokud jim někdo ukáže, co přesně stojí za jejich problémy a řekne jim jasnou prognózu. Již tento sebevědomý přístup alternativního terapeuta může některým lidem pomoci skrze placebo efekt. Terapeut používá „obecné pravdy“ a tvrzení, které zní klientům povědomě. Vybíral a Roubal (2010) uvádějí, že tento přístup s použitím „zdravého rozumu“ a empatie nemusí klientům uškodit, dokonce může být podle Wampolda (2001 in Vybíral a Roubal, 2010) srovnatelně účinný či dokonce účinnější než klasické přístupy. Pomoci tedy jistě může, ale zároveň je zde vysoké riziko ublížení klientovi.

Studie z roku 2007 autorů Smithe, Bartze a Richardse (in Vybíral & Roubal, 2010) zkoumala spirituálně orientované terapie, a to metaanalýzou 31 výzkumů z let 1984 – 2005. Výzkumy se týkaly účinnosti náboženské a spirituální terapie a poradenství, které většinou vyhledávali katolíci, protestanti nebo muslimové. V čem spirituální terapie spočívá? Zahrnuje individuální modlitby, četbu náboženských textů, výuku o náboženství, odpuštění nebo probírání klientovy víry v minulosti. V menší míře zde najdeme i meditaci, náboženskou relaxaci nebo modlitby ve skupině. Výsledky výzkumy ukázali, že spirituální léčba je účinná, dokonce u věřících klientů i v některých případech účinnější než klasické terapie. To může být způsobeno tím, že hluboce věřící lidé vyhledávají terapeuty stejného vyznání a mají k nim větší důvěru.

Terapie tmou nepatří mezi klasické psychoterapie, ale zároveň nesplňuje všechny kritéria pro okrajové a alternativní přístupy. Mnoho autorů terapii tmou a její účinnost zkoumá (v České republice např. Kupka, Malůš, Kavková etc.). Nelze tedy terapii tmou jako celek zavrhnout jako „nevědecký“ přístup, terapie a její serióznost závisí zejména na osobě terapeuta, který ji provozuje. Dr. Urbiš v Čeladné má psychologické vzdělání a léta nabytých zkušeností s jejím provozováním, nikoliv však vzdělání psychoterapeutické. O tom, jaké vzdělání by měl opatrovník mít, se vedou diskuze, autoři se spíše přiklánějí k tomu, že terapie tmou není psychoterapií a opatrovník není terapeutem v klasickém slova smyslu (srov. Urbiš, 2012; Kalweit, 2006). Otázkou zůstává, co nastane v případě, kdy dojde u klienta při pobytu ve tmě k dekompenzaci či výskytu nějakých psychopatologických symptomů (ačkoliv terapie tmou působí většinou spíše pravý opak a psychopatologii snižuje – viz Kupka et al., 2014). V tomto případě nemusí pouze opatrovníkova zkušenost s pobyttem či psychologické vzdělání stačit, pokud se klient např. potřebuje vypořádat s nějakými traumaty.

Urbiš (2012) definuje základní pravidla pro setkání opatrovníka s klientem (viz kapitola 3.1), v České republice ovšem najdeme různé provozovatele terapie tmou, kteří takovéto pravidla ani psychologické vzdělání nemají, pouze vlastní zkušenost s pobyty ve tmě. Navíc terapie tmou není zaštitěna žádnou psychoterapeutickou organizací nebo jejím kodexem. U některých provozovatelů terapie tmou může být pro klienty potencionálně nebezpečná zejména kvůli zvýšení sugestibility a hypnability u účastníků pobytu (Srov. Suedfeld, 1980, Barabasz 1993). Velmi tedy záleží na opatrovníkovi, případně na tom, jaký zastává spirituální směr či přesvědčení. Jak již uvedli Lilienfeld, Lynn a Lohr (2003, in Vybíral & Roubal, 2010), někteří klienti nevyhledávají v okrajových terapiích vyléčení, ale např. sebepoznání. Nejinak je tomu i v terapii tmou, která je často prezentována jako cesta k sebepoznání či jako prostor k utřídění myšlenek, odpočinku apod.

4.5 Výzkum v psychoterapii

Kratochvíl (2017) vidí důležitost výzkumu v psychoterapii jako prostředek ke zvyšování úrovně praxe terapie. Výzkum podporuje stabilitu jak terapeuta, tak i klienta. Psychoterapeut díky znalosti výsledků svého terapeutického působení získává lepší náhled na očekávání, které může vůči pomoci klientovi mít.

Dalším přínosem výzkumu psychoterapie je identifikace rizikových terapií, faktorů a minimální účinná dávka terapie, která je třeba. Tedy kolik sezení daný klient potřebuje, aby u něj terapie zafungovala. Nejen psychoterapeut, ale i klient může z výsledků výzkumu psychoterapie těžit tím, že mu umožní vidět očekávání od terapie reálně (Bieščad, 2008).

Podle Timuľáka (2005) je možné díky výzkumu v psychoterapii včas zachytit a zvrátit negativní působení terapie. Dále díky němu můžeme rozpoznávat společné účinné faktory v psychoterapii napříč terapeutickými směry. Psychoterapeutický výzkum také kladně působí na výcvik terapeutů v budoucnosti, a také díky němu vznikají nové trendy a techniky.

Ve výzkumu psychoterapie se zabýváme dvěma základními otázkami: zda je psychoterapie funkční (= efekt psychoterapie) a jak psychoterapie funguje (výzkum účinku).

4.5.1 Výzkum procesu psychoterapie

Dle mínění Timuláka (2010) by měl výzkum procesu psychoterapie předcházet zjišťování efektu, protože díky tomuto výzkumu můžeme do terapie zařadit vhodnou techniku. Zkoumat pouze účinek psychoterapie nestačí, potřebujeme taktéž porozumět mechanismům, které změnu umožnily.

Proces psychoterapie je zkoumán tzv. participativními a neparticipativními metodami. K nejčastějším kvantitativním participativním metodám patří podle Timuláka (2005) strukturované dotazníky zaměřené na různé aspekty psychoterapie. Jedná se např. o terapeutický vztah, pozitivní a negativní dopady jednotlivých sezení apod.). Timulák (2010) pojednává i o kvalitativních participativních metodách, kterými jsou rozhovor a asistované vzpomínání. Tyto metody se mohou zaměřovat buď na jednotlivá sezení, nebo na celou terapii. Pracovat lze i s audio a videozáznamem ze sezení.

Mezi neparticipativní metody Barkham et al. (2001) zařazuje sebesposuzovací škály zadávané zaškolenými posuzovateli, kteří se neúčastní psychoterapie. Kromě standardizovaných metod lze použít i nestandardizované kvalitativní metody, konkrétně rozhovor a pozorování – ať už aktuální nebo katamnestické, opět musí být posuzovatel externí. Další použitou metodou může být deskriptivní zkoumání psychoterapie.

Testování terapeutické změny slouží k ověření či úpravě teorie osvětlující léčebné mechanismy v psychoterapii. Ve fokusu našeho zájmu je konkrétní terapeutická interakce a sledování jejích dopadů na prožívání a chování klienta. Testováním terapeutické změny nejen teorie ověřujeme, ale můžeme tak i tvořit nové (Timulák, 2010).

4.5.2 Výzkum efektu psychoterapie

Výzkum efektu psychoterapie není snadný, naopak ho autoři Stake (2006) a Timulák (2005) považují za obtížně měřitelný. Jaké jsou důvody pro toto tvrzení? Je třeba vyjasnit, co konkrétně můžeme za terapeutickou změnu pokládat a jak ji můžeme zachytit, tedy změřit. Výsledek je potom ovlivněn několika faktory: typem proměnné a její citlivostí na změnu, také citlivostí nástroje, kterým měření provádíme a tím, kdo měření provádí (např. terapeut, klient, vnější posuzovatel apod.). V neposlední řadě se výsledek odvíjí od toho, kdy provádíme měření – zda se jedná o měření neprodleně po ukončení léčby či po několika měsících (letech).

Ke zjištění efektu psychoterapie jsou využívány diagnostické sebesuzující škály s možností zjištění výskytu a míry psychopatologie.

Konkrétně Symptom Checklist-90-revised (SCL-90) nebo Beckův inventář depresivity. Dalšími nástroji jsou dotazníky zjišťující interpersonální vztahy a kvalitu sociálního fungování, jako je Dotazník interpersonálních problémů. Existují také škály měřící přímo efekt psychoterapie. Uvádí je Barkham et al. (2001) a Bieščad (2008).

Podle tvrzení Timuľáka (2005), se nejčastěji v dnešní době efekt psychoterapie měří za pomoci klinických zkoušek s náhodným rozdělením probandů, kteří tvoří homogenní skupinu. Experimentální skupina je vystavena různým druhům terapeutického působení, a poté je srovnávána se skupinou kontrolní. Výjimečně se sleduje spokojenost s terapií neboli ex post facto plán.

Sternberg (2006) dodává, že pro kontrolu ke kvantitativním metodám můžeme přidat i nástroje kvalitativní. Jedná se o polostrukturované rozhovory nebo např. expertní posouzení nezávislé osoby. Jedním (ovšem ne jediným) může být i terapeut. Pokud jsou např. účastníky terapie děti, můžeme využít hodnocení rodinných příslušníků.

Praško et al. (2007) upozorňuje, že u určitých případů se ukázalo jako vhodné pracovat i s objektivními daty. Těmi jsou především fyziologické a behaviorální ukazatele, jako např. BMI, tep nebo měření návykových látek v krvi.

Timuľák (2005) doplňuje ještě další alternativy zkoumání efektu psychoterapie. Jsou jimi případové experimentální studie, které zkoumají nové terapeutické postupy a techniky. Dále se jedná o kvalitativní studie, ve kterých klienti zpětně hodnotí přínos psychoterapie při zvládnutí problémů. V intenzivních případových studiích se zaměřujeme na vývoj případu a různá data, která se případu týkají. U přirozených výzkumů se zkoumá v praxi efekt nějaké formy psychoterapie, kdy dochází ke srovnání stavu před a po terapii.

V psychoterapii také zkoumáme vztah mezi procesem a efektem psychoterapie. Dochází k tomu souběžným měřením efektu psychoterapie a proměnných, u kterých sledujeme, zda jsou s efektem ve vztahu. V tomto výzkumu se zaměřujeme zejména na časovou dimenzi a také na to, jak terapie působí na klientův život mimo terapeutické prostředí (Timuľák, 2005).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Metodologický rámec výzkumu

5.1 Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky

Výzkumný problém, který jsem si pro svoji práci stanovila, zní: **prožívání a změny v životě u jedinců, kteří podstoupili techniku omezené zevní stimulace.**

Ve výzkumu jsem si určila tyto **cíle**:

1. Popsat prožívání respondentů při absolvování techniky omezené zevní stimulace.
2. Zjistit, zda respondenti po podstoupení techniky omezené zevní stimulace na základě této zkušenosti uskutečnili nějaké změny ve svém životě a uvést je.

Při výzkumu jsem si položila tyto **výzkumné otázky**:

1. Jak respondenti prožívali techniku omezené zevní stimulace?
2. Uskutečnili respondenti na základě techniky omezené zevní stimulace nějaké změny ve svém životě, případně jaké?

5.2 Typ výzkumu

Pro naši studii jsme zvolili **kvalitativní přístup**. Tento způsob výzkumu se jevil jako vhodnější než přístup kvantitativní. Mohli jsme se s respondenty osobně setkat a provést s nimi polostrukturovaný rozhovor. Tento typ výzkumu umožňuje doptat se ihned na odpovědi respondentů a ujasnit si případné nejasnosti. Díky tomuto přístupu se i s respondenty setkáme tváří v tvář a můžeme s nimi navázat lepší kontakt než jen při předávání např. dotazníku k vyplnění. Díky tomu mohou být jedinci otevřenější a sdílnější než u kvantitativních metod. Jedná se o **katamnesticou studii**. Respondenti tedy zpětně vzpomínají na techniku omezené zevní stimulace a hodnotí její přínosy do jejich budoucího života.

5.3 Metody získávání dat

Sběr dat probíhal od dubna 2017 do července 2017 po celé České republice. V rámci kvalitativního výzkumu jsem provedla 8 **polostrukturovaných rozhovorů** s respondenty, kteří podstoupili terapii tmou neboli techniku omezené zevní stimulace. Rozhovory byly zaměřeny jak na celý terapeutický proces a jeho prožívání respondenty, tak i na terapeutické efekty. Nejprve byli účastníci výzkumu požádáni, aby o své zkušenosti hovořili obecně, byl jim ponechán prostor vyjádřit, co pro ně tato zkušenost znamenala. Následně jsem se doptávala na konkrétní otázky ohledně pobytu ve tmě, které byly sestaveny v týmu výzkumníků v reakci na studium literatury o terapeutickém procesu a efektu. Všechny rozhovory jsem si zaznamenávala na diktafon a záložně na mobilní telefon.

5.4 Metody zpracování a analýzy dat

Nejprve jsem uskutečnila transkripci rozhovorů do písemné podoby. Při přepisu dat jsem provedla redukci dat prvního řádu. Následně jsem data analyzovala. V textu jsem se zaměřila na aspekty týkající se pobytu stráveného ve tmě (očekávání, motivace respondenta, reakce okolí, adaptace na klauzuru, průběh typického dne apod.). Dále jsem si v textu vyznačovala aspekty týkající se jak procesu v psychoterapii – tedy společné faktory v psychoterapii, tak i výroky označující nějaký terapeutický efekt, přínos pro respondenta.

5.5 Etické problémy a způsob jejich řešení

Před započítím výzkumu byl respondentům předán informovaný souhlas ve 2 kopiích – pro respondenta i pro výzkumníka. V informovaném souhlasu našli účastníci výzkumu informace o výzkumu. Došlo k jejich ujištění, že je výzkum dobrovolný a mohou od něj kdykoliv odstoupit (k tomu sloužil i přiložený kontakt na výzkumníka). Dále byla zajištěna anonymita respondentů. Každý z nich si zvolil svoji indiánskou přezdívku, pod kterou byl nadále v rozhovorech uveden. Nikdo si tak nemohl výroky spojit přímo s jeho osobou. Vlastní jména byla v rozhovoru nahrazena např. zkratkou XY či změnou jména. Výzkumník se zavazoval vést rozhovor citlivě a ohleduplně, s ohledem na respondenta. Data získaná z rozhovoru byla z diktafonu přenesena do počítače, kde k němu neměl nikdo kromě výzkumníka přístup. V případě zájmu respondentů byla nabídnuta možnost zaslat jim výsledky výzkumu skrze e-mailovou komunikaci.

5.6 Výzkumný soubor

Cílovou populací výzkumu byli lidé, kteří v minulosti České republiky podstoupili v minulosti techniku omezené zevní stimulace (terapii tmou). Výběrovým vzorkem bylo 8 respondentů. Jednalo se o 4 muže a 4 ženy od 23 do 76 let, od studentů, přes pracující jedince až po lidi ve starobním důchodu. Díky spolupráci s Beskydským terapeutickým centrem a Dr. Urbišem byli oslovováni lidé absolvující terapii tmou, kteří předběžně souhlasili s účastí na výzkumu, jednalo se tedy o příležitostný výběr. Většina z nich měla zkušenost s pobytem právě z Čeladné, někteří ovšem podstoupili terapii tmou i v jiném zařízení (např. Dobrá u Frýdku-Místku či Místo v srdci), a to nejčastěji několik let před započítáním výzkumu. Respondenti měli za sebou jeden, někteří i více pobytů v prostředí REST. Po jejich předběžném souhlasu jsem 8 z nich u příležitosti tohoto výzkumu kontaktovala. Respondenti tak znovu potvrdili své rozhodnutí rozhovor o jejich zkušenosti ze tmy absolvovat. Po kontaktování nastala fáze realizace výzkumu. V rámci týmu výzkumníků jsme si s ostatními výzkumníky rozdělili respondenty zejména z hlediska bydliště. Někdy jsem ovšem za účastníky absolvovala i delší cestu, pocházeli z různých koutů České republiky.

6 Výsledky

Na následujících stranách uvedu 8 kazuistik z rozhovorů s respondenty, kteří zpětně vzpomínají na terapii tmou. Nejen na její průběh, ale zejména se zamýšlejí nad tím, co jim pobyt přinesl do jejich dalšího života.

6.1 Červenáček

Osobní a rodinná anamnéza

Muž, 60 let (v době zkušenosti 56 let), vysokoškolské vzdělání. Je zadaný, má 2 děti, pracuje jako OSVČ. V prostředí omezené zevní stimulace strávil 7 dní (období zima/jaro 2012/2013), byla to jeho jediná zkušenost s pobytem. Sám sebe Červenáček za věřícího člověka nepovažuje, ani v současnosti nerealizuje žádnou náboženskou praxi.

Podstatné aspekty zkušenosti

O terapii tmou se Červenáček dozvěděl z článku v Reflexu, o pobytu nejspíš viděl i něco v televizi.

Jako motivaci uvádí, že si už dávno říkal, že by chtěl zažít senzoricke deprivaci, např. zkusit floatační tanky, o kterých slyšel (Flotation REST). Hlavním motivem byla zvědavost, možnost vyzkoušet si něco nového. Respondent chtěl zjistit, *„jak moc velkéj vopruz to bude, když člověk nemá žádný vizuální vjemy, jak se člověk dokáže tejdén sám se sebou zabavit...“* Dále hovoří o tom, že nemá potřebu podstupovat nějaké adrenalinové zážitky, ale tato zkušenost ho lákala, je tedy možné, že vyhledává nějaké nové zkušenosti (*sensation seeking*), které ovšem nemusí být adrenalinové povahy, spíše klidnější. Jako další důvod uvádí ověření si vlastní schopnosti v takovémto prostředí vydržet. *„To já třeba nemám, že musím lítat někde, skákat někde z balónu, to já nejsem ten typ a někdo naopak by nešel nikdy v životě do něčeho takovýho, já zas jsem byl zvědavej tady na to. Takže zvědavost a schopnost ověření, jestli člověk prostě takové extrémj, dlouhou nudu plánovanou dokáže nějakým způsobem vydržet, to jsem nevěděl, co tam budu dělat, takže asi takhle.“*

Poté dodává motivaci. Je možné, že s trochou nadsázky, očekávání výjimečných zážitků: *„Že se proměním v ptáka a budu lítat na neznámá místa a zažiju ezoterické zážitky – zlehčuju, tak samozřejmě jako já jsem tomu nevěřil, že by něco takovýho mohlo nastat,*

ale když tak jako všichni tvrdili, jak tam měli ty zážitky, tak jsem si říkal, kdo ví, třeba motyka spustí, ale jako neměl jsem nic takovýho. Někdo maličko má: snad kdyby se stal nějaký zázrak, že jo.“

Na pobyt se respondent nijak nepřipravoval. Reakce okolí na pobyt byla různorodá. Červenáčková manželka se jeho rozhodnutí nedivila, nepřekvapilo ji. Tchýně se obávala, že by mohla být tato terapie nebezpečná, rodiče respondenta pozitivní ani negativní reakce nevykazovali, jen chtěli po terapii vědět, jaké pro něj bylo. Zpětně o pobytu vyprávěl manželce a svým přátelům: *„Je to takový, že má člověk dobrou historku do hospody někam, že tam byl, protože tam taky nebyl každé, každé je zvědavé, jaký to tam je, né, že by to byl můj motiv, ale prostě párkrát to pak člověk zúročí někde.“*

Na klauzuru se adaptoval respondent dobře, problémy neuvádí. Nejprve si obešel prostor terapie, vše si ohmatal, lehl si, a poté se již s prostředím dále neseznamoval. Na otázku o průběhu typického dne v prostředí omezené zevní stimulace uvádí: *„Párkrát jsem cvičil, nejvíc jsem spal (odhadem 12 hodin denně), pak jsem nejvíc tak jako ležel a tak jsem si dumal nebo jsem si počítal, kolik jízdenek bych jako děcko musel nastřádat, abych mohl jezdit zadarmo forever. Pak jsem si říkal: no tak dobře, teď si budu přemýšlet tady o nějakém projektu, kterej mám rozdělanej nebo co existuje a teď jsem si 2 hodiny seděl a psal jsem si nějaký poznámky, co mě k tomu napadly, jak to vylepšit. Občas jsem si zacvičil.“*

Na své zkušenosti považuje za nejdůležitější ověření si, že by vydržel bez problémů v nějaké extrémní situaci či prostředí omezené zevní stimulace, např. měsíc ve vězení na samotce. Při pobytu se příliš minulostí nezabýval, vztahy dle svých slov přímo vědomě nerekapituloval, na druhou stranu uvádí, že přemýšlel o ženách, které prošly jeho životem nebo o svých zážitcích v dětství, a to spíše pro ukrácení dlouhé chvíle. Do budoucnosti plánoval své pracovní projekty, např. se zabýval přemýšlením o vylepšení webových stránek apod. Využil situace, ve které nemusí nikam pospíchat a je možné o nějakých plánech přemýšlet i několik hodin.

Uvádí, že žádnou podstatnou informaci o vlastním životě díky pobytu nezískal, neobjevilo se nic, co by už někdy předtím nevěděl. Některé pracovní plány díky pobytu realizoval, ale celkově jim význam nepřikládá. Neuvádí ani žádnou zásadní změnu ve svém životě po absolvování terapie, nic, co by přetrvalo až do současnosti: *„Samozřejmě, jak tam máte čas, tak si říkáte: jó, tohle bych měl udělat, něco odkládáte a pak to stejně neuděláte. Sice jsem si řekl: „jo, tohle bych fakt měl“, ale pak jsem se na to vyprdl, protože bylo něco jinýho nebo se mi nechtělo.“*

Další přínos vidí ve výjimečnosti zážitku, který podstoupil a který může vyprávět svým přátelům: „*Jo, to samozřejmě, ty zážitky, tím že jste jela někam na kole, tím nikoho neohromíte, ale tohle je zážitek, kterej má málokdo a lidi jsou zvědavý a říkaj: tyjo, jak jsi to vydržel, to bych asi nevydržel.*“

Při pobytu nastala pro respondenta jediná náročná a nepříjemná situace. Vypráví o své „vizi“ či snu, který měl: „*Tak se mi zdál takovej poloson, že letím někam letadlem a že je tam můj otec, kterému je dneska 84, tak mu bylo 80 a že tam jako stojí v tom polosnu a říká: já už nikam nepoletím. Tak jsem se vzbudil a říkám: tak, teď to je nějaký znamení, že třeba táta umřel nebo tak, schválně, kdyby se to stalo, tak oni mi dají vědět, manželka by zavolala a průvodce by přišel druhej den, tak si říkám: aspoň si ověřím, jestli telepaticky se může na dálku a že se něco fakt stane, nechtěl jsem samozřejmě, aby táta umřel, ale tak jsem si říkal, kdyby se to stalo, tak by to byl důkaz... I když ve skutečnosti se to dá vysvětlit, ani to není důkaz, to může bejt jenom souhra okolností. Ale samozřejmě táta byl úplně v pořádku, takže bylo to v kategorii sen, ale mluvím o tom jen proto, že se ptáte, jestli tam něco takovýho bylo, ale v podstatě to byl jen náhodnej sen, kterej jsem se pokoušel nějak spojit s realitou nebo jsem se bál, ale nespojil se s realitou, takže to byl doopravdy jenom sen.*“

Vysloveně nebezpečného na terapii tmou nic nepovažuje, pouze uvažuje nad tím, zda je vhodná pro všechny: „*Tak jako úplnýho vymaštěnce by tam asi nepustili, jinak každej přičetnej člověk může vzít klíček a jít pryč nebo zazvoní na zvoneček a přijde sestra, která řekne: co potřebujete? A on řekne: mně je ouzko, přijďte mě tady chytit za ruku.*“

O ukončení pobytu vůbec nepřemýšlel, pouze mu připadal dlouhý a na konec terapie se těšil. Týden v terapii ovšem považuje za optimální, protože „*na 2 dny, tak to vydrží každej*“. Po opuštění klauzury u sebe zhruba půl hodiny pozoroval zbystření smyslů, konkrétně zraku a sluchu. Pochvaloval si snídani po ukončení pobytu. Po terapii pociťoval první 3 dny přival energie, excitaci, nejspíše vlivem odpočinku, jeho manželka o něm prohlásila: *Ty jseš úplně králíček Duracell.*“

Roli průvodce hodnotí Červenáček značně skepticky. Nazývá ho „ezoterikem“ a „dramatickým umělcem“. V rámci pobytu se kontaktu s ním nevyhýbal, bylo to pro něj „zpestření“, ale vnímal ho velmi rezervovaně, skepticky a často s ním o různých názorech polemizoval. Uvádí, že je velmi racionální typ a v tomto přístupu se nejspíš s průvodcem neshodl. Dělal si z něj a jeho výroků i někdy legraci: „*Jak on prostě viděl v tý tmě a jak se naučil vidět, to si říkám, to je super, to chci taky, abych viděl ve tmě... Né, neviděl jsem ve*

tmě, ale ani on neviděl, protože když tam přišel, tak já jsem na něj cíhal, tam jsem vždycky seděl v nějakém křesle, tak jsem schválně byl jinde a on přišel a když on šel, tak jsem udělal baf, že jsem věděl, že mě jako nevidí.“ Uvádí, že si dovede představit, že by byla role průvodce úplně vynechána a někdo by mu pouze nosil jídlo. Rozhovory bral jako rozptýlení, vynechání rozhovorů přirovnává k tomu, že týden nebude fungovat televize.

Celkově Červenáček uvádí, že se mu v terapii tmou líbilo, byla to pro něj pozitivní zkušenost, bohužel důsledky sensorické deprivace (zbystření smyslů, přival energie) nevydržely tak dlouho, aby uvažoval o dalším pobytu v budoucnosti, proto nevidí důvod pobyt opakovat.

Klinická rozvaha

Respondent netrpěl před pobytém žádnou psychopatologií, byl realitně zdravý. Žádné další obtíže týkající se zdravotního stavu neuvádí. Od terapie tmou žádné vyléčení z nemoci neočekával.

Celým rozhovorem se prolíná respondentův negativní pohled na jakoukoliv spiritualitu, víze, výjimečné zážitky, které někteří lidé ve tmě absolvují. Nepovažuje se za věřícího člověka, k různým vizím, o kterých četl, přistupoval způsobem „co kdyby náhodou se něco přihodilo“, ale velmi zdůrazňuje svoji racionalitu. Žádné víze při pobytu neměl a tím si jen potvrdil svůj skeptický pohled vůči „ezoterice“, jak nejspíš vše spirituální nazývá. Jak uvádí např. Urbiš (2012), terapie tmou může nějaké výjimečné zážitky přinést, ale jedinec je nemůže automaticky očekávat. Jsou závislé na osobnosti jedince, předchozích zkušenostech a délce pobytu ve tmě. Sumcov (2017) doporučuje ze své zkušenosti očekávat pouze čas strávený se sebou a otevřenost vůči tomu, co přijde.

Ze společných faktorů můžeme u Červenáčka nalézt faktor „konfrontace s problémem“. I když se pobyt pro něho stal dlouhým, rozhodl se dokázat sobě i okolí, že pobyt vydrží, přesvědčí se o tom, že by obstál i v extrémních podmínkách. S tím souvisí faktor „zvyšování vědomí“. Respondent dosáhl díky terapii tmou vhledu, poznal prostředí omezené zevní stimulace a samotu.

Červenáček nepřipouští, že by na něj terapie tmou měla nějaký výrazný vliv, efekt. Můžeme u něj nalézt hlavně efekt zvýšení sebevědomí. Tím, že šel do terapie tmou, ho obdivují přátelé, lidé kolem něj se diví, že pobyt zvládl apod. Vnímala jsem, že i když Červenáček uvádí, že to nebyl přímo motiv pro podstoupení terapie, pojímá tuto skutečnost jako velký přínos. Dalším efektem mohl být odpočinek. Uvádí, že po absolvování terapie

měl několik dní velké množství energie. Suedfeld (1980) uvádí termín „hlad po podnětech“, respondent mohl po sensorické deprivaci vyhledávat aktivně více podnětů.

Shrnutí

Klíčové terapeutické faktory umožňující terapeutický proces: konfrontace s problémem; zvyšování vědomí (vhled).

Terapeutický efekt: nárůst sebevědomí (sebehodnocení); odpočinek.

6.2 Monika

Osobní a rodinná anamnéza

Žena, 24 let (v době zkušenosti 21 a 23 let), středoškolské vzdělání s maturitou. V současnosti má přítele, je bezdětná, studentka učitelství pro 1. stupeň ZŠ. V prostředí omezené zevní stimulace strávila 2 pobyty po 7 dnech (2015, 2017) a jeden pobyt přípravný, 24 hodinový (2014). Sama sebe považuje za věřícího člověka, realizuje i náboženskou praxi. Rozhovor byl příjemný, byla velmi otevřená.

Podstatné aspekty zkušenosti

Monika si přesně nepamatuje, jak se o terapii tmou dozvěděla. Uvádí, že najednou byla tma viditelná v jejím životě. Četla o ní články, mluvilo o ní okolí respondentky včetně jejího otce. Nejprve si šla tmou „ohmatat“ v roce 2014 na 1 den, vyzkoušet si, zda to zvládne a nebude mít strach, zda si může dovolit jít do tmy na týden. Prvotní motivací tedy byla určitá zvědavost. Tento den proběhl dobře, Monika se tedy rozhodla následující rok podstoupit standardní 7denní obyt.

Motivaci, kterou Monika uvádí, je i pro její první delší pobyt zvědavost. Už věděla, o co se jedná, ale byl to pro ni první několikadenní pobyt, nemohla vědět přesně, co ji čeká, co ve tmě zažije a jak na to bude reagovat. Při vstupu pouze měla jistotu, že nemá ze tmy obavy, které by jí bránily takovýto pobyt podstoupit. U druhého delšího pobytu již měla jasno, jak na ni tma působí, jak terapie probíhá. Tentokrát byla v jiném zařízení, pobyty budu srovnávat níže.

Po prvním pobytu již respondentka věděla, že přínosem terapie tmou je odpočinek, který i u druhého pobytu očekávala. Její hlavní motiv ovšem spočíval v touze najít znovu sama sebe: *„No, ale s tímhle záměrem jsem si to teda neobjednávala, ale čím víc se to blížilo, tím víc jsem věděla, proč tam jdu. On člověk totiž většinou neví, proč tam jde*

a zjistí to až tam, proč tam je. Takže jsem vlastně šla najít sama sebe. A objednala jsem si to, protože jsem cejtila, že mám.“ Pocit, že tmu potřebuje, považuje za iracionální, teprve právě přiblížením se doby terapie si ujasňovala, na čem chce v prostředí omezené zevní stimulace pracovat.

Na pobyt se nijak nepřipravovala, nečetla si žádné články, jen si sbalila věci. Tento přístup vystihuje i její výrok: *„Je zbytečný se ochuzovat o vlastní prožitek modelem cizího prožitku.“* Tento přístup doporučuje i např. Urbiš (2012) či Sumcov (2017). Za určitou formu přípravy na pobyt by se dala považovat masáž, kterou respondentka absolvovala před druhým pobytem. Masérka s Monikou dle jejích slov i terapeuticky při masáži pracovala, řekla jí vše, co potřebovala, i zadání, témata na pobyt ve tmě.

Reakce okolí na Moničino rozhodnutí byly různorodé, od podpory otce, přes nepochopení matky, po zájem a zvědavost ze strany přátel. Celkově byly reakce spíše pozitivní.

Na adaptaci na pobyt z „přípravného“ jednodenního pobytu si nevzpomíná. Při prvním dlouhodobějším pobytu neuvádí ohledně adaptace žádné potíže. Nejprve si přes pelest postele přehodila deku, aby do ní bolestivě nenarážela. Nastupovala při obou pobytech ve večerních hodinách, šla tedy nejprve spát. Uvádí, že celý pobyt chodila v pohodlném oblečení. To doporučuje i Kupka et al. (2014).

Moničin typický den vypadal tak, že jedla, pila, spala nebo ležela a cvičila jógu. Popisuje, že jedla rukama a naprosto jinak než při jídle v běžném prostředí vnímala chutě. Dotaz na meditaci neguje s tím, že jde o širší pojem, spíš popisuje jako aktivitu zklidnění a přemýšlení v klidu o životě. Dále si kreslila, při prvním pobytu o pastelky požádala průvodce, při druhém je již měla s sebou. Čas trávila také nákresem přestavby domu, který s partnerem v té době kupovala, a sepisováním různých organizačních věcí, např. ohledně chystané svatby. Terapii tmou Monika pojala i jako psychoterapii, pracovala při pobytu s různými metodami, cituje např. Výlet do dětství.

Za nejdůležitější na své (druhé) zkušenosti považuje nalezení sama sebe, popisuje pocity, které před terapií tmou zažívala: *„Já jsem se skutečně od ledna necejtila sama sebou, prostě se necítíš, to je takovej nepříjemnej pocit. Jako normálně žiješ, funguješ, děláš zkoušky, děláš všechno, co normálně, člověk vzdálenější to na tobě nepozná. Ale sama víš a ty blízký lidi to cejtěj, věděj taky, že nejsi sama ze sebe, že ti něco chybí, že ses někde oddálila sama sobě nebo tak něco, to se blbě popisuje.“* Jak uvádí i Urbiš (2012), díky terapii tmou se jedinec může odpoutat od neharmonického a hektického života a navrátit se k harmonii skrze zastavení, zklidnění a nalezení cesty k sobě.

V prožívání dominovalo v první zkušenosti téma partnera. Respondentka se aktuálně zabývala počínajícím vztahem a nejistotou ohledně něj: *„Předtím to bylo v období, kdy jsme se s partnerem dávali dohromady a ten den nástupu do tmy ho vyhodila jeho bývalá z baráku. Takže vlastně já jsem nevěděla, co on si rozmyslí za ten tejden a on nevěděl, co mně ve tmě hrábne v hlavě, takže jsme vlastně ani jeden nevěděli...tak jsme se pak viděli, otevírám dveře, koukli jsme se na sebe a bylo nám jasné, že se vůbec nic nezměnilo. Ale oba jsme měli ten tejden pochybností. Ale zároveň jsme se hodně cejtili navzájem, v té tmě. Jak jsem tam byla, tak hodně intenzivně jsem ho cejtila.“* Monika prožívání tohoto propojení zdůrazňuje, nastalo i při druhém pobytu: *„Ačkoliv je jenom jeden člověk v té tmě, tak to pracuje s oběma partnerama... I partner v tu dobu našel sám sebe. Jsem přijela do města, prostě jsme někam jeli autem a on říká: jsem zpátky, takovým šibalským způsobem, jak když malý děcko ti něco vypráví. No, ono to pracuje s oběma. Byla jsem měsíc v zahraničí, nic, to si telefonujem a tak. Ale prostě tady ten tejden ho nijak nekontaktuju.“* Celkově uvádí, že minulé vztahy nijak zvlášť nereflektovala.

K emoční abreakci došlo vlivem autoterapie, kterou na sobě respondentka prováděla, konkrétně uvádí pláč. Nebylo to pro ni ovšem nějak významně těžké a bolestné, mluví o očištné funkci terapie, kdy se jedinec musí vrátit k bolestnému okamžiku a „vyčistit ho“. To je v souladu s Urbišem (2012), který upozorňuje, že v terapii tmou se organismus jedince pročistí a zbaví se psychických nánosů.

Za nejtěžší při prvním pobytu Monika považovala poslední den, kdy věděla, že již půjde ven z prostředí omezené zevní stimulace, a byla díky tomu nervózní. Při druhém pobytu Monika hovoří o jednom specifickém dni (nejspíše 5. den), který byl pro ni obzvlášť náročný: *„Vstala jsem hrozně brzo ráno, ještě v noci a byla jsem celý den nervní, úplně hrozně, nešlo nic, nešlo ležet, ééé, vůbec nic, nešlo tě uklidnit, nevěděla jsem co to je, proč to je, tak to bylo ten jeden den. A ještě jsem nespala ten den podruhé. A večer jsem nemohla, že jsem šla spát někdy po půlnoci až... No prostě to bylo hustý, no.“* Tento den myslela na všechny lidi, kteří prošli jejím životem, a modlila se za ně. Nedocházelo k reflexím vztahů s nimi, pouze na ně myslela, až se postupně dle svých slov dostala ke vnímání celé planety. V tento den za ní jako obvykle přišel průvodce: *„Ptal se, jestli je všechno v pohodě, říkám: jsem strašně nervózní. A máš co sdílet, chceš něco sdílet? No ani ne! Takže to bylo takový „pomoc, já chci pryč“, ale vlastně jsem věděla, že to musí odeznít, že je jenom něco, nevím, co to bylo, ale tak jsem si to prožila celkem dost dlouho.“* Při tomto pobytu měla možnost poslouchat nejružnější nahrávky (Čtyři dohody, Kabala, apod.). Respondentka ovšem hned na počátku terapie přehrávač uklidila, chtěla být v tichu.

Uvádí ovšem, že tento den, kdy byla nervózní, by nahrávky případně i využila. O různých nepříjemných stavech spojených s terapií tmou hovoří i Kupka et al. (2014), kdy terapeut má napomoci klientům nepříjemné stavy přečkat s tím, že jak každá emoce vznikla, tak i odezní.

Hlavní přínosy terapie tmou pro Moniku spočívaly v odpočinku a práci na sobě ústící v nalezení sama sebe. Z prvního pobytu si odnesla pochopení, že ve tmě je absolutní svoboda, ve které člověk může vše. Díky druhému pobytu si Monika uvědomila, že má čas, sama čas tvoří, může si s ním dělat, co chce a smysluplně ho naplnit.

Mezi přínosy pobytu, které přetrvávají až do současnosti, jmenuje uvědomění si svého ženství a rozhodnutí začít nosit častěji sukně: *„Prostě chci to ženství žít v sukni, ty kalhoty nejsou úplně ženský. Což je pro mě takový zvláštní na zimu nebo tak, v září s tímhle vylezeš, když vylezeš v květnu nebo dubnu, tak to takovej problém není, léto před tebou... No, takže jsem si teda koupila 2 vlněný sukně, je to hodně změna outfitu, vlastně se mi nic k tomu nehodí, tak si říkám smůla, nic neřeším, nemám prachy na to, abych změnila celý šatník. Koupila jsem si 2 sukně a punčocháče, to je tak jako všechno teď. I partnerovi se to líbí, spolužák, kterej je podobně naladěnej, tak jsme se taky bavili, taky žena v tý sukni je víc žena i chováním, nemyslím tím, že vypadá víc jako ženská, ten zadek v těch kalhotách fakt vypadá dobře, no a ne? Ale do psychiky, že jde to ženství.“* Dále přetrvává do současnosti pocit nalezení sama sebe. Po pobytu respondentka také realizovala své poznámky týkající se přestavby domu. Do současnosti také přetrvala chuť tvořit. Uvádí, že tento semestr je více produktivní a tvořivá, ale že *„školní systém tě udolá“*. Chuť tvořit už tedy není tak silná jako ihned po pobytu. Nárůst kreativity popisuje i Urbiš (2012). Podle něj je prostředí terapie tmou místo, kde můžeme rozvíjet své myšlenky, zabývat se denním sněním a být kreativní.

O končení terapie ani při jednom z pobytů nepřemýšlela. Pobyt v prostředí omezené zevní stimulace považuje za bezpečný. Uvědomuje si, že by tam někteří lidé mohli mít problémy, ale uvádí, že ti by tam nikdy nešli. Prostředí terapie považuje za drsné s tím, že tam *„jen tak někdo nepůjde“*: *Tma je pro každého a pro nikoho zároveň, prostě to musí člověk cejtít. Tma není pro všechny. Každý by to nedal. Ale nesmíš se bát sám sebe. Protože v tý tmě jseš ty sám se sebou. A my v dnešní době jsme málo sami se sebou, furt hraje hudba, televize, náš mozek může zachycovat podněty z okolí a málokdy jsme jen sami se sebou, kdy nemáme ty podněty z okolí. Takže asi na to nemaj úplně všichni, ale myslím, že kdo už do tý tmy jde, tak tam má jít. V podstatě každý si z tý tmy odnese všechno, co potřebuje. Protože do tý tmy skutečně vstupuješ jenom ty se svým vlastním zadáním, v tý*

tmě není nic navíc. Jakejkoliv strašák se tam někomu může objevit, tak to prostě ty jsi ho tam přines. Takže doporučila – jo, jsou lidi, kterejm jsem to doporučila, ale nemyslím, že je to pro všechny, tak jako všechno, že. Za důležité považuje, aby do terapie docházel nějaký průvodce, se kterým si člověk může promluvit. Zdůrazňuje také, že pobyt je dobrovolný a každý může chráněné prostředí kdykoliv opustit.“

Zajímavá je možnost i po předčasném opuštění klauzury pobyt dokončit na světle: *„Oni v tomhle Místě v srdci to maj tak, že když nezvládneš tu tmou, tak tam můžeš zůstat v těch chatkách i na světle. Že se daj otevřít a můžeš si to tam dožít. Jseš bez mobilu stále, jseš bez lidí, sám se sebou, ale máš tam to světlo. Takže to je menší účinek, ale furt to tam máš.“* Tato možnost odpovídá i doporučením Kupky a Malůše (2013), kdy doporučují po ukončení terapie tmou minimálně 24hodinový přechod a prostor pro rekapitulaci zážitků ze tmy.

Opuštění klauzury respondentka popisuje u prvního pobytu takto: *„To jsme měli budík někdy na 4 a vylezali jsme před rozbřeskem do tmy. Ted' ti to zmizí, všechno zešedne a prostě svítá. A jak ty probouzíš ty barvy, tak svět je probouzí taky. Tak je to taky zajímavý, ale vůbec mně nevadilo, že to ted' nebylo. Bylo to moc pěkný, taky určitě zesílený, jak jsem tam byla v těch vedrech, tak jsem zelezala, když byla ještě zem zelená a vylezla jsem v podstatě spálená, suchá zem, tak to byl takovej zvláštní pocit.“*

O vyjití z prostředí omezené zevní stimulace při druhém pobytu hovoří takto: *„Bylo to krásný. A my jsme měli i krásný počasí ted'ka. To bylo na Moravě u Prostějova, to bylo Místo v srdci, no a tady v Čechách tou dobou bylo strašně hnusně a my jsme tam měli krásně. Ono prej celej tejděn nebylo moc hezky, ale to ráno bylo nádherný, celý dopoledne, krásně, sluníčko, barvy. Seděla jsem, sedíš a zvykáš si, to světlo, barvy, ty zelený, ty zvuky, to slyšíš úplně všechno, takovejch zvuků, to jsem musela doma vytáhnout baterky z budíku, to byl strašnej randál.“* Zesílené vnímání zvuku přetrvávalo od vyjití z klauzury až do noci, zrakové vjemy vyprchaly dříve. Uvádí, že po prvním pobytu zesílený zvuk nevnímala, odůvodňuje to tím, že chatka nebyla odhlučňovaná a zvukové vjemy tedy vnímala celou dobu pobytu.

Monika díky tomu, že prošla dvěma pobytmi terapie tmou na různých místech, může porovnat i roli průvodce. Před prvním pobytém ji průvodce pouze ústně upozornil, jak často bude za ní chodit a ukázal jí za světla prostředí terapie. Před druhým pobytém Monika podepisovala formulář o tom, že když průvodce shledá, že má terapie na ni nějaký škodlivý, destruktivní vliv, může pobyt ukončit. Toto respondentka hodnotí kladně. Někdo,

kdo za klientem každý den dochází a vede s ním rozhovor, tak podle ní může také „nestranně“ posoudit jeho psychický stav.

Při prvním pobytu spolu s průvodcem Moniku navštěvovala i jeho partnerka, což zpětně respondentka hodnotí negativně: *„Tam chodili oba partner s partnerkou a ten chlap, co to má na starosti víc, tak zařukal a zeptal se, jestli můžeme jít a ta ženská šla automaticky. Ne, že by mně to vadilo v tu chvíli, ale my jsme byly obě tak ukecaný, že mě to v podstatě odvádělo sama od sebe. Že jsme prostě kecaly a tak a vlastně když jsem to hodnotila zpátky, tak jsem zjistila, že to asi není to, co bych úplně chtěla.“* Při druhém pobytu průvodce dle svých slov nepotřebovala. Každodenně za ní s nabídkou rozhovoru docházel, ale Monika ji nevyužila. Myslí si, že je v pořádku, když průvodce přijde a zeptá se, zda něco chce sdílet, protože dopředu nemůže vědět, co bude aktuálně prožívat.

Oba pobyty respondentka srovnávala spontánně během celého rozhovoru, rozdíly udává např. v uspořádání prostoru: (2. pobyt) *„Bezbariérová sprcha a umyvadlo s dobře odkládacím prostorem a tak, to bylo dobře. A ten prostor se mi líbil víc. Já nemám ráda, když jsou nějaký věci navíc v tom prostoru, třeba posilovací stroje, to mi přijde, na tom se člověk zabije, přijde mi to zbytečný, není to pro mě... (1. pobyt) Spíš ten prostor byl hůř uspořádaný, tady třeba i byla policová skříň, což bylo docela praktický ve výsledku, s ohoblovanějma rohama samozřejmě.“*

Celkově Monika hodnotí oba pobyty kladně. Uvádí, že aktuálně nepocítuje potřebu podstoupit další pobytu v omezené zevní stimulaci. Narozdíl od prvního pobytu, kdy věděla, že chce v budoucnu podstoupit ještě jeden. Uvažovala i o delší terapii, ale nakonec sama zhodnotila, že i při druhém pobytu jí týden stačil. Do budoucna by chtěla vyzkoušet jinou formu senzorické deprivace, a to komoru pohlcující zvuk.

Monika dále uvažuje o podstoupení párové terapie. Přemýšlí, že před terapií párovou, by měl mít každý z partnerů s pobytém individuální zkušenost: *„Podle mě párová tma by měla vypadat – jednak by podle mě bylo dobrý pro mě, aby už i ten druhý člověk měl zkušenosti stejné ve tmě, aby si zpracoval nějaký svoje věci a potom by to mělo vypadat jako 3 místnosti: každé svojí a společnou. A prostě když chci sdílet, bejt společně, můžu dělat cokoli s tím partnerem, tak jsem uprostřed, ale zároveň mít svoje, kam ti ten partner nevkročí, a můžeš bejt sám se sebou. Tak myslím, že by měla vypadat párová tma. Tak kdyby to takový bylo, tak určitě bych ráda s partnerem to absolvovala.“*

Klinická rozvaha

Respondentka byla při pobytech v terapii tmou psychicky zdravá, netrpěla žádnou psychopatologií.

Respondentka vždy velmi dobře věděla, proč terapii podstupuje, co od ní očekává, zpracovávala v ní různé zážitky, apod. Zajímavé je, že pobyt nepůsobil změny jen u ní, ale také u jejího partnera, jak bylo z rozhovoru patrné. Uvažuje o určitém jejich „propojení“, kdy se oba posunuli ve svém životě někam dál, a to i když spolu po celou dobu terapie nebyli v kontaktu. V tomto mi tato kazuistika přijde opravdu ojedinělá, psychotherapeutický efekt tam můžeme pozorovat také blízké osoby respondenta.

Ze společných faktorů nalezneme u Moniky v každém případě pozitivní očekávání. Věděla, co od tmy chce, s čím přichází, jaký účinek očekává. Při druhém pobytu např. šla nalézt sama sebe, a to se jí také podařilo. Terapie tedy měla efekt, jaký si respondentka přála.

Jako další terapeutický faktor můžeme jmenovat i určitou emoční abreakci. Monika popisuje, že na sobě zkoušela nejrůznější terapeutické techniky, které znala. V některých situacích tak docházelo např. k pláči, respondentka si odžila něco nepříjemného, aby tak mohla tento zážitek „očistit“.

Dalším faktorem je zvyšování či rozšiřování vědomí. Monika prováděla v terapii tmou rekapitulaci svého partnerského vztahu a pracovala se svým prožíváním – vydržela u nervozity, neutekla od svých emocí pryč. S tím souvisí i konfrontace s problémem. Byla vystavena své nervozitě, ve vlastní terapii se konfrontovala i s dalšími problémy a odžila si je.

Jako další můžeme jmenovat uvědomění si další životní cesty. Monika si v první terapii tmou promýšlela vznikající partnerský vztah, ve druhé potom především přemýšlela o sobě samé, chtěla se znovu „nalézt“.

Z efektů terapie tmou u Moniky můžeme nalézt odpočinek a sebepoznání. Dále také práci s prožíváním, konkrétně v souvislosti s ochotou snášet nervozitu. Dalším efektem je nárůst tvořivosti po terapii. Respondentka si díky pobytu uvědomila svoji svobodu a také, že má všechnen čas a může se rozhodnout, jak s ním naloží. Zajímavým efektem je Moničina touha projevit své ženství v častém nošení sukní. Díky terapii také realizovala své poznámky týkající se zejména plánované přestavby domu.

Shrnutí

Klíčové terapeutické faktory umožňující terapeutický proces: pozitivní očekávání; emoční abreakce (pláč); zvyšování vědomí; konfrontace s problémem; uvědomění si životní cesty.

Terapeutický efekt: odpočinek; sebepoznání; práce s prožíváním (ochota snášet nervozitu); vnímání své svobody; změna vnímání času; vnímání ženství (nošení sukni); realizace poznámek ze tmy; zvýšení tvořivosti.

6.3 Marie

Osobní a rodinná anamnéza

Marie, 75 let (v době zkušenosti 60, 61 a 62 let), vzdělání středoškolské. V současné době je zadaná, má 1 dítě. Je již 9 let ve starobním důchodu. Marie podstoupila terapii tmou v Beskydském terapeutickém centru 3x, a to v roce 2002 (1 týden), 2003 (2 týdny) a 2004 (1 týden). Za věřícího člověka se považuje, náboženskou praxi nevykonává. Rozhovor s Marií byl velmi příjemný a otevřený.

Podstatné aspekty zkušenosti

O terapii tmou se respondentka dozvěděla ze svých léčebných pobytů v Čeladné, kde docházela i na přednášky Dr. Urbiše. Ten ji již na samém počátku provozování terapie tmou oslovil, zda by nechtěla pobyt vyzkoušet. Marie v té době kvůli naplánovanému lékařskému vyšetření nabídku nemohla přijmout, ale později pobyt uskutečnila.

Prvotní motivací pro podstoupení terapie byla pro Marii zvědavost – jednalo se o něco nového, byla na počátku vzniku terapie tmou v České republice. Dalším důvodem pro pobyt bylo očekávání zlepšení zdravotního stavu, respondentka měla informace, které nasvědčovaly, že by pobyt mohl jejímu organismu prospět. Při dalších pobytech už věděla, co ji čeká a měla realistická očekávání odpočinku jak fyzického, tak psychického.

Na pobyt se nijak speciálně nepřipravovala, konzultovala ho pouze s Dr. Urbišem. Uvádí, že nikomu ze svého okolí o plánované terapii neříkala, odůvodňuje to hektickým životem, který vedla, nijak o tom do hloubky nepřemýšlela, ani o tom neříkala blízkým. Příležitostně se někomu po absolvování terapie o své zkušenosti zmínila, ale po rekacích typu „*ty jsi cvok*“ již pobyt dále s nikým neprobírala.

Mariiny obavy z prvního pobytu se týkaly její psychiky, nevěděla, zda bude terapii tmou dobře snášet. Tyto obavy se nevyplnily, uvádí, že celá terapie pro ni byla příjemná. Další obavy se týkaly zdravotního stavu, konkrétně ztráty časové orientace a zároveň nutnosti užívat každé ráno léky ovlivňující funkci štítné žlázy. Tyto obavy se rovněž ukázaly jako liché, Marie i v prostředí omezené zevní stimulace poznala, kdy je ráno a má si medikaci vzít.

Adaptace na klauzuru proběhla dobře, Marie přijela do Čeladné brzy ráno po noci probdělé ve vlaku, první 2 dny tedy podle svých slov s přestávkami prospala. Nejprve se pokoušela zorientovat v místnostech, na podlahu položila karimatku, ze které následně odvozovala směr, kterým se dostane do jídelny a koupelny. Uvádí, že se jednou ztratila a následkem toho se cítila nepříjemně, byla zmatená. Po zorientování se ovšem další adaptace probíhala bez problémů, Marie chválila způsob zařízení vily Mátma, např. úchytky na kartáček na zuby apod.

Marie svůj typický den popisuje takto: *„Já jsem si tam cvičila nějaký cvičení, který jsem zvyklá, to bylo součástí té mé dlouhodobý snahy se uzdravit, pak jsem si tam připravila nějaký mudry z přednášek Dr. Urbíše, tak to máte 3x denně čtvrt hodiny, tak když byly 3 nebo 4, tak to už vám zabere 2, 3 hodiny. Teď jsem tam ale neměla žádnou časomíru, tak těch 15 minut jsem počítala, že jsem si spočetla, kolik je to sekund, tam jsem myslím do 3 500, tak to bylo těch 15 min. No, tak to mi zabralo čas, i to cvičení. No, pak dr. XY žádal, abych si zapisovala sny, tak to jsem dělala, pak jsem tam napsala pár dopisů, pak jsem tam cvičila na orbitrekách, no pak jsem tam měla žíněnku, tak jsem si cvičila na té žíněnce a úplně ve volném čase jsem si přemýšlela, to mi nevadilo, nevím, jestli trochu z polospánku nebo úplně při vědomí a když jsem jó nevěděla, co mám dělat, tak jsem si vymyslela, to mě napadlo tam, oblíbenej film, kterej znám a viděla jsem ho x krát a znám ho skoro nazpaměť, tak jsem si ho zkusila vyprávět anglicky, na to nepotřebujete nic a snažila jsem se tam ty slovní hříčky a takový věci, jak bych to asi řekla, to mi trvalo asi 2, 3 dny ten film. A to mi vycházel čas tak odpoledne, že po obědě jsem odpočívala, pak jsem psala myslím dopisy a pak jsem měla volnou chvíli na to přemejšlení, tak to mi trvalo tak 2, 3 dny. A když jsem skončila s angličtinou, tak jsem si to zkusila německy. A to mi trvalo dlouho, protože jednak jsem dlouho ten jazyk nedělala, tak hledáte slova a zvlášť přemýšlíte, když to jsou nějaký fráze nebo slovní hříčky, tak to se nedá překládat, no tak tím jsem měla hodně času a někdo mi říkal, že je to vlastně forma meditace.“*

Respondentka považuje na své zkušenosti za nejdůležitější 2 body, které přetrvávají dodnes: zlepšení svého zdravotního stavu (včetně vysazení medikace na krevní tlak)

a uvědomění si, které osoby chce, aby v jejím životě dále figurovaly, což považuje za své zásadní životní rozhodnutí. Marie svoje rozhodnutí komentuje takto: „*Tak jsem si ujasňovala vlastně i to, co mi řekl pan Dr. Urbiš, že jsem člověk, kterého hodně využívají ostatní lidé a že můj problém je, že neumím říct ne a snažím se každému vyhovět a pak je to jeden z důvodů, proč jsem vyčerpaná. Takže tam jsem si ujasnila, který lidi vyřadit ze svého života a taky jsem to udělala. Našla jsem tu sílu a dokázala jsem otevřeně říct, že ten vztah mi nevyhovuje a už mi nevolej a už se s tebou nechci stýkat. A na druhý straně jsem si ujasnila zase, a kterejch lidech mi záleží a řekla jsem si, že těm se budu věnovat, těm budu věnovat svoji energii a čas. A došla jsem k názoru, že to musím taky napsat, tak jsem napsala několik dopisů blízkým lidem a řekla bych, že to byl v mém životě posun, že jsem si nejen ujasnila, na kom mi v životě záleží, to jako člověk ví, na kom mu záleží, ale že jsem si ujasnila, který lidi vytěsnit a s kterejma se nebudu stýkat anebo pokud někdo na mě bude mít požadavky, jako to bylo v minulosti, tak řeknu, že nemůžu, nechci, nemám čas. A vůbec s tím nemám problém, nemám výčitky svědomí, když někomu řeknu: promiň, ale já to neudělám, to, o co mě žádáš.*“

„*Tak to bylo, že jsem se zklidnila a moje zdravotní problémy asi byly nervovýho původu, to už mi říkala i moje obvodní lékařka, že jsem měla nějaký potíže se srdcem a takovej předinfarktovej stav, říkala: vy nejste typ na infarkt, u vás je to stres. A taky se to potvrdilo, že od té doby, co jsem vyšla, jsem přestala brát léky na zvýšené krevní tlak a ještě jsem tam měla další léky na srdce, tak ty všechny léky jsem přestala brát a musím zaklepat, dosud je neberu a srdce mám v pořádku. A souvisí to i s ostatními orgánama, protože to je takovej řetězec, takže nemůžu říct, že snad by se přímo v tu chvíli odstartovalo moje uzdravování, ale v tom procesu, kdy jsem hledala alternativy, protože i několik let předtím jsem měla opravdu velké zdravotní potíže a hroutila se mi ta fyzická stránka po všech směrech.*“

V Mariině prožívání figuroval vjem „*mám na sebe čas*“. Pobyt si užívala, protože to byl protipól jejího uspěchaného a hektického pracovního života. Takto popisuje, jak si na sebe udělala čas a vnímala přítomný okamžik: „*Propašovala jsem si tam nějakou kosmetiku, tak jsem si tam v té tmě natáhla osušku, a když jsem se vysprechovala, tak jsem si tam našla ty olejčky a lehla jsem si na tu osušku, pak jsem se tím celá natřela a užívala jsem si klidu a vůně té kosmetiky. To si pamatuju, že mi to bylo strašně příjemný, když jsem si tam lehla, čekala jsem, až se vsáknou, ten pocit ještě pořád mám, jak to bylo příjemný, jak mi voní ty pleťový mlíka a krémy a to, čím jsem se namazala, že si to normálně člověk neužije ve všední den.*“

Marie kromě zdravotních přínosů a urovnání si vztahů uvádí jako přínos pobytu racionálnější myšlení. Uvádí, že je nyní mnohem klidnější než dřív a nepodléhá v takové míře jako v minulosti svým emocím.

Marie vypráví sen, nejspíše denní v bdělém stavu, který pro ni byl při pobytu v terapii tmou těžký a nepříjemný: „*Pak jsem měla jeden živý sen, že tam za mnou přišli rodiče, to mě trošku vystrašilo, Dr. Urbiš říkal, že jsem se chovala špatně, protože já jsem nechtěla komunikovat, nikdo na mě nemluvil, jen jsem viděla živě postavy, že se tam objevily a já jsem je odmítla. Dr. Urbiš říkal, že jsem to udělala špatně, že jsem se měla zeptat, co mi chtějí. Ale já jsem nechtěla žádnou komunikaci.* Tento přístup se shoduje s tím, co uvádí Urbiš (2012), který v případě vize v terapii tmou doporučuje ji přijmout a komunikovat s ní o tom, proč se objevila, co od jedince požaduje. Pro klienta ovšem tato vize může být natolik nepříjemná, že nechce v komunikaci pokračovat a spíše ji chce opustit.

Těžké nebo nějak nepříjemné pro Marii byly i některé méně závažné věci, např. jí chyběla vidlička a nůž, některé potraviny se jí špatně jedly lžící či rukama. Dále uvádí, že jí při prvním pobytu chyběla nějaká časomíra, podle které by si měřila čas strávený rozjímáním o mudrech. Při druhém jí již s sebou měla, podmínkou bylo, že nesměla vydávat jakékoliv světlo.

Respondentka nikdy neuvažovala o předčasném ukončení pobytu ve tmě, i když pro ni byl např. denní sen o návštěvě mrtvých rodičů nepříjemný. Uvádí, že představa pominula a ona byla ráda, že je opět o samotě. Respondentka na terapii tmou nepovažuje nic za nebezpečné nebo ohrožující.

Po opuštění prostředí terapie tmou respondentka nejintenzivněji prožívala snídani. Po skromné stravě v klauzuře si dopřála velkou snídani (je zvykem, že Dr. Urbiš bere své klienty po ukončení pobytu na bohatou snídani). Popisuje, že se přejedla a bylo jí špatně, nejspíš jí také klesl její už tak nízký tlak. Proto doporučuje dalším zájemcům o terapii tmou snídani menší. Dále poukazuje na vnější vjemy zrakové i čichové – les, slunce, vůně venkovního prostředí.

Respondentka roli průvodce hodnotí jako užitečnou pro první 2 pobyty, poslední týdenní pobyt již jeho doprovázení každodenně odmítala. Uvádí, že se již znala, věděla, že to už nepotřebuje. Na začátek zkušenosti terapie tmou ovšem průvodce doporučuje, říká, že měla v počátcích obavy, jak 1. pobyt zvládne, nezřekla se ho hned, až po 2 pobytech, kdy už „*věděla, co chce*“.

Marie v rozhovoru jednotlivé pobyty srovnávala: „*No, řekla bych, že ten první týden byl takovej, že si odpočinulo moje tělo, ta fyzická schránka. Při druhém pobytu, těch 14 dní si myslím, že hlavně mi tam pracovala psychika. No a to třetí, to už jsem věděla, do čeho jdu a tak bych řekla, že jsem si to příjemně prožila, bez nějakých nových zážitků. Výsledek byl, že jsem říkala, že bych tam chtěla být 3 týdny. Nevím teda, proč zrovna 3 týdny, ale tak mě to napadlo a snad i v tom srovnání, že po těch 14 dnech se mi ještě nechtělo domů. No, ale teď už vím, že to neuskutečním, protože těch peněz je tam moc.*“ Marie by tedy dle svých slov další pobyt, 3 týdenní uskutečnit chtěla, ale brání jí její finanční situace. Zároveň ovšem uvádí, že nemá pocit, že by pobyt vyloženě potřebovala, jako před předchozími pobyty. Šla by tam „*z radosti, že si tu užije*“. Celkově Marie všechny pobyty v prostředí omezené zevní stimulace hodnotí kladně.

Klinická rozvaha

Marie neuvádí psychické obtíže před terapií tmou, není u ní zjevná žádná psychopatologie. Její potíže se týkaly fyzického stavu, uvedla medikaci štítné žlázy a vysokého krevního tlaku. Tyto zdravotní obtíže po absolvování terapie tmou vymizely, respondentka již některé léky neužívá. Zdravotní přínosy terapie tmou uvádí mimo jiné Urbiš (2012), podle jehož pozorování se vlivem pobytu ve tmě snižuje hladina triglyceridů, a tím se snižuje onemocnění srdce a cév, např. ischemické choroby srdeční. Dalším procesem, který Urbiš (2012) uvádí, je zvýšení produkce hormonu melatoninu, který způsobuje i snížení krevního tlaku.

Mezi klíčové faktory působící u Marie můžeme zařadit v první řadě vliv pozitivního očekávání a faktory na straně terapeuta. Marie dopředu předpokládala, ale informací od Dr. Urbiše, že terapie tmou může jejímu zdravotnímu stavu pomoci, a tak se také stalo. I od své lékařky se dozvěděla, že „*vy nejste typ na infarkt, u vás je to stres*“. Od terapie si slibovala zklidnění, odreagování a odpočinek a toho se jí také dostalo.

Dále můžeme vidět v jejím postoji vůči bdělému snu o návštěvě rodičů jak snahu konfrontovat se se svými problémy, kterou jako účinný faktor v psychoterapii uvádí např. Kratochvíl (2017) či Kosová (2014), tendenci „vydržet“ nepříjemný stav, ale zároveň zde spatřujeme odmítnutí vize ze strany respondentky, snahu o její potlačení.

Dalším klíčovým faktorem je zvyšování vědomí. Respondentka ve tmě provedla hlubokou vztahovou rekapitulaci, uvědomila si, koho ve svém životě nadále chce a potřebuje, a koho ze svého života z nejrůznějších důvodů chce vyřadit. Tuto svoji rekapitulaci završila napsáním dopisů blízkým. U Marie můžeme také nalézt všímavost,

zaměření se na tady a teď, a to zejména v momentu relaxace s vonnými oleji a krémy, vnímání jejich vůně, pocitu na těle. O všímavosti v souvislosti s účinnými faktory hovoří i Yalom (2006).

U Marie můžeme nalézt také faktor odpočinku a redukce stresu. Ten se prolíná celým rozhovorem, respondentka hovoří o svém hektickém životě a zkušenost terapie tmou uvádí jako pravý opak, prostředí, ve kterém se jí dostalo odpočinku, zklidnění a relaxace.

Respondentka uvádí také přínos v podobě lepšího racionálního myšlení. Dle svých slov již tolik jako dříve nepodléhá emocím a vidí věci jasněji. Tento efekt spojuje s terapií tmou.

Shrnutí

Klíčové terapeutické faktory umožňující terapeutický proces: pozitivní očekávání; osobnost terapeuta; konfrontace s problémem; zvyšování vědomí; odpočinek a redukce stresu.

Terapeutický efekt: zlepšení zdravotního stavu; volba blízkých lidí v životě; racionální myšlení.

6.4 Rychlonožka

Osobní a rodinná anamnéza

Muž, 76 let (v době zkušenosti 72 a 73 let), středoškolské vzdělání s maturitou. V současnosti je rozvedený, má 3 děti, už 17 let je ve starobním důchodu. V prostředí omezené zevní stimulace byl 2x na 7 dní (rok 2013, 2014). Poprvé v Beskydském terapeutickém centru, druhý pobyt absolvoval v Dobré u Frýdku-Místku. Rychlonožka sám sebe považuje za věřícího člověka, spirituální či náboženskou praxi konkrétně v současnosti nerealizuje. Rychlonožka se ke všem otázkám vyjadřoval ochotně, někdy odbočoval od tématu, ale poté jsme se opět vrátili k terapii tmou.

Podstatné aspekty zkušenosti

O terapii tmou se respondent dozvěděl od Dr. Urbiše, jezdí do Beskyd na rehabilitaci a v rámci ní se s ním setkal. Jako motivaci uvádí určitou zvědavost, co mu pobyt způsobí, či touhu po nových zážitcích (sensation seeking): „*To já jsem takový. Mně řekli, že funguju jako virus, že vždycky někde něco objevím a nakazím ostatní a uteču od*

toho. Takže já jsem takový odjakživa.“ Uvádí, že žádná očekávání od terapie tmou neměl. Před pobytem měl mírné obavy: *„Je týden, budeš tam, nemůžeš nikde vylézt.“*

Na pobyt se připravoval čtením různých článků na internetu od Dr. Urbiše. Reakce svých blízkých by rozdělil na 2 skupiny: *„Jedni říkali: zkus to, pak nám řekneš. A nejkrásnější byla reakce jedné doktorky, to se dalo čekat, já jsem se mihnul kolem té obvodní a já říkám: no ale já potřebuju být v pořádku, já jdu do tmy, nechtěně jsem se tak zmínil a to byla ale přitom mladá doktorka. Do tmy? To přijďte ke mně, můžete si sednout do sklepa k uhlí.“* Po pobytu o své zkušenosti se svými blízkými příliš mluvit nechtěl: *„Protože čím víc se o tom mluví, tím víc se to rozplihne, jak já říkám a ty zážitky pak se vytratí. Takže když si to člověk nechá pro sebe tak je to vždycky lepší, já mám s tím už zkušenosti z jiných činností.“*

Na klauzuru se Rychlonožka adaptoval takřka „hazením do vody“: *„Vůbec ten začátek byl kouzelný, kdy mě tam (průvodce) vystrčil – jděte se tam podívat dozadu, jak to je, cvak, zavřel a tím to zahájil... Je to lepší, než kdyby se tam půlhodinu mluvilo a on by pak říkal, já teď zhasnu a ještě ne, ještě to... Tak šel, on to zřejmě věděl, jak na to jít, ať ten člověk je trošičku víc připravený na různý jiný změny.“* Tento styl průvodcova jednání Rychlonožka hodnotí kladně, potkalo se u něj s porozuměním. Vystává otázka, zda by to tak bylo v případě jiného klienta, v tomto případě ovšem průvodce dobře odhadl situaci a schopnost klienta. Před pobytem proběhly nějaké praktické informace ohledně rozestavení nábytku, apod.: *„Akorát kolem těch dveří, to mi zůstalo furt, možná že mluvil o jiných věcech, který dneska mám tak zažité, že mi to nepřijde, ale o těch dveřích, abych si tam někde nerozbil držku. Jak říkám, to je zákon schválnosti. Ty dveře se postaví tak, abyste se do nich trefila. A ono to není nic příjemného. A ještě tam upozornil, že tam je v rohu taková skříňka s telefonem, že kdybych něco potřeboval, stačí zvednout ten telefon, nemusí se nic vytáčet, je tam doktor 24 hodin a všechno. Což jsem jaksi nepovažoval za nutné.“*

Takto Rychlonožka popisuje průběh svého typického dne: *„No, ráno jsem samozřejmě vylezl z pelechu a musel jsem si všechno uložit a dát tak, abych to našel. Pak jsem se osprchoval, pověsil jsem si ručník, přišel jsem, vedle do té místnosti zjistit, jestli mi tam ještě nějaké jídlo zbylo, protože obvykle když mi ho přinesli, tak jsem to všechno sněd, ale vždycky tam nějaký jabko nebo oříšky byly, pak ta hygiena, no a pak jsem cvičil, to cvičení kupodivu myslím, že šlo líp než s otevřenýma očima, že člověk se na něj musel víc soustředit. Musel vědět přesně, kde stojí a nemohly mi utéct myšlenky, abych do něčeho*

praštil... No a pak jsem se věnoval tomu, co mi letělo palicí, tam to ani jinak nešlo. A to kupodivu ten čas letěl rychle.“

Respondent na své zkušenosti považuje za nejdůležitější spolehnout se sám na sebe: *„Ono je to zase spojené s jednou věcí, kterou já nechci si připouštět, protože oni říkají, že kdyby člověk oslepnul, aby aby aby... Ale v tom okamžiku z hlediska psychiky já přece nebudu žít s tím, že kdybych jednou oslepnul, tak abych to... Takže já si ty řeči kolem toho tak neberu. A ono je to v pořádku, naučil jsem se třeba být ve tmě, naučil jsem se i doma, ono se to přeneslo, protože zas ty zvyky, pokud je máte po 21, 22 dní, tak se stávají návykem. A to je rozhodující. Že vím doma, kde mám tohle, když si to položím někde jinde a potom to nenajdu, tak jsem nervózní, vůbec takové drobnosti. A to jako doporučuju každému, hlavně těm mamánkům, aby si tam uvědomili, co je čeká.“* Tato zkušenost z pobytu se tedy prakticky přenesla do respondentova dalšího života. Zároveň uvádí i určitou rezervovanost vůči slepotě a strach z oslepnutí: *„Když je tu vidím chodit, tak si říkám aha, nechcu to teď přivolat, kdybych oslepnul, ale je třeba vědět, jak se má člověk v té tmě zachovat, to si právě ještě neumím představit, nechci se do nich vcítovat, do těch pocitů, mám z toho strach takový určitý, jo, z té slepoty.“*

Rychlonožka rekapituloval při pobytu vztah se svojí bývalou ženou. Uvádí, že v terapii došlo k jakémusi prvotnímu impulzu, díky kterému se rozhodl tento vztah změnit. Realizaci změny potřeboval respondent ještě návštěvu nějakého kurzu: *„Tam (ve tmě) se to začalo, jak bych řekl lámat, dělit, já jsem do té doby vlastně měl napjaté vztahy od toho prvního rozvodu s tou ženou a bylo to vždycky, když jsme se viděli, což nebylo časté, že už vypukne hádka... No a tam se to nějak obrousilo a já teď nevím přesně, jak jsem tam šel potom nebo jestli to bylo předtím... (vypráví o kurzu) Tam ten 18. nebo 19. den bylo, že ten den že si má člověk vyřídit s někým, s kým má napjaté vztahy. A mě to okamžitě napadlo, že mám zavolat ženě, no samozřejmě že to byla myšlenka a teď mě to začalo tlačit a to bylo možná, že už se to v té tmě zrodilo a že to zrálo.... „No, spíš by se to dalo spojit, ovšem nebylo to jednoduché, protože jednak jsem si musel těch pár vět napsat, abych nekotal, pak jsem ten telefon musel vzít a zavolat. A od té doby jsou ty vztahy úplně jiné. Ovšem tam to nějak přišlo, že to dál nejde. Jednak možné, že to bylo i tou tmou a já jsem se tam cítil takový bezpečný, že i kdyby něco, tak já jsem pořád v té tmě a nemusím to nikde řešit, ale napadalo mě to, že to musím udělat, kvůli těm dětem, kvůli vnoučatům, všem.“*

Respondent tedy při terapii prováděl, jak rekapitulaci daného vztahu, tak i plánoval budoucnost. Uvádí, že měl velké množství plánů, na které si už ovšem kromě vyřešení

vztahu s bývalou manželkou, konkrétněji nevzpomíná. Ohledně myšlenek uvádí, že u nich v prostředí terapie tmou musel zůstat, nebylo kam „utéct“: *„Tam byl člověk někde zavřený, takže jsem věděl, že těm myšlenkám neuteču a bylo to dobře.“*

Mezi emocemi uvádí vnitřní zklidnění: *„Tam byla jedna krásná věc, že to byl takový pocit klidu, že jsem byl v tichu, takový pocit klidu v tom, že mě nikdo nemůže vyrušit. Tady tu zazvoní telefon, tamto, že, někde něco třískne, ale tam to plynulo, už ten první den odpoledne v klidu.“*

Rychlonožka uvádí osobní přínos v podobě poznání, že problémy jsou třeba řešit ihned, neodkládat je: *„Je to třeba řešit sám, odvážně a nečekat, že. Což činí drtivě většinu lidí problémy, mně též někdy, protože když člověk řekne zítra, to znamená nikdy. Bud' to udělám hned, nebo vůbec. A když řeknu zítra nebo potom, tak to neudělám. To, že si řeknu sám sobě, to třeba teď vím, ale tehdy jsem si uvědomoval, že to tak nejde říkat. No, možná to zítra, zítra to půjde, možná, že zítra vyjde slunko, nebo nevyjde a bude to...“* Svoje rozhodnutí přirovnává k chování malých dětí, které přímo jdou, třeba se spálí, ale udělají to a mají zkušenost.

Dále uvádí přínos v podobě úlevy od fyzických bolestí, konkrétněji zdravotní obtíže nerozebírá. Na konci pobytu bylo přínosem i zjištění, že vše respondent bez problémů zvládnul, což mu přineslo úlevu: *„Příjemný pocit byl nakonec, že jsem to dokázal, tak nějak jsem si řekl: vidíš, uteklo to a dokázal jsi to, takže jsem si tak jaksi oddechl.“*

Nejtěžší byl pro Rychlonožku poslední den, kdy musel prostředí omezené zevní stimulace opustit: *„Ten sedmý den, jak mě chtěl vyšoupnout ven, tak jsem nechtěl, já jsem tam chtěl ještě zůstat... Jo, pak už je to nádherné, protože to už jsem byl takový vláčný, to bylo perfektní... Ten první týden, ten začne tím, že si člověk říká: to je dlouhý, ovšem ty první dny okamžitě se člověk dostane do jiného světa. Ty myšlenky plynou úplně jinak. Možné to není ty myšlenky rekriminovat všechno, ale ubíhá to tam senzačně.“* O předčasném ukončení pobytu tedy respondent vůbec neuvažoval, ba právě naopak, nechtěl chráněné prostředí po týdnu opustit.

Opuštění klauzury popisuje takto: *„Odcházel jsem s mohutným odporem, na to denní světlo jsem si zvykl rychle, protože jsem vylezl dost brzo, kolem 8. a to tam je vlastně v lesích, takže tam ještě žádné ostré slunko nebylo... No v první chvíli jsem byl takový ne zmatený, ale mně něco chybělo, asi ten klid. Ted' jsem musel – no musel, šel jsem na to nádraží a stále, jak kdybych se za něčím otáčel nebo stále mě to táhlo zpátky. Ovšem to nejde, že, on to tam má obsazené, to je škoda.“*

Za nebezpečné nepovažuje na terapii tmou nic. Pouze se člověk musí naučit, jak se má v prostředí omezené zevní stimulace pohybovat. Roli průvodce v terapii hodnotí kladně: „*Jo, člověk tam nemůže být sám, to by zákonitě zblblnul, ale že on tam přišel a ten průvodce i ten druhý kluk (v druhém pobytu), že přišel vždycky s nějakým tématem... Ale rozhodně bych to bez té role už dneska nechtěl... Jo, že když je potřeba něco vědět, tak vím, že on tam přijde a já to s ním vyřeším.*“ Na druhou stranu uvádí návštěvu průvodce jako jakési vyrušení, narušení samoty: „*No, to se tím ta samota trošičku rozbila a zase jak on odešel, tak chvíli trvalo, to doznívalo celé, než jsem se zase dostal do toho samotného vnitřního zamotání se do sebe...*“

Rychlonožka vypráví o průvodci z druhého pobytu: „*A ty jeho diskuze, s tím klukem, já nemůžu říct, že bysme se bavili vyloženě o nějakých buddhistických věcech, ale stále to inklinovalo, že on byl v té Indii, což na druhé straně nebylo špatné, že člověk se dostával s těma myšlenkama zas trošičku někde jinde, že s tím průvodcem v Čeladné to bylo takové spíš obecné, takové spíš nevzrušující. Takže když vás pak někdo tak irituje v tom a vy si musíte dávat pozor, on to bral tak nenápadně a třeba jsme diskutovali 2 hodiny v té tmě spolu, takže ty věci o tom buddhismu, on vykládal, jak to bylo v té Indii, jak tam byl a ty věci, takže mě to zas zajímalo, ale ani tak jsem si toho moc tam nezapamatoval, spíš to mělo takový informativní charakter.*“

Respondent dále oba podstoupené pobyty ve tmě srovnává (v Dobré byl 4 měsíce po absolvování terapie v Čeladné): (Frýdek-Místek) „*Tam byla tyčka, abych si rozsvítil, ale já říkám: to nepotřebuju, kvůli tomu jsem nepřišel. Telefon ještě, říkám: nepotřebuju, já tu chci mít klid. Všem jsem řekl, že vypínám telefon, mějte mě rádi.*“ Pobyt v Dobré tedy nebyl svými pravidly tolik „striktní“ jako v Beskydském centru, ale respondent zde stejně aplikoval postup a pravidla z Čeladné: „*No, ovšem v tom okamžiku to už ztrácí kouzlo, ale byla tam jedna věc nepříjemná, protože ten průvodce (Čeladná), on tam má skutečně vymakané, tam je vzduchotechnika, klimatizace, všecho. A u těch kluků (Dobrá) oni to mají v takových zahradních chatkách velkých udělané a tam běží neustále ventilátor a ten 6. den už tam je vlhko. Jo, když jsem se třeba večer nebo ráno převlékal, tak je to nepříjemné, ono je to sice chvílka, ale je to nepříjemný, když musíte na sebe vzít ty vlhké věci. Jináč s tímto to bylo též senzační, to jsem plně spokojen, ovšem ten průvodce jak říkám, to je mercedes a trabant, že. Ale tam to bylo takové sportovnější (v Dobré). A i když ta chatka nebyla tak zvukově izolovaná, tak jsem to moc neslyšel z té Dobré. Tam byl též někde kostel, ale až ke konci jsem něco slyšel jednou zvonění toho kostela, ale to jsem na té Čeladné neměl.*“

Celkově respondent hodnotí pobyt velice kladně. Uvedl problémy s opuštěním klauzury, chtěl zůstat i déle. V současnosti realizaci delšího pobytu brání finanční náročnost terapie. Za optimální by považoval strávit v klauzuře 3 týdny až měsíc: *„Ono to koresponduje i s tím, že těch 21 dní je optimálních, aby ten mozek se trošičku jinak začal chovat, jo.“*

Klinická rozvaha

Rychlonožka do terapie tmou vstupoval bez diagnostikované psychopatologie, pouze s fyzickými obtížemi, které se po pobytu redukovaly. Celým rozhovorem se prolíná jeho nadšení z terapie a (prozatím) nenaplněná touha ji podstoupit na delší dobu. V prostředí omezené zevní stimulace mu bylo tak dobře, že dle svých slov odcházel s „odporem“.

Ze společných faktorů se u Rychlonožky objevila „konfrontace s problémem“ a s ní spojená „vztahová rekapitulace“. Respondent uvádí, že v terapii dospěl k rozhodnutí napravit svůj vztah s bývalou manželkou, byl to prvotní impulz ke změně. V tomto kontextu můžeme hovořit i o „zvyšování vědomí“, respondent dosáhl určitého vhledu a pochopení nutnosti situaci řešit. Při terapii se také naučil kotvit v přítomném okamžiku, neměl kam před myšlenkami „utéct“.

Terapeutický efekt, který pobyt Rychlonožkovi přinesl, spočívá v první řadě ve zklidnění. Respondent také došel k určitému sebepoznání a zvýšení sebevědomí v tom, že se sám na sebe může spolehnout. Dosáhl také určitého vhledu a pochopení života slepých jedinců. Dalším zjištěním bylo, že odkládání problémů ničemu nepomůže, spíše situaci zhorší. Přínosem také pro Rychlonožku byla určitá úleva od blíže nespecifikovaných fyzických bolestí.

Shrnutí

Klíčové terapeutické faktory umožňující terapeutický proces: konfrontace s problémem; vztahová rekapitulace; zvyšování vědomí (prožívání přítomného okamžiku). **Terapeutický efekt:** zklidnění; sebepoznání a zvýšení sebevědomí; neodkladné řešení problémů (např. problematický vztah s bývalou manželkou), úleva od fyzických bolestí; vhled do situace slepých jedinců.

6.5 Vera

Osobní a rodinná anamnéza

Žena, 63 let (v době zkušenosti 59 let), středoškolské vzdělání. V současnosti žije s manželem, má 2 děti, je ve starobním důchodu. V prostředí omezené zevní stimulace strávila 7 dní (rok 2013), má za sebou pouze tento pobyt. Vera sama sebe považuje za věřícího člověka, realizuje v současné době i nějakou náboženskou či spirituální praxi. Rozhovor byl příjemný, Vera reagovala ochotně a otevřeně.

Podstatné aspekty zkušenosti

O terapii tmou se respondentka dozvěděla od své kamarádky, která pobyt podstoupila a napsala o něm článek do časopisu Regenerace.

Motivace Very byla primárně zvědavost, která pramenila z kontaktu s kamarádkou a touhy zkusit si, jestli by pobyt také zvládla. Jejím hlavním motivem ovšem byla meditace. Vera se chtěla naučit lépe se na ni soustředit a prohloubit ji. Uvádí, že v domácím prostředí musí neustále na něco myslet a nedokáže se soustředit a zklidnit. Chtěla tedy zjistit, jestli se jí podaří v prostředí omezené zevní stimulace meditovat lépe.

Na pobyt se respondentka nijak nepřipravovala. Z okolí o jejím rozhodnutí věděla rodina, její děti ji podporovali, uváděli, že by si pobyt také rádi vyzkoušeli a byli této zkušenosti nakloněni.

Adaptace na prostředí terapie proběhla dobře. Jako první si z adaptace respondentka vybavila čokoládové sušenky, které první den hned snědla, myslela si, že jejich přísun bude pravidelný. Skutečnost, že je měla na celý týden zjistila, až posléze. Vera si nejprve vše v místnosti osahala za světla, poté potmě. Následně si lehla, přemýšlela a odpočívala. Typický den vypadal tak, že střídala spánek, jídlo, sezení v křesle, meditaci a cvičení.

Za nejdůležitější na své zkušenosti považuje prohloubení meditace. Několik dní trvalo, než se změna prostředí v meditaci projevila, konkrétně 4-5 dní, podle respondentky byl nejlepší 6. den. 7., poslední den, se už chystala domů. Zjistila, že by ještě potřebovala více času než týden na to, aby se v ní dostala ještě hlouběji, což jí potvrdil i průvodce. S meditací souvisí i celkové zklidnění, které při pobytu zažila.

Jako výjimečný zážitek uvádí sen, který při pobytu měla: *„Nádherný sen, což takový jsem měla naposledy, když jsem měla dítě, že jsem levitovala, tak to jsem měla a bylo to v zimě, levitovala jsem, pode mnou krásná zimní krajina, sníh úplně čistej padlej, nepošlapanej sníh, tam andílkové běhali a takový na Vánoce nebo na Mikuláše když choděj*

Mikulášové ustrojený, tak tam takový Mikuláškové běhali, no tak to byl takovej hezkej sen a já jsem tam jako lítala nad nima, nad všema, pozorovala jsem to, to byl takovej krásnej sen.“ Uvádí, že v návaznosti na tento sen další den ucítila vůni.

Dalším přínosem je, že si Vera vyzkoušela svoji odolnost, zjistila, že pobyt bez problémů vydrží. Zajímavá je udávaná změna jejího zevnějšku po pobytu: *„Tam totiž, když otevíráte oči první den, pořád něco hledáte, jestli byste někde něco nezahlídla, ale nestane se nic, prostě pořád je tma a najednou ty oči vám sklapnou, zavřou a vůbec už je nemáte chuť ani otevírat. Takže já celý týden měla zavřené oči... Po prvním dnu, když jsem viděla, že to je zbytečný, tak ty oči mi spadly a ty víčka mi spadly a dobrý, nic se nedělo. A když jsem je po tejdnu v tom světle otevřela, tak si říkám já snad nemám vrásky kolem očí.“* Dále uvádí i přínos v podobě zlepšení fyzické kondice, kdy první den pro ni bylo cvičení na hrazdě těžké, ale poslední se dovedla i přitáhnout.

Vera říká, že nic na pobytu pro ni nebylo těžké, ani bolestné. Žádnou krizi při terapii nezaznamenala. Tento fakt spojuje s celkově klidným obdobím ve svém životě: *„Já jsem tam byla v pohodě. Nic se mně netýkalo, já jsem tam šla v době, kdy jsem si říkala, tak teď to můžu zvládnout, protože jsem doma neměla žádnou starost, takže jsem si říkala, teď je to dobrý, nemám žádnou starost, můžu to tam zvládnout.“*

O předčasném ukončení pobytu nepřemýšlela, počítala s tím, že tam týden zůstane. Žádné zásadní životní rozhodnutí dle svých slov vlivem pobytu neučinila, uvádí také, že si již příliš nevzpomíná. Nevnímá, že by nějaké postřehy a rozhodnutí z terapie tmou u ní figurovaly až do současnosti.

Na terapii tmou Vera nepovažuje nic vyloženě za nebezpečné. Nedoporučila by ji někomu, kdo je stále „v pohybu“, neumí se zastavit, „neposedí“, takový člověk by tam podle ní nevydržel. Uvádí, že ve tmě je vše svobodné, člověk může kdykoliv odejít.

Po opuštění prostředí omezené zevní stimulace uvádí problémy s hlukem a pohybem. Manžel pro ni přijel autem, neřídila, ale rušily jí hlasité zvuky, jak např. hudba z autorádia. Také ji při projíždění zatáčkami vadil pohyb vozidla. Obojí si vysvětluje celkovým zklidněním, kterého za týden pobytu dosáhla. Potom, co dorazila domů, už ovšem tyto potíže nepocítovala. To se shoduje s tvrzením Malúše (2014), který popisuje, že se u klienta může po vyjití z chráněného prostoru projevit dekompenzace projevující se např. nevolností. Tento stav do 2 hodin obvykle pomine.

Vera uvádí, že pro ni role průvodce při pobytu užitečná nebyla, dovede si i představit, že by byla úplně vynechána a byla by týden ve tmě bez lidského kontaktu. Rozhovorům s průvodcem se Vera ovšem nebránila a kladně hodnotí, že jí vysvětloval sny,

které se jí při pobytu zdály. Řekla mu, ať za ní o víkendu nechodí, ale průvodce přišel a rozhovor jí i přesto nabídnul. Kontakt s ním nehodnotí přímo jako „obtěžující“, ale nevadilo by jí, kdyby neproběhl.

Celkově Vera hodnotí pobyt kladně: *„Já jsem měla dobrou náladu, byla jsem spokojená. Byla jsem v klidu, měla jsem dobrou náladu, tak jsem si i říkala, ten týden proběhl velmi dobře.“* Myslí si, že jednou za čas pobyt jedinci neuškodí. Má díky němu čas zamyslet se nad sebou, zklidnit se a „jít do sebe“.

Klinická rozvaha

Respondentka byla v době pobytu v prostředí omezené zevní stimulace psychicky zdravá, neuváděla žádné zdravotní obtíže nebo psychopatologii.

Ze společných faktorů můžeme najít v tomto příběhu pozitivní očekávání. Vera anticipovala, že jí pobyt prospěje, pomůže jí v meditaci, zklidnění, apod. Toto očekávání se jí posléze také vyplnilo.

Dalším faktorem je zvyšování vědomí. Díky meditaci se respondentka učila kotvit prožívání v přítomném okamžiku. Uvědomovala si své tělo a změnu svého vzhledu po pobytu a také smyslové vjemy, jako je vůně následující po snu. Klíčové pro respondentku na celém pobytu byl posun a prohloubení v meditaci.

Efektem, který se u respondentky dostavil, je kromě prohloubení meditace celkové zklidnění. Dále zvýšení sebevědomí, ověřila si, že pobyt zvládne a někteří známí ji za to obdivují.

Shrnutí

Klíčové terapeutické faktory umožňující terapeutický proces: pozitivní očekávání; zvyšování vědomí (kotvení v přítomném okamžiku, uvědomování si těla).

Terapeutický efekt: prohloubení meditace a kotvení v přítomnosti; zklidnění; zvýšení sebevědomí (obdiv druhých i zlepšení vzhledu);

6.6 Vonící káva

Osobní a rodinná anamnéza

Žena, 41 let (v době zkušeností 37 let). Nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské. V současnosti zadaná, bezdětná, pracující jako OSVČ. Respondentka má za sebou 1 pobyt ve tmě, který byl realizován v roce 2013 v Beskydském terapeutickém centru. Pobyt trval 3 a půl dne – nedošlo k jeho dokončení. Za věřícího člověka se Vonící káva nepovažuje, ani nerealizuje náboženskou praxi. Vonící káva byla v odpovědích vstřícná, ale poměrně stručná. Rozhovor mírně narušovaly 2 kočky, které chová.

Podstatné aspekty zkušenosti

Vonící káva se o možnosti podstoupit terapii tmou dozvěděla z článku v časopise Reflex. Poté si průběžně zjišťovala o pobytu informace a 3 roky poté jej také podstoupila. Nijak zvlášť se na pobyt nepřipravovala.

Motivace respondentky spočívala v očekávání vlastního zklidnění. Subjektivně u sebe uvádí roztěkanost, neschopnost se soustředit a pozornost udržet: „*Proč vlastně jsem tam šla – já jsem takovej člověk, který dělá 4 věci najednou, špatně se soustředí, ne, že bych měla nějakou poruchu soustředění, to zase ne, spíš jsem taková jako roztěkaná. Tak jsem si říkala, že mě to tam zklidní... nějak jsem taková, že se nedokážu dívat na film v kuse, já ho 4x vypnu a musím mezitím odběhnout něco jinýho udělat. Přitom ne, že bych jako byla hyperaktivní, já jsem spíš líněj člověk, jenom mi nevydrží soustředění na tohle. Hrozně přeskakuju z věci na věc, tak jsem si říkala, že to zkusím.*“ Z mého pozorování respondentka na rozhovor pozornost zaměří, na otázky odpovídá, někdy ovšem poměrně stručně a dělí svoji pozornost mezi rozhovor a dvě kočky.

Reakce svého okolí na rozhodnutí terapii tmou podstoupit popisuje takto: „*Divili se, hrozně se divili, že jsem blázen a tak. Ale byli zvědaví, s čím přijdu, ale že by mě někdo odsuzoval, to zase ne, spíš se divili, co to je, jak jsem na to přišla, a tak, no.*“ Podporu z okolí respondentka přímo neměla, ale uvádí, že ji ani neočekávala.

Na prostředí tmy se respondentka dle svých slov adaptovala dobře, věci v místnosti si osahala, tma jí nevadila, uvádí, že nepocíťovala žádnou úzkost.

Jako průběh typického dne Vonící káva uvádí, že dodržovala pravidelný režim, seděla v relaxačním křesle a cvičila na rotopedu. Žádné další aktivity neprovozovala

Celým rozhovorem se prolíná jedno, pro Vonící kávu, velmi důležité téma a oblast, která dominovala celé zkušenosti. Tou je spánek. Vonící káva popisuje svoje problémy se spánkem takto: „*Já jsem tam nespala. Jako vůbec. Strašně špatně, prakticky vůbec jsem*

nemohla spát. Bylo to hrozně divný, protože já normálně nemám se spánkem problémy, já opravdu jako spím dobře, zaplatpánbůh za to. Ale tam jsem vlastně ty 3 dny nespala a bylo to hrozně zvláštní a pak už jsem měla pocit, že z toho tak jako začínám magořit trošku, takže jsem to zabalila, no. Jo a vůbec jsem to nečekala, strašně mě to překvapilo, protože co jsem o tom četla, než jsem se tam vůbec rozhodla jít a všichni jak tam krásně spali a já vůbec. Já vůbec a ničilo mě to.“ Respondentka uvádí, že první noc ještě absenci spánku nepřikládala důležitost, myslela si, že je to tím, že je „celá taková rozvrkočená“ a že se vyspí průběžně. Následně se musela neustále zabývat absencí spánku a přemýšlet, proč se jí nedaří usnout, bylo to tedy téma, které dominovalo i v jejích myšlenkách. Pro Vonící kávu byla tady skutečnost pro ni tím nejtěžším na celé terapii tmou a vedla k předčasnému ukončení pobytu 4. den.

Jako další významné téma v rozhovoru se ukázala potřeba kontaktu s vnějším světem: „*Ta izolace, že jsem neměla ten kontakt, že jsem si říkala, že když se někde něco stane, že se to nedozvím. Ne, že bych potřebovala vědět, co se děje ve světě, to čert to vem, ale spíš jakože to, co když se někde něco stalo a já to nevím. Právě třeba s kočkama nebo s mámou nebo něco.*“ Urbiš (2012) ve svých zásadách uvádí jako pravidlo pro opatrovníka, že nemá klientovi poskytovat žádné informace z vnějšího světa, aby se mohl zaměřit spíše na svoje vnitřní prožívání. Absence těchto informací byla pro Vonící kávu zjevně náročná.

Kromě narušení spánkového režimu uvádí respondentka i menší příjem potravy než v běžném prostředí (s frekvencí 2x denně). Vysvětluje si tento jev tím, že jí chyběl vizuální vjem jídla. Hlad nepocítovala. Konzumaci menšího množství jídla v prostředí terapie tmou uvádí i výzkumníci Dyer, Barabasz a Barabasz (1993, in Kupka, et al., 2014). V jejich experimentu byly ovšem účastnicím výzkumu v prostředí Chamber REST prezentovány motivační sdělení týkající se jídla. Stejně jako respondentka, i ony vyjadřovaly nad zmenšením míry konzumace jídla překvapení.

Jako přínos Vonící káva uvádí jen zjištění, že terapie tmou pro ni není vhodná a že by ji už do budoucna podstoupit znovu nechtěla.

Dotaz na změnu v životě po terapii tmou respondentka několikrát negovala, ale postupně přišla nejspíše vlivem doplňujících otázek na zásadní životní změnu, kterou krátce po terapii tmou ve svém životě učinila: „*Nemá cenu se trápit někde, kde se člověku nelíbí a může odtamtud odejít, takže já vím, že jsem byla nějak nespokojená v práci, tak jsem krátce, asi 2, 3 měsíce potom dala výpověď v práci. Protože jsem si říkala: „proč já se tady budu sakra trápit, když nemusím“ ... Když nad tím uvažuju zpátky, tak tenkrát jsem*

to tak i brala, říkala, že přeci jsem mohla odejít tam odtad, nikdo mě tam nedržel, tak že můžu taky. Ponesu si nějaký následky, ale tak budiž.“

Za nebezpečné na terapii tmou respondentka nic nepovažuje, pouze ji nevidí jako vhodnou pro někoho, kdo má strach ze tmy. Sama ovšem přemýšlí, že takový jedinec by nejspíš na terapii tmou nešel. Druhé lidi by od pobytu přímo neodrazovala, ale spolu s doporučením by druhé i varovala: *„Kdyby byl někdo, kdo by to chtěl zkusit, tak bych řekla jasně, zkus to, ale zároveň bych řekla: připrav se na to, že to nemusí bejt, jak to všichni píšou, že tam spali jak mimina.“*

Vonící káva se pobyt rozhodla 4. den ukončit způsobem, že si sama rozsvítila světlo a poté počkala na průvodce, kterému oznámila své rozhodnutí. Opouštění klauzury vnímá pozitivně: *„Já jsem vylezla ven a to bylo nějak na jaře, kdy já jsem vlastně tam jela, tak to teprve začalo všechno pučet a teď jsem vylezla ven a ta příroda, jak to pučelo, to byla takový hrozně, jak to říct – až euforický pro mě, že jsem na světě. A pak si pamatuju, že jsem jela ve vlaku a celou dobu jsem se usmívala prostě já, já žiju, bylo to hrozně krásný, jak bylo venku hezky a ta příroda, jak se budila, tak to bylo takový hrozně hezký, no.“*

Roli průvodce v terapii tmou hodnotí kladně, rozhovory pro ni byly přínosné. Byla to pro ni možnost kontaktu s dalším člověkem, se kterým mohla probírat své spánkové obtíže. Vynechání tohoto kontaktu by pro ni bylo nepříjemné.

Respondentka uvádí, že byla zklamána její očekávání odpočinku a zklidnění, které se nepotkalo s realitou.

Klinická rozvaha

Respondentka do terapie tmou nevstupovala se žádnou psychopatologií, onemocněním, které by chtěla tímto pobytem vyléčit. Pouze se toužila zklidnit, odpočinout si. To se dle jejích slov nepodařilo. Vonící káva uvádí, že není hyperaktivní. Suspektně můžeme u ní uvažovat o poruše pozornosti, ať už s hyperaktivitou nebo bez ní. Respondentka uvádí, že se na nic nemůže delší dobu soustředit, svoji pozornost rozděluje mezi více podnětů. Můžeme zde pozorovat i určité neurotické tendence. S určitou nadsázkou lze i výběr přezdívky „Vonící káva“ považovat za jakýsi obraz zrychlenosti, roztěkanosti, potřebě stimulace.

Respondentka potřebuje přísun různorodých vnějších stimulů, je možné zde uvažovat o tzv. *sensation seeking*, tedy vyhledávání nových a neobvyklých podnětů, potřeba nových stimulů, jak uvádí i Plháková (2004). Ta také uvádí negativní dopady

senzorické deprivace, pobyt v monotónním prostředí, kvůli kterému se může zhoršit psychický stav jedince. Můžeme předpokládat, že pro respondentku, která je zvyklá na pravidelný přísun nejrůznějších stimulů, žijící v rušném a velkém městě, může být náhlá redukce podnětů na minimum zatěžující. Tento stav se mohl odrazit i přes vyčerpanost v absenci spánku a menší míře konzumace potravy. Vonící káva dále uváděla absenci informací z vnějšího světa, což může opět souviset s její potřebou přísunu nových podnětů a informací. Náhlý přesun do omezené zevní stimulace mohl být pro její duševní stav natolik zatěžující, že podvědomě toužila po ukončení pobytu, což se projevilo na jejích tělesných pochodech. Respondentka byla konfrontována s problémem omezení přísunu podnětů skrze vlastní nespavost.

Které terapeutické faktory u respondentky umožnily terapeutický proces? U Vonící kávy můžeme nalézt faktor zvyšování vědomí. Objevuje se zde v podobě uvědomění si vlastní rozštěkanosti, nepozornosti a vnímání vlastního těla a jeho pochodů. Zvýšení vědomí jako určitý náhled na život můžeme vidět také v její cestě domů, kdy efektem byla intenzivně vnímaná krása vlastního života. Tento následný efekt ovšem byl nejspíše jen krátkodobým důsledkem návratu ze stresujícího prostředí tmy na světlo.

Dalším terapeutickým faktorem by mohla být konfrontace s problémem. Vonící káva si nejspíše díky pobytu ve tmě uvědomila, že z prostředí, ve kterém jí není dobře, má možnost svobodně odejít, což způsobilo efekt změny zaměstnání. Tento efekt při zpětné reflexi i celý zážitek „legitimizoval“, dodal mu pozitivnější ráz, respondentka si uvědomila i kladný dopad pobytu, který byl zastíněn nepříjemnými pocity ze spánkové deprivace.

Shrnutí

Klíčové terapeutické faktory umožňující terapeutický proces: konfrontace s problémem, zvyšování vědomí.

Terapeutický efekt: změna zaměstnání, dočasné uvědomění si krásy života (cesta domů).

6.7 Ploutvička

Osobní a rodinná anamnéza

Muž, 58 let (v době zkušenosti 53, 55 a 57 let), vysokoškolské vzdělání (titul MUDr.). Je ženatý, má 2 děti, pracuje jako lékař. V prostředí omezené zevní stimulace strávil 3 pobyty v délce: 1 týden, 2 týdny a 1 týden (2012, 2014, 2016). Ploutvička sám sebe považuje za věřícího člověka, spirituální či náboženskou praxi v současnosti nerealizuje. Tento rozhovor byl celkově nejobsáhlejší a na informace nejbohatší.

Podstatné aspekty zkušenosti

Ploutvička se o terapii tmou dozvěděl z médií v době, kdy začínaly pobyty v Beskydském terapeutickém centru (rok 2010 nebo 2011). Terapie tmou považoval za zajímavou alternativu: *„Zaujalo mě to, protože jsem v oboru medicínském, pediatrii, využívám různé praktiky, nejenom klasickou školní medicínu, ale já se věnuji i jiným oborům, hlavně homeopatii, ale zajímají mě další alternativy. A tohle jsem vnímal jako určitou alternativu a potom sám jsem se pro to rozhodl v době, kdy jsem řešil takovou nějakou osobní životní krizi a říkal jsem si, že by bylo zajímavý, moct si promluvit skutečně sám se sebou, což mně přišlo, že v tý tmě je reálná příležitost.“*

Respondent po celou dobu rozhovoru srovnává všechny 3 pobyty ve tmě. Prvotním impulzem pro zvažování terapie tmou byl pobyt v horách s přáteli: *„Rozhodnutí jít do tmy nastalo, když jsem odjel někam do Francie do hor a nevzal jsem si mobil, což byl úmysl, ale právě tehdy jsem měl takovou krizi a několik prvních nocí, jsem naprosto byl ve stresu, zničený, že najednou nemůžu komunikovat, že nevím, že jsem odříznutý. A říkal jsem si: počkat, tak toto ne, to je špatně, svým způsobem mě to trochu překvapilo nepříjemně a vystrašilo, jak moc teda jsem závislejší na té komunikaci, která je ale zástupná. A řekl jsem si, tak hochu a tehdy jsem se rozhodl, že půjdu do tmy, protože jsem věděl, že to existuje, načez pak, když jsem se vrátil, tak jsem si vyhledal ty stránky Čeladný... Rozhodnutí skutečně vzešlo z toho, tak ty nevydržíš pár dnů bez mobilu a bez možnosti psát sms a nespíš kvůli tomu. Přitom nádherná příroda, nádherný nebe, místo abych vnímal to, co je, tak jsem vnímal to, co není. Tak jsem si říkal: hochu, tak to s tím něco dělej, tak šup do tmy, tam nemůžeš utýct nikam. Já jsem si mohl půjčit mobil, tam kamarádi měli mobil, ale neudělal jsem to, ale zaskočilo mě, že to prostě nezvládám. Tak jsem si říkal: tak a teď zalezeš do tmy a tam už ti nikdo žádné mobil nepůjčí a prostě budeš tam muset vydržet, takže vlastně něco z čeho jsem měl strach, tak jsem říkal: tak se na to musíš podívat blíž*

a hloubš, abys věděl, co to vlastně je a nějak se toho zbavil nebo to zpracoval.“ Ploutvička uvádí určitou životní krizi, se kterou se v tomto popisovaném období potýkal. Přemýšlel v té době také o své víře a Bohu. Intuitivně vyhledával různé způsoby, jak onu krizi překonat, srovnat si „*kdo vlastně jsem a jak mám dál nakládat se svým životem*“) a terapie tmou byla jedním ze způsobů, který si vybral. Respondent neměl další očekávání, byl otevřený tomu, co přijde. Pouze uvádí, že u dalších pobytů, obzvláště u 3. pobytu, kdy už prostředí dobře znal, očekával odpočinek.

Ploutvička popisuje svoji přípravu na pobyt: „*Je pravda, že jsem si o tom trochu něco četl a že jsem měl připravený témata na jednotlivý dny, kterým se budu věnovat, takový napůl sebezpytný a napůl srovnat si v hlavě určitý hodnoty, který s životem souvisí. Takže jsem měl určitý program a tohle možná mi pomohlo, že tam se měl člověk čeho chytit, že měl napůl strukturu, že to nebylo tápání nebo úplná nahodilost, nevím.*“ Na druhou stranu se nechtěl ochudit nějakým striktním plánem o zážitky, které mu prostředí omezené zevní stimulace může přinést: „*Samozřejmě, že jsem tam šel i s tím, že přijmu to, co přijde, to co mi tam někdo svrchu nebo zevnitř, nechci to nějak směřovat nebo personifikovat, to, co se tam bude nabízet. A přijmout to jako s vděkem, neříkat: tohle jsem nechtěl, tohle mi sem netahejte, mám dopředu jasno, co se tady může odehrávat, ne. Takže na to překvapení jsem čekal, byl jsem na něj připravený, ale samozřejmě, když to pak přijde konkrétně ty obrazy nebo některá témata, tak to člověk v podstatě zůstává s otevřenou pusou.*“

Blízké okolí respondenta reagovalo na jeho rozhodnutí terapii tmou podstoupit rozporuplně. Jedni říkali: „*To je strašný, co tam budeš tejdny dělat, vždyť se tam zblázníš, to je taková ta zkušenost někoho, kdo s tím tu zkušenost nemá, že to tam musí bejt strašně prázdný a nudný a druhá skupina říkala – hele, to je dobrý, to může bejt dost zajímavý.*“

Adaptaci na pobyt Ploutvička popisuje následovně: „*Když jsem jel poprvý na tejdny, tak jsem byl úplně odrovnanej první den. Asi 24 hodin, jo. A to jsem fakt prospal, to jsem ležel, nic. A když jsem tam šel podruhý na ty 2 tejdny, tak si myslím, že to trvalo skoro 3 dny, taková únava, než jsem si zvyknul na ten denní režim, kterej jsem si tam udělal, a pak naopak se to začne velmi lepšit, pak se najednou začnete cejtit výborně. Jíte, když máte hlad, cvičíte, když máte chuť se hejbat, pustíte na sebe vodu... Takže pak je to naopak takový, že vlastně se cejtíte úžasně, ať se děje, co děje. Ale vstup vždycky je spojenej s únavou, krizí, se spánkem.*“

V popisu typického dne Ploutvička vyjmenovává tyto činnosti: „*Hodně jsem cvičil, což bylo příjemný. Jednak na tom orbitreku, pak s činkama, pak jsem si dejchal, vnímal*

dýchání, pak jsem meditoval nebo si procházel některý témata nebo věci, který si myslím, že jsou důležitý a do toho to jídlo, obvykle jsem si rozdělil ty jídla vždycky snídaně na 2, ne všechno najednou, tak jsem to protácel, vždycky po cvičení jsem šel si dát sprchu, na všechno má člověk spoustu času, nemusí nikam spěchat.“

Za nejdůležitější na své zkušenosti považuje tento aspekt: „Když o něčem nic nevím, něčemu nerozumím, něčeho se bojím, tak je asi nejlepší, si to jít prohlídnout zblízka. To je zkušenost. To neplatí jenom pro tmu. Ale ta tma je výborný model pro tento způsob chování, jednání. A určitě je tma zdravá, jak pro psychiku, tak pro tělesnou stránku a myslím, že je to zkušenost, která se může mnohdy vyplatit.“

V prožívání respondenta se objevovaly nejružnější vize, sny, či např. vnímání barev ve tmě: „Postupně člověk vidí, ať už má otevřené nebo zavřené oči, to na to nemá vliv, obrazy, vidí barvy, vidí barevně a vzpomínám, že v tom prvním pobytu byl jeden den, kdy barvy zmizely. Což je zvláštní, protože ve tmě vlastně vy ve skutečnosti žádnou barvu nevidíte. Ale ty představy byly barevné, postupně nabývaly stále na větší a větší barevnosti a ostroty a kontrastu a pak jeden den, to jak když vám skutečně někdo vypne světlo, barvy zmizely a bylo všechno jenom temné. To znamená, že vykládat někomu, že pátej nebo kolikátý den ve tmě vám zhasly v uvozovkách, zhaslo vám barevný vidění, to vypadá zvláštně, ale říkám, byla to taková zkušenost. A pak se zase barvy vrátily. Proč jeden den vypadly barvy, nevím...“

Při první zkušenosti, kdy procházel určitou spirituální krizí, vnímal představy týkající se Boha a víry, jako např: obrazy andělů, ukřižování, obraz Božího obličeje apod. Dále respondent popisuje vizi zástupu mrtvých: „Ten první najednou mi tam šlo pochodovat procesí postav v šedých kápích a opravdu mně běhal mráz po zádech a pak mně došlo, že to jsou zemřelí, do tváře jsem jim neviděl, ale přišlo mě navštívit procesí, stovky, tisíce, dlouhý průvod zemřelých. A to si pak najednou uvědomíte, jednou v tom procesí budu taky. A takovýhlech opravdu velice silných emocionálních zážitků tam bylo víc a stejně tak úplně člověk strnul, to fakt bylo, jak když se s váma ta postel rozevře a pod váma je obrovská propast – vesmír. A v tu chvíli úplně strnete, mrazí vás v zádech, protože cejtíte, že se dostáváte někam, kde vůbec nevíte, co vás tam čeká. A to jsou obrazy, který se odehrávají někde v mysli, ale celý tělo na to zareaguje.“ Respondent se nebránil komunikaci se svými vizemi, což doporučuje i Urbiš (2012): „Člověk si tam popovídá i s dalšími bytostmi, ať už lidmi, které dřív někdy znal, a třeba už nežijí nebo s bytostmi zřejmě nevím, jak to nazvat - eternálními, mimozemskými, takže ta tma je prostě na tohleto

výborná. Nejsou tam rušivé zevní momenty prakticky žádné, takže všechno, co tam člověk zažije, se odehrává převážně v něm a skrz něj, takže tohle byla úžasná zkušenost.“

Ploutvička popisuje vztahovou rekapitulaci, kterou při prvním pobytu realizoval: „Při tom 1. pobytu jsem si prošel vztahy se všemi důležitými osobami v mém životě. Možná jsem na někoho zapomněl, to se může stát, samozřejmě, ale opravdu jsem to vzal od těch prarodičů, rodičů, sourozenců atd., opravdu jsem bral jednoho po druhém a nějak jsem se ten vztah snažil popsat.“

Respondent sám také uvádí katarzi, ke které u něj vlivem pobytu došlo: „Pro mě to byla opravdu taková snaha o katarzi, uvolnění a spíš odhodit věci, zbavit se věcí, já tady mám věci, to je lepší vzít a všechno vyhodit. Spíš, než že bych si plánoval, co si pořídím, jsem si plánoval, co likviduju, odhazuju, na čem mi nebude záležet, co nechci řešit, co není podstatný.“

Za nejdůležitější na celé zkušenosti uvádí toto: „Když o něčem nic nevím, něčemu nerozumím, něčeho se bojím, tak je asi nejlepší, si to jít prohlídnout zblízka. To je zkušenost. To neplatí jenom pro tmu. Ale ta tma je výborný model pro tento způsob chování, jednání. A určitě je tma zdravá jak pro psychiku, tak pro tělesnou stránku a myslím, že je to zkušenost, která se může mnohdy vyplatit.“

Přínosy terapie tmou se odvíjely od konkrétního pobytu: „Ten první týden, to byla asi spíš zkušenost takové napojení na něco, co souvisí právě s vírou, Bohem. Ta druhá zkušenost si myslím, že byla ještě širší, a potřetí už jsem tam šel trochu jako do známého prostředí, domů, vysloveně si odpočinout. V tu dobu už jsem řekněme svou osobní krizi měl vyřešenou, ale protože ten pobyt vždycky přinesl výrazně lepší pocity, lepší pocit zdraví a vyrovnanosti a takového oproštění se od nedůležitých aspektů života, tak jsem tam šel potřetí už pak opravdu si jen odpočinout. Třetí pobyt už byl takový pro mě, jako když už víte, do čeho jdete, tam už se nějaké překvapení nekonalo.“

Obecně hlavní přínos uvádí v uvědomění si životních rozhodnutí a možnosti volby: „Člověk si jde nějakou cestou a ovlivňuje ho všechno, něco víc, něco míň a samozřejmě máte možnost na té cestě si vybrat: co k sobě pustíte, co si vezmete nebo odložíte, co využijete, co nevyžijete. Z jakýho potoka se napijete, v kterým se vykoupete, pod kterým stromem si lehnete, to je na vás. Ale naučit se tu cestu vnímat, přijímat, to vnímám jako ten hlavní přínos.“ Dále hovoří o přínosu v podobě ujasnění si nejrůznějších záležitostí. Došel k náhledu na to, co dělal do té doby špatně a k rozhodnutí toto své jednání změnit.

Na terapii tmou respondenta překvapilo, jak je tma přátelská. V souvislosti s tím uvažuje nad významem světla a tmy: „A my nějak máme, nevím proč, zařazený to světlo

jako něco kladného a tu tmu podle mě neprávem, často vnímáme jako negativní, špatnou. To budou nějaký církevní konotace, to nevím, tak o tom nechci mluvit. Prostě tma má často záporný znamínko zcela nespravedlivě. Dokonce je mnohdy bych řekl milosrdnější, vlídnější, přívětivější, přítulnější než světlo.“ Toto zjištění je v souladu s tvrzením Urbíše (2012), který vidí strach jako důsledek působení náboženství a zdůrazňuje pozitivní účinky tmy. Sumcov (2017) uvádí, že pokud k osobnímu růstu potřebujeme jak světlo, tak i tmu. Pokud je světlo připodobněno k životu, tma podle jeho tvrzení neznamena smrt, ale soustředění se na život.

Za náročný považuje 1. pobyt, nazývá ho „inventurou“: „Ne, že bych se o ni nepokoušel někdy dřív, ale tolik prostoru, času a tolik hloubky jsem do té doby nikdy neměl, takže ta inventura – nemůžu říct, že bych přišel na něco úplně nečekaného, že bych najednou se o sobě dozvěděl něco, co jsem vůbec netušil, to se nedá říct, ale je pravda, že jsem řadu věcí viděl velmi zřetelně a někdy to byl nepříjemný pohled, nepříjemný si rekapitulovat nebo domyslet některý svoje činy, vztahy a pravda je, že se tam myslím mi i vrátily některé docela dávný zážitky z dětství a zase – některý příjemný a některý, který jsem si vybavil po desítkách let a nebyl to dobrý pocit.“

Nejtěžší byl na prvním pobytu poslední den, kdy se respondent probudil brzy ráno, věděl, že bude klauzuru opouštět a netrpělivě čekal na příchod průvodce. Opravdový krizový okamžik ovšem prožil při pobytu druhém: *„A ten druhý pobyt, dvoutýdenní, ten byl v druhý polovině takový hodně náročný, tam se totiž stalo, že mi zmizel opatrovatel, skončil v nemocnici, což jsem já samozřejmě nevěděl a nebylo to plánované, takže mi to nemohl avizovat. Průběh pobytu je vždycky, že se spolu domluvíme, kdy přijde, za den, za dva, neřekne v kolik hodin, ale obecně platí pravidla, aspoň my jsme tak spolu byli domluvení, že mi řekne dopředu: hele zejtra nepříjdu nebo chceš, abych zejtra přišel? Bylo to na domluvě. A tady jsme byli domluvení, že přijde za 2 dny a neobjevil se a to je docela taková situace... Ono toho jistého, pevného tam tolik není, ale samozřejmě jsou tam věci, že dostanete najíst, víte, kde je voda, kde je postel, atd., ale ten režim těch návštěv si myslím, že je docela důležitý, aspoň jsem to tak vnímal, nezažil jsem nikdy třeba pobyt, že by člověk zalezl a nikdo ho celou dobu nenavštívil. Což taky je možný, ale když jste na to připravená, možná to zvládnete, ale tady jsem byl prostě připravený, že on se objeví a on se neobjevil. A když to bylo 2 dny asi, co se neobjevil, jsem nevěděl vlastně, co se děje, tak to byla dost nepříjemná situace, začal jsem uvažovat, že ten pobyt předčasně ukončím, necítil jsem se dobře, měl jsem pocit, že už tam nemám být, že je to nějaký signál, že mám odejít, on se pak objevil a tak jsem mu říkal – hele to je signál, ukončíme to, asi o 2 dny*

dřív a on mě přesvědčil, abych to nedělal, což kdo zná průvodce, tak on má dost silnou povahu nebo ego nebo jak to nazvat, myslím, že to v tu chvíli vnímal jako když odejdu, že to bude jeho selhání a tak mě tam pak napůl bych řekl zmanipulovat v tom smyslu, abych zůstal. Takže jsem nakonec zůstal.“

Ploutvička na jednu stranu popisuje průvodcovy tendence jako manipulující, na druhou stranu díky tomu, že zůstal, se u něj objevila následný den (nejspíš 13.) doposud nejintenzivnější vize: *„Přišlo něco, co jsem jako opravdu nikdy nezažil, ani do té doby, ani od té doby a to byla jakási zvláštní pouť, pouť vesmírem doslova několik, já neodhadnu ten čas, tam se to špatně odhaduje, ale bylo to, že najednou jsem se ocitl někde v nějakých mezigalaktických prostorem a putoval jsem nima a byl to takovej zážitek jak když nemáte tělo a jenom prostě putujete, letíte mezi hvězdama, vidíte nejrůznější obrazy, který těžko říct, jestli může být člověk inspirován třeba různěma fotografiema, který někdy někde viděl, ale jinak mně většina těch věcí připadala nikdy neviděná... Zpětně jsem si říkal, stálo to za to, musel jsem se překonat, změnit svůj názor, přehodnotit svoje rozhodnutí, i když ty motivy myslím, že byly zčásti jeho (průvodcovy) motivy, ale myslím, že argumentoval tím, že když to vzdáš, budeš si to sám vyčítat, dotáhni to, chyběj ti 2 dny a uvidíš, že nakonec budeš rád, žes to nevzdal. A musím uznat, že měl pravdu. Za sebe jsem byl rád, že jsem to nevzdal, že jsem něco dokončil a ukázalo se, že ten konec ještě fakt byl hodně silnej, o to bych byl přišel.“*

Dále uvádí, že mu při pobytu ve tmě chyběl vítr. Uvažuje nad tím, že podmínky terapie byly luxusní oproti nějakým jeskyním např. v Nepálu, apod. Vnímání foukajícího větru mu ovšem chybělo.

Zásadní životní zjištění, které si v terapii uvědomil, se týká nesení odpovědnosti za svá rozhodnutí: *„Já se rozhoduju, je to moje rozhodnutí, já za ně ponesu následky, neznamená to, že má člověk být bezohledný, ale na druhou stranu neudělat rozhodnutí, odložit ho, vyhýbat se rozhodnutí jen pro to „co by ten tomu řekl“, to je prostě špatně. To není altruismus, to je do určitý míry vlastně sobectví. Protože vy někoho utvrzujete v omylu, protože mu nechcete říct „takhle už to nejde, já už nemůžu“. A neřeknete to hlavně sám sobě, čili člověk lže sám sobě, jedna z věcí, kterou jsem objevil mimo jiné i ve tmě, že nejlepší je říkat pravdu, lež vás stejně vždycky dřív nebo později dožene.“*

Do současnosti přetrvává Ploutvičkův nadhled, který v terapii tmou získal: *„Kašlu na spoustu věcí, neřeším věci, který jsem předtím řešil, nechávám jim volný průběh, že jsem liberálnější nebo ledabylejší, laxnější, záleží, jak kdo to vnímá. Ale určitě jsem*

odhodil řadu balastu, myslím si, že zbytečností, který můžou komplikovat život mně, i těm druhým. Takže větší nadhled.“

Za nebezpečné na terapii tmou považuje pouze možnost, že by u někoho došlo ke zdravotní komplikaci a nemohl by si v tu chvíli přivolat pomoc. Považuje to ovšem zároveň za určitý předsudek, zdravotní komplikace mohou přijít i v běžném životě. Myslí si, že by terapii tmou mediálně poškodilo, pokud by tam někdo prodělal něco závažného. Lidé podle něj nevnímají nebezpečí např. při chůzi po ulici, protože jsou na ni zvyklí. Ploutvička považuje prostředí omezené zevní stimulace celkově za bezpečné a obavy za iracionální či podléhající spíše náhodě.

Opuštění klauzury Ploutvička popisuje následovně: *„Svět je daleko barevnější. A to jsme u fyziologie, když jsem tam byl poprvé, tak jsem šel pak asi 10 kilometrů na vlak, když jsem vyšel ven, tak samozřejmě ten první náraz světla, průvodce doporučuje brejle, já jsem si je potřetí nebral, protože jsem si říkal, ty mně ztluměj tu intenzitu barev, já to chci naplno. Ale když jsem tam byl poprvé, tak jsem postupně vyšel ven, zorientoval a měl jsem asi brejle cestou a pak jsem si je ale sundal a jak jsem šel tou krajinou, tak tím, že člověk vidí, co je kolem něj a orientuje se podle toho a zároveň propojuje vestibulární aparát, to znamená polohu. Čili vy si svou polohu kontrolujete zrakem. Když ten zrak vypadne, tak pořád funguje ten vestibulární aparát, ten se vám natáčí, ale po tom týdnu ta synchronizace mezi tím polohocitem a mezi tím, co vidíte, tím obrazem, ta koordinace jako vypadla, musí se znovu nastavit. Jemně vyladit. A vede to k tomu, že když se třeba prudce pohnete, změníte, tak se vám začne trochu motat hlava, je vám trošku nevolno, připomíná to trochu mořskou nemoc. Když se to s váma houpe a furt vám ten aparát se přelevjává a není vám z toho dobře. Takže než se zase sladí to, co vám říká zrak a to, co vám říká polohovej aparát, než se to sladí někde vzadu v těch výpočetních centrech, tak to chvíli trvá a první cesta tím, jak jsem šel a houpalo se tam se mnou, tak ta první cesta byla, jak když jdu opilej, lehce, bylo to zvláštní. Na pomezí příjemné opilosti a nepříjemné nevolnosti. A to byl ten první zážitek, odchod z toho prvního pobytu... Trvalo to několik hodin. Pak se to usadí, pak už si zase ten computer všechno doladí, srovná a přejde to rychle. Je to taky zvláštní zkušenost, no.“* Projevy dekompenzace, nevolnosti popisuje i Malůš (2014).

Role průvodce pro něj byla při terapii tmou užitečná: *„My jsme si docela hezky popovídali spolu. Nevím, jak by to vypadalo, kdyby za mnou za týden nikdo nepřišel, já bych to pravděpodobně sám za sebe asi zvládl, ale tohle je fakt obohacení. Je to setkání, trochu zvláštní, že vlastně najednou někdo přichází ve tmě, vy ho nevidíte, ale vnímáte ho*

a nikdo jinej tam není. To znamená, je to jediná osoba, se kterou komunikujete samozřejmě verbálně, ale i neverbálně.“

Celkově zkušenost s terapií tmou hodnotí pozitivně a jako zdraví prospěšnou. Uvažuje o ni nejen jako o řešení nějaké životní krize (jako při prvním pobytu), ale také jako o prevenci, na kterou jde zdraví člověk, který aktuálně žádnou krizi neprožívá. Do budoucna by za 1 – 2 roky další pobyt rád postoupil. Dříve uvažoval i o 3 týdenní terapii, v rozhovoru ovšem udává, že si není jistý, zda by se k tomu odhodlal.

Klinická rozvaha

Respondent neudává žádné psychické obtíže, ani nejeví známky psychopatologie či nějakých vážnějších zdravotních obtíží.

Na celém rozhovoru je velmi zajímavé porovnání všech 3 pobytů a jejich zhodnocení. Ploutvičkovy vize celý obraz terapie tmou a jeho zkušenost dokreslují, obzvláště vize získaná jako „odměna“ za dokončení druhého pobytu a překonání krize.

Z hlediska společných faktorů můžeme u respondenta najít pozitivní očekávání. Prožíval, jak udává „životní krizi“, která ho vedla k vyhledání terapie tmou. Očekával, že mu v jeho situaci pomůže, což se také stalo. Dalším společným faktorem je katarze. Uvádí ji ve spojení s určitým odpoutáním se od věcí, odhozením nepotřebného balastu v životě, očištěním. Respondent dále prožíval zvyšování vědomí, prováděl (zvláště u prvního pobytu) vztahovou a životní rekapitulaci, dle svých slov „inventuru“. Ploutvička také dosáhl jakési postojové změny – postojového přehodnocení, změnil svůj pohled na různé životní aspekty. S trochou nadsázky bychom mohli u respondenta uvažovat o terapii tmou jako o přechodovém rituálu. Do prvního pobytu přicházel v krizi, kterou v terapii vyřešil a mohl tak postoupit do nové životní fáze. O terapii tmou jako přechodovém rituálu hovoří Kupka a Malůš (2013), stejně jako Urbiš (2012), který popisuje i zvládnutí životní krize při pobytu jako posilu do další životní fáze. Pozornost u respondenta si zaslouží jeho bohatá imaginace, vize a sny, které popisuje. I to je společný faktor, který může v terapii nalézt.

U Ploutvičky můžeme nalézt velké množství pozitivních efektů. Efekt prvního pobytu vidí ve spirituální zkušenosti napojení na víru, Boha. U druhého a třetího pobytu uvádí odpočinek. Hlavní přínos terapie tmou prolínající se jednotlivými pobytů vidí v uvědomění si odpovědnosti za svá rozhodnutí a možnost volit si v životě. Za velmi obohacující považuje schopnost vydržet u nepříjemného prožívání a „prohlédnout“ si neznámé zblízka, neutěct. Můžeme uvažovat i o zvýšení sebevědomí zvládnutím náročné

situace. Respondent dle svých slov získal díky terapii i jakýsi životní nadhled, dokáže nyní nechat některým událostem volný průběh a nezabývat se zbytečnostmi.

Shrnutí

Klíčové terapeutické faktory umožňující terapeutický proces: pozitivní očekávání; katarze; zvyšování vědomí; vztahová a životní rekapitulace; postojová změna – postojové přehodnocení; spontánní imaginace.

Terapeutický efekt: spirituální obohacení; odpočinek; přijetí odpovědnosti za vlastní rozhodnutí a možnost volby; schopnost „dotáhnout věci do konce“; zvýšení sebevědomí; životní nadhled.

6.8 Khan

Osobní a rodinná anamnéza

Muž, 70 let (v době zkušenosti 66 let), středoškolské vzdělání s maturitou. Je rozvedený, má 1 dítě, 8 let je ve starobním důchodu. V prostředí omezené zevní stimulace strávil 7 dní (rok 2013), byla to jeho jediná zkušenost s pobytem. Sám sebe Khan považuje za věřícího člověka, v současnosti nerealizuje žádnou náboženskou praxi. Respondent byl sdílný, často odbíhal od položené otázky k jiným tématům.

Podstatné aspekty zkušenosti

O tmě a jejích účincích se respondent dozvěděl z literatury zabývající se východní filozofií (tibetská mystika). Na terapii tmou v Beskydském terapeutickém centru narazil, když si vyhledával nějaké lázně a nudil se. Zjistil, že terapie tmou probíhá v Čeladné, sousední vesnici a přihlásil se do ní. Jako motivaci uvádí výhradně zvědavost. Do terapie šel bez jakéhokoliv záměru a úmyslu, nijak se na něj speciálně nepřipravoval: „*Tam to byl okamžitě, jak jsem řekl, jsem šel, hledal, kam bych jel do lázní a najednou terapie tmou. No tak jsem říkal, tam jdu.*“

O terapii tmou řekl pouze své družce, která reagoval takto: „*To jsme se nasmáli, protože jsem jí neustále vyhrožoval, že: zapamatuj si, když jseš na slunku, zčervenáš, já v té tmě zčernám. To opravdu nemělo smysl, nějak to brát vážně, to ne. A my jsme si velice rozuměli... Tak jsem říkal: až budu mrtvý, tak jim řeknu, že ti mají dát vědět. Ne, úplně s nadhledem jsme to brali. Něco nového a legračního. Já jinak celý život dělám legraci.*“

Mírné obavy z pobytu respondent udává na základě nějaké literatury o terapii tmou: „Jsem měl obavy, když jsem o tom četl a viděl jsem tam ty doktory a že léčí lidi, tak jsem říkal doprčíc, co léčí, dyť mně nic není, já nemarodím, po téhle stránce opravdu nic. Takže mě tam (průvodce) hodil a já jsem byl spokojený. Ještě jsem mu řekl: nevím, jestli to vydržím a on: co byste to nevydržel a odešel.“ Adaptaci na prostředí omezené zevní stimulace proběhla bez potíží: „No normálně, prostě tam nějak v noci, když ještě nespím a je málo světla a zavřu oči, tak to bylo v té tmě. Nic nějaké přemejšlení a pozorování, jestli mám otevřené oči nebo ne, prostě to bylo normálně vidět.“

Svůj denní režim Khan popisuje takto: „Tam prakticky nešlo nic dělat a jinak to byl můj denní režim. Samozřejmě v tom denním režimu jsou přesně časové úseky, kdy se jí, kdy se cvičí, ale tam to nešlo, tam ztratil člověk pojem o čase. Čili prostě jsem nevěděl, co je, ale celkem, já jsem ten typ, kdy mi dělá potíže dlouho sedět. Já se pohybuju, já se neustále pohybuju, takže to bylo problematické, takže jsem si právě vzal ty jógové cviky a dělal jsem tam právě ty dřepy, kliky, abych se neproležel. Seděl jsem v houpacím křesle, nebo tam na židli ústřední, poněvadž tam se mohl dát signál, že se se mnou něco děje, aby přišla služba nebo přímo tam byla na průvodce signalizace. No a ležel jsem prakticky. A nepřemýšlel o ničem.“

Za nejdůležitější na své zkušenosti považuje legraci: „Nejdůležitější pro mě byla ta legrace z toho. Je to blbé, ale opravdu já nemám k tomu, co říct, poněvadž kdybych tam šel s nějakým záměrem a docílil ho, tak je to něco jiného. Takže tam bych musel říct: ano, šel jsem tam s tímhle záměrem a podařilo se mi nebo se nepodařilo. Ale já jsem z toho měl legraci.“

V prožívání dominovala vize žlutého světla: „V té tmě jsem realizoval žluté světlo. Ale to je zase nepopsatelné. To nevidíte očima, to vidíte vnitřně, to by se dalo říci, jen myslí. Ta mysl je pravda a tam to vnikne. A je u toho nesmírný klid, mír, ale opravdu pocit relaxace, to je opravdu slabý pojem... Třeba když jsem měl tu realizaci žlutého světla, tak jsem si zkoušel, jestli mám oči otevřené nebo zavřené. Ale měl jsem je otevřené, takže 100 % vím a to je jasné, všichni, kteří to prožívají a mohou si to navodit opravdu dennodenně, tak to opravdu nezmění barvu prostředí, barvu těla, nic. Nejde to popsat, to musíte prožít.“

Jako přínos terapie tmou uvádí získání určitého životního nadhledu: „Akorát jsem začal více zdůrazňovat, že jsem blázen, že jsem se nechal zavřít, já říkám, že jsem blázen rád a hodně lidí to vytáčí, když se dostanete někde do hádky a že mi někdo řekne, že jsem blbec v nějaké diskuzi a nesdílí můj názor, tak já mu odpovím: ano, jsem blbec. Opravdu, když se nad tím zamyslíte, tak opravdu ten blbec jsem. Ale mě to nebolí, já mu dám za

pravdu a tím pádem skončí hádka.“ Přínosná pro něj také byla uskutečněná meditace s realizací žlutého světla.

Na terapii tmou Khanovi nepřišlo nic výrazně těžké nebo bolestné, pouze uvádí, že se musel hýbat, cvičit, aby nebyl proleželý a neměl fyzické bolesti. Stěžoval si také na to, že při pobytu nebyl absolutní klid. Ten narušovali jak nějací dělníci v okolí, tak bouřka a občas i nešetrná obsluha s jídlem.

Khan udává, že díky pobytu v prostředí omezené zevní stimulace nic v životě zásadně nezměnil. Tento fakt může souviset s tím, že neměl od terapie žádná konkrétní očekávání, neprováděl v ní rekapitulaci dosavadních vztahů ani nepromýšlel plány do budoucna.

O předčasném ukončení pobytu respondent nepřemýšlel. Opouštění prostředí terapie tmou probíhalo následovně: *„Když to skončilo, tak mě průvodce probudil, jsem zrovna spal. A bylo mezi 8. a 9. nebo 7. a 8. (pozn. hodinou) Měl jsem tam 15 minut na sbalení a vypadnout. A co mu zazlívám, já se tomu směju, tak to jsem musel mít brýle, to jsem si vzal ze solárka, vyžebbral od obsluhy, poněvadž vyjdete z té chatky, Mátma se to jmenuje, na takovou malou terasu, tam okamžitě musíte jít na váhu, protože předtím tu hmotnost zjišťujete před tou terapií a musíte mít ty brýle, abyste neoslepla. A to se hned rozkoukáte, když máte pořádné ty brýle třeba z toho solárka nebo na zatmění slunce. No, tak jsem se rozkoukal a potom jsou tam zdravotní sestry, tam mě jako exota vystavil, tak jsem si říkal, to je pěkné tady to... No, shromáždění zvědavých, co je to za blázna, který tam byl týden ve tmě.“* Uvádí, že toto „vystavení se“ mu nevadilo, přešel ho, je totiž „splachovací“.

Do současnosti dle jeho slov žádný efekt z terapie nepřetrvává. Za nebezpečné na pobytu považuje, pokud by jej podstoupil někdo, kdo není seznámen s tím, s čím by se tam mohl setkat. Jako nebezpečí to vidí u lidí, které nazývá *„psychicky labilní jedinci“*.

Roli průvodce nehodnotí jako přínosnou, ani zbytečnou, spíše jako službu, povinnost zkontrolovat klienta. Khan uvádí, že s ním neměl potřebu komunikovat, či probírat nějaké záležitosti, průvodce se tedy pouze informoval, zda mu nic není a nechybí. Povídal si s ním až po ukončení pobytu při snídani.

Na otázku na další plánovaný pobyt reaguje se svým typickým nadhledem: *„V současné době ne, pokud by mi sloužilo zdraví a dožil bych se 150 let, tak někdy v těch 140.“* Optimální počet dní ve tmě je podle něj individuální, uvádí, že by zkusil i 2 týdny.

Klinická rozvaha

Respondent neuvádí žádnou psychopatologii, neléčí se ani s žádnými fyzickými obtížemi.

Celým rozhovorem se prolíná určitý nadhled, životní postoj klienta, který si dle svých slov rád dělá ze všeho legraci a nebere nic vážně. Motivací pro pobyt byla jen zvědavost, respondent původně vyhledával lázně. Od pobytu nic zvláštního neočekával. Přemýšlet o životě, o vztazích nechtěl, věnoval se raději meditaci.

Ze společných faktorů můžeme nalézt zvyšování, rozšiřování vědomí. Khan se meditací, která byla běžnou součástí jeho života, ve tmě dostal k realizaci žlutého světla. Došlo tedy k jakési spontánní imaginaci světla.

Za efekt terapie tmou u tohoto respondenta můžeme považovat právě realizované žluté světlo v terapii. Tento zážitek byl pro něj velmi důležitý. Jako další efekt uvádí legraci a získání určitého životního nadhledu. Je vidět, že smysl pro humor má v jeho životě své pevné místo, projevuje se i při odpovědích na určité otázky, např. v tom, že se Khan chystá na příští pobyt ve 140 letech.

Shrnutí

Klíčové terapeutické faktory umožňující terapeutický proces: zvyšování vědomí (meditace).

Terapeutický efekt: imaginace žlutého světla; legrace; životní nadhled.

7 Diskuze

7.1 Zdroje chyb

U katamnestické studie omezené zevní stimulace mohlo dojít k nejrůznějším chybám a nepřesnostem. Nyní se pokusím některé potenciální zdroje chyb pojmenovat. Nejprve se zaměřím na samotný realizovaný rozhovor o pobytu. Polostrukturované interview má velké množství výhod, skrývá v sobě ovšem i možný zdroj chyby. Ta mohla nastat například při pokládání jednotlivých otázek, kterým mohli respondenti porozumět jinak, než byly myšleny. Výhodou rozhovoru ovšem je, že je možné případné nejasnosti ve formulacích a vzájemné neporozumění ihned vyjasnit. Otázky v rozhovoru byly předem formulované tak, aby se případné neporozumění redukovalo na minimum.

Zdroje chyb tedy mohly být jak na straně výzkumníka a způsobu pokládání otázek, tak i na straně respondentů. Kromě špatného porozumění působí při interview i další zdroje chyb, jako např. neochota účastníků výzkumu z nejrůznějších důvodů sdělit přesné informace. Chyba může nastat již při samotném rozpomínání se na terapii tmou. Většina účastníků výzkumu vzpomíná na svoji zkušenost s odstupem několika let, zkreslení vlivem zapomínání je tedy pochopitelné. Kromě tohoto aspektu musíme počítat s možnou tendencí respondentů některé skutečnosti či pocity z nejrůznějších důvodů zamlčet a neuvést. Svoji roli zde může hrát např. stud či pocit, že já jako výzkumník, který pobyt nepodstoupil, nemůže některým skutečnostem porozumět. Důvody pro zamlčení některých aspektů mohou být různorodé. Z rozhovorů jsem ovšem nabyla dojmu, že většina respondentů je ochotna o svých zážitcích spojených s terapií tmou mluvit (což nejspíš způsobilo i dobrovolné rozhodnutí výzkum podstoupit a jeho dobrovolnost).

Zdroj chyby mohl také nastat při dalším zpracování dat – a to až už při přepisu rozhovoru, tak i při následné interpretaci dat. Kdekoliv v tomto procesu mohlo dojít k chybě, kterou jsem se ovšem snažila přesným přepisem formulací respondentů minimalizovat.

7.2 Diskuze nad dosaženými výsledky

V této kapitole své diplomové práce budu diskutovat nad výsledky studie. Zaměřím se zejména na sledování terapeutického procesu a efektu u respondentů a tato data srovnám s výsledky dalších studií a teoretickými poznatky zabývajícími se technikou omezené zevní stimulace a výzkumem v psychoterapii. Technika omezené zevní stimulace je technikou, nikoliv psychoterapií. Neřadí se mezi klasické terapeutické přístupy, spíše mezi okraje a alternativy. Z tohoto hlediska je zajímavé sledovat, zda také této techniky můžeme nalézt společné faktory, které v terapii působí a efekty, které psychoterapie působí.

7.2.1 Společné faktory u respondentů

Ve výzkumu jsem se nejprve zaměřila na terapeutický proces a na společně působící faktory. V teoretické části jsem uváděla jejich výčet dle nejrůznějších autorů, jejich výčet nabízí ve své publikaci např. Prochaska a Norcross (1999). Z rozhovorů vyplynuly nejčastěji tyto společné faktory:

1. **Pozitivní očekávání:** Tento faktor udávali respondenti poměrně často, asi v polovině mých rozhovorů. Jak uvádí Prochaska a Norcross (1999), čím více jedinec od terapie očekává, tím více bude i dosaženo a tím větší užitek mu terapie přinese. Považuji ze přirozené, že lidé očekávají přínos terapie, do které vstupují, zvláště když je navíc relativně finančně nákladná – chtějí směnit finance za efekt. Respondenti, se kterými jsem hovořila, vstupovali do terapie tmou s nejrůznějšími očekáváními. Některé byly naplněny, jiné zklamány. Někteří jedinci očekávání neměli, chtěli se nejspíše vyhnout následnému zklamání, pokud by se kýžené očekávání nesplnilo. Konkrétně u Marie, Moniky, Very a Ploutvičky se faktor pozitivního očekávání vyplnil. Např. Monika šla do terapie znovu nalézt sama sebe, dosáhnout určitého sebepoznání, a to se také stalo. Ploutvička chtěl překonat osobní krizi, vyhledal terapii tmou, a ta mu také v tomto směru pomohla. Marie očekávala zlepšení zdravotního stavu, který jí i deklaroval průvodce (v tomto ohledu můžeme nalézt i faktory na straně terapeuta-průvodce). Po terapii tmou u ní došlo ke snížení krevního tlaku a celkově k dosažení lepšího zdraví.
2. **Konfrontace s problémem:** Faktor konfrontace s problémy uvádí např. Kratochvíl (2017). V terapii se jedinec přestane „schovávat“ před vlastními problémy, je

vyzván postavit se jim čelem, i s možným naplněním očekávání katastrofického scénáře. Tyto představy se ovšem většinou nenaplní a jedinec se tak naučí řešit své obtíže. Kratochvíl (2017) či Kosová (2014) hovoří v této souvislosti o nutnosti vydržet nepříjemný stav, který může vlivem terapie nastat, nepotlačovat ho. Při terapii tmou je dostatek prostoru, času a omezená zevní stimulace, která působí, že se většina respondentů musela postavit svým strachům a problémům. Konfrontace probíhala různými způsoby, podle druhu problémů. Rychlonožka si při pobytu uvědomil nutnost vyřešit vztah s bývalou ženou a již dále před problémem nezavírat oči. Monika byla vystavena vlastní nervozitě, kterou musela vydržet a ustát. Červenáček se rozhodl pobyt vydržet, i když mu připadal dlouhý. Vonící káva se snažila vyrovnat se s deprivací spánku, apod.

- 3. Zvyšování vědomí:** Dalším významným faktorem, který respondenti uváděli, bylo zvyšování, rozšiřování vědomí. Díky pobytu v prostředí omezené zevní stimulace dosáhla většina účastníků vhledu a lepšího náhledu na nejrůznější situace. Tma tedy zřejmě nabízí prostor, ve kterém může díky omezení zevních vlivů vzniknout místo pro jiné vjemy. U Červenáčka byl tento faktor spojen s vnímáním samoty. Khan si vědomí rozšířil díky realizaci žlutého světla v meditaci. Obecně je tento faktor spojen s kotvením v prožívání, zaměření se na „tady a teď“ a všímavostí, o které v souvislosti s účinnými faktory v psychoterapii hovoří i Yalom (2006). Zaměření se na přítomný okamžik spojený s intenzivním vnímáním vlastního těla prožila Marie. Smyslové vjemy a změnu svého těla po terapii si uvědomovala Vera, etc.
- 4. Vztahová a životní rekapitulace:** V prostředí omezené zevní stimulace je běžná rekapitulace dosavadního života a vztahů v něm. Zhruba polovina respondentů se s tímto faktorem také setkala. Marie provedla ve tmě hloubkovou rekapitulaci vztahů ve svém životě a lidí, kteří je tvoří. Rozhodla se díky tomuto faktoru, které lidi ve svém životě chce nadále vidat a které již ne. Na základě rekapitulace napsala některým blízkým dopisy. Monika přemýšlela při pobytu o počínajícím vztahu s partnerem, zvažovala různé aspekty. Ploutvička dle svých slov provedl „investuru“ vztahů ve svém životě. Rychlonožka byl ve tmě vystaven rekapitulaci vztahu s bývalou ženou, na jejímž základě se odhodlal ho vyřešit.

5. **Emoční abreakce, katarze, imaginace:** U některých respondentů se objevovaly nejrůznější další faktory. Patří mezi ně např. emoční abreakce či katarze. Někteří respondenti zažili odreagování emocí v podobě úlevného pláče či katarzi v podobě očistění se od balastu v životě. S emocemi úzce souvisí i **spontánní imaginace**, kterou někteří respondenti zažívali. Jednalo se o denní nebo noční sny a nejrůznější vize. Např. Khan v meditaci vnímal žluté světlo. Také Ploutvička viděl ve tmě různé barvy, mimo to měl vizi zástupu mrtvých. Vizi mrtvých, konkrétně svých rodičů, měla i Marie. Ploutvička dále např. zažil po překonání krize při pobytu imaginací putování vesmírem.
6. **Uvědomění si další životní cesty:** Nalézt také můžeme faktor uvědomění si další životní cesty. Terapie tmou tedy zřejmě nabízí prostor k přehodnocení životního směřování a rozhodnutí se, kam jít dál. Díky terapii tmou si např. Monika potvrdila, kam chce směřovat v partnerském vztahu či Vonící káva si uvědomila, že potřebuje svoji životní cestu změnit v podobě opuštění současného zaměstnání, které ji nenaplňuje a vystavení se tak nejistotě. Se změnou životní cesty či postojů byl konfrontován také Ploutvička. Do terapie přišel s očekáváním vyřešení životní krize, sloužila mu tedy jako jakýsi „přechodový rituál k dalšímu životu“. O technice omezené zevní stimulace jako přechodovém rituálu či možnosti zvládnutí životní krize hovoří např. Urbíš (2012) či Kupka s Malúšem (2013).

7.2.2 Efekt terapie tmou

O efektu neboli procesu změny v psychoterapii píše např. Prochaska s Norcrossem (1999). Níže uvedu některé z nejčastějších efektů, přínosů terapie tmou, které respondenti uváděli. Efekt terapie je úzce spjatý s účinnými faktory, které v ní působí, o některých účincích jsem se tedy již zmínila ve spojení s pojednáním o společných faktorech.

1. **Odpočinek, redukce stresu, zklidnění:** Téměř u všech účastníků výzkumu došlo vlivem terapie tmou odpočinku a zklidnění. Tento efekt považuji za logické vyústění toho, že jsou respondenti v tmavém prostředí, které si člověk spojuje se spánkem, nocí. Zajímavá byla kazuistika Vonící kávy, která si zde vůbec neodpočinula, právě naopak spát nemohla. Možné vysvětlení uvádím v kapitole 8.6.

Marie, která hovoří o svém jinak hektickém životě a dřívějším povolání, došla účinkem terapie ke zklidnění, odpočinku a relaxaci. Také na Moniku při jejím aktivním životě a velkém množství aktivit pobyt zapůsobil relaxačně, s nadhledem by ho na prázdniny doporučila všem učitelkám. Vera dosáhla celkového zklidnění a prohloubení meditace. Také Khan dosáhl v meditaci zklidnění. Červenáček získal díky pobytu velké množství energie, které mu vydrželo ještě několik dní po jeho ukončení.

2. **Zvýšení sebevědomí:** Dalším efektem, který jsem doposud nezmiňovala, je zvýšení sebevědomí respondentů. Nárůst sebehodnocení souvisí s pocitem, že účastníci pobyt zvládli, vydrželi a ověřili si tak, že dokážou zvládnout náročné podmínky omezené zevní stimulace. Např. Červenáček nyní o své zkušenosti vypráví přátelům, kteří ho za to obdivují. Uvádí, že to nebyl motiv pro podstoupení terapie, jistě je to ovšem příjemný důsledek, protože z jeho okolí s pobyt nemá nikdo jiný zkušenost. Ploutvička dokázal zvládnout nepříjemnou situaci absence terapeuta. Po rozhovoru s ním se rozhodl pobyt neukončit, jak měl původně v plánu, ale naopak v něm pokračovat, což zpětně hodnotí velice kladně. Také Vera si ověřila, že pobyt zvládne a Rychlonožka zjistil, že se může sám na sebe spolehnout. Ukazuje se, že tento pocit, že jedinec nějakou náročnou situaci zvládnul, přináší pozitivní efekt.
3. **Zlepšení zdravotního stavu:** Jako přínos terapie tmou hodnotí někteří respondenti zlepšení svého zdravotního stavu a vymizení některých zdravotních problémů. Marie dosáhla pobyt snížení vysokého krevního tlaku. Zdravotními přínosy pobytu se zabývá mimo jiné autory i Urbiš (2012), podle jehož pozorování se vlivem pobytu snižuje hladina triglyceridů v těle, a tím se snižuje pravděpodobnost onemocnění srdce a cév, např. ischemické choroby srdeční. Pobyt ve tmě také způsobuje nárůst melatoninu, díky kterému dochází ke snížení krevního tlaku. Také Rychlonožka uvádí úlevu od blížie nespécifikovaných fyzických bolestí. Vypadá to tedy, že terapie tmou by tedy mohla být do budoucna „předepisována“ na nejrůznější potíže.
4. **Další terapeutické efekty:** Mezi dále udávané přínosy terapie tmou můžeme zařadit např. sebepoznání (u Moniky či Rychlonožky), zvýšení odpovědnosti za svá rozhodnutí (Ploutvička a Rychlonožka), získání životního nadhledu (Khan, Ploutvička) či např. nárůst kreativity (Monika).

Můžeme konstatovat, že cíle výzkumu „popsat prožívání respondentů při absolvování techniky omezené zevní stimulace“ a „zjistit, zda respondenti po podstoupení techniky omezené zevní stimulace na základě této zkušenosti uskutečnili nějaké změny ve svém životě a uvést je“ byly naplněny a uskutečněny.

Ve výzkumu techniky omezené zevní stimulace zazněly také 2 výzkumné otázky: „Jak respondenti prožívali techniku omezené zevní stimulace?“ Na tuto otázku jsem odpovídala v rámci popisu výsledků výzkumu a jednotlivých kazuistik v něm. Prožívání účastníků výzkumu bylo různorodé, někteří terapii tmou snášeli bez problému a nechtěli pobyt vůbec ukončit (např. Khan), jiní prožívali při pobytu těžkosti, kvůli kterým se rozhodla např. Vonící káva pobyt ukončit předčasně. Další výzkumná otázka zněla: „Uskutečnili respondenti na základě techniky omezené zevní stimulace nějaké změny ve svém životě, případně jaké?“ Na tuto otázku jsem odpovídala výše v této kapitole, kde jsem popisovala jednotlivé terapeutické změny a efekty u respondentů. Celkově můžeme konstatovat, že u všech respondentů nastal alespoň jeden z výše uvedených efektů.

7.3 Zamyšlení nad využitelností výsledků a dalším výzkumem

Technika omezené zevní stimulace je v současnosti velmi medializovaná a populární technika, kterou lidé hojně vyhledávají. Tím, že nepatří mezi klasické přístupy, ale spíše alternativy, je třeba ji podrobit důkladnému výzkumu. Jen tak můžeme jako např. v této studii zjistit, zda má mezi terapiemi své místo a přináší nějakou přidanou hodnotu. Je důležité ukázat, že až je někdy tento pobyt v různých zařízeních finančně náročný, nemusí se v každém případě jednat o jakési šarlatánství či obchod. Většina respondentů podstoupila terapii tmou v Beskydském terapeutickém centru, výsledky této studie se tedy jen obtížně zobecňují na ostatní zařízení po celé České republice. Kvalita terapie a nabízené služby se často odvíjí od jejího provozovatele. Bylo by tedy vhodné navázat spolupráci i s dalšími zařízeními a lidmi, kteří podstoupili pobyt v některém z nich. Získali bychom tak mnohem širší škálu poznatků reflektujících terapeutické faktory a efekty terapie tmou. Technika omezené zevní stimulace byla již v České republice zkoumána v minulosti např. Kupkou, Malúšem či Kavkovou. Do budoucna se ovšem stále nabízí široké pole působnosti a možností, jak terapii tmou zkoumat a vědecky tak podložit její efekt.

8 Závěry

Výsledky katamnestické studie ukazují, že u techniky omezené zevní stimulace můžeme nalézt stejně jako u psychoterapie určité účinné faktory, stejně jako i efekty. Ukázalo se, že:

1. Respondenti si s terapií tmou spojují nejrůznější změny, které ve svém životě po pobytu v prostředí omezené zevní stimulace udělali. Ne všichni vnímají její přínos jednoznačně, určité faktory a efekty byly ovšem nalezeny u všech 8 respondentů.
2. Z účinných faktorů byly nejčastěji zastoupeny tyto: pozitivní očekávání; konfrontace s problémem; zvyšování vědomí a vztahová a životní rekapitulace. Zastoupeny byly také např. faktory jako emoční abreakce (katarze), imaginace a uvědomění si životní cesty.
3. Z terapeutických efektů byly nalezeny: odpočinek, redukce stresu a zklidnění; zvýšení sebevědomí; zlepšení zdravotního stavu či např. sebepoznání a získání životního nadhledu.

Souhrn

Ve své magisterské diplomové práci jsem se zabývala katamnestickým výzkumem omezené zevní stimulace. Zpracování diplomové práce bylo umožněno díky účelové podpoře na specifický vysokoškolský výzkum udělené roku 2017 Univerzitě Palackého v Olomouci Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR. "Grant IGA_FF_2017_019" (Technika omezené zevní stimulace – katamnestická studie).

Technika omezené zevní stimulace a její varianta Chamber REST se v České republice prezentuje nejčastěji jako terapie tmou. Jejím průkopníkem v ČR je Dr. Urbiš, který ji také provozuje v Beskydském terapeutickém centru v Čeladné. Ve své diplomové práci jsem vycházela nejen z jeho zkušeností, ale i z prací nejrůznějších dalších autorů. V České republice se výzkumem terapie tmou zabývá ve svých publikacích např. Dr. Kupka (např. Kupka et al., 2014) či např. autoři Maluš a Kavková (Kupka & Maluš, 2013, apod.). Ze zahraničních autorů jsem vycházela z práce Suedfelda (1980) či např. Barabasze (1993).

Jednalo se o kvalitativní výzkum. S respondenty jsem vedla polostrukturované rozhovory. Celá studie byla zaměřena katamnesticky, respondenti tedy hodnotili zpětně svoje zkušenosti s terapií tmou a její přínosy do dalšího života. Mými respondenty byli 4 muži a 4 ženy ve věku 23-76 let, kteří podstoupili jeden či více pobytů v prostředí REST. Vzorek byl získán příležitostným výběrem, nejčastěji (ne vždy) se jednalo o jedince, kteří podstoupili terapii tmou v Beskydském terapeutickém centru u Dr. Urbiše.

Ve výzkumu jsem si stanovila tyto výzkumné cíle:

1. Popsat prožívání respondentů při absolvování techniky omezené zevní stimulace.
2. Zjistit, zda respondenti po podstoupení techniky omezené zevní stimulace na základě této zkušenosti uskutečnili nějaké změny ve svém životě a uvést je.

Při výzkumu jsem si položila tyto výzkumné otázky:

1. Jak respondenti prožívali techniku omezené zevní stimulace?
2. Uskutečnili respondenti na základě techniky omezené zevní stimulace nějaké změny ve svém životě, případně jaké?

Cíle výzkumu byly naplněny polostrukturovanými rozhovory, ve kterých jsem se zaměřila na prožívání respondentů a na efekty, změny, které jim terapie tmou přinesla.

Výsledky výzkumu ukázaly, že u všech respondentů se alespoň některé terapeutické účinky ukázaly. Terapie tmou pro ně tedy byla přínosná.

Z účinných faktorů, které působí v terapii, a které se ukázaly i v prostředí omezené zevní stimulace, byly nejčastěji zastoupeny tyto: pozitivní očekávání; konfrontace s problémem; zvyšování vědomí; vztahová a životní rekapitulace.

Z terapeutických efektů respondenti nejčastěji popisovali: odpočinek, redukci stresu a zklidnění; zvýšení sebevědomí a zlepšení zdravotního stavu.

Terapie tmou je okrajovou, alternativní technikou. Tento výzkum přispívá k jejímu hlubšímu prozkoumání, což může přispět k její legitimizaci a lepšímu náhledu na to, co nám technika omezené zevní stimulace může přinést. Omezením je zkušenost většiny respondentů z Beskyd, studie přináší jen malý náhled na provoz terapie tmou jinde.

Seznam použité literatury

- Barabasz, M. (1993). REST: a key facilitator in the treatment of eating disorders. In A. Barabasz & M. Barabasz (Eds.), *Clinical and experimental restricted environmental stimulation* (121–125). New York: Springer-Verlag.
- Barkham, M. et al. (2001). Service profilig and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (2), 184-196.
- Benda, J. (2007a). Využití všímavosti v psychoterapii klientů s psychotickými symptomy. Praha: Univerzita Karlova.
- Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona (včetně deuterokanonických knih) : český ekumenický překlad.* (2016). Praha: Česká biblická společnost, 2016.
- Bieščad, M. (2008). Monitorovanie výsledkov psychiatrickej a psychoterapeutickej liečby.
- Brodská, T. (2008). Tma jako nástroj sebepoznání. *Psychologie dnes*, 14 (1), 36-39. *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika*, 15 (3), 166-173.
- Carroll, L. (2017) *Alenčina dobrodružství v říši divů a za zrcadlem*. Praha: Dybbuk.
- Castonguay & Beutler (2006). Principles of therapeutic change: a task force on participants, relationships, and techniques factors. *J. CLin. Psychol.* 62(6):631-8.
- Cooper, G., Adams, H. & Scott, J. (1988). Studies in REST: I. Reduced environmental stimulation therapy (REST) and reduced alcohol consumption. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5, 61–68.
- Černý J. (1966). K psychopatologickým a filosofickým otázkám japonské psychoterapie neuróz podle Moritovy koncepce. *Československá psychiatrie*, 62, 52–57.

- Černý J. (1968). O některých novějších psychopatologických aspektech japonské koncepce Moritovy psychoterapie a o výzkumech zazenu. *Československá psychiatrie*, 64, 194–204.
- Duncan, B. L. (2002). The legacy of Saul Rosenzweig: The profundity of the dodo bird. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 32-57.
- Dyer, R., Barabasz, A. & Barabasz, M. (1993). Twenty-four hours of chamber REST produces specific food aversion in obese females. In A. Barabasz & M. Barabasz (Eds.), *Clinical and experimental restricted environmental stimulation*. (127–144). New York: Springer-Verlag.
- Frankl, V. E. (2016). *Utrpení z nesmyslnosti života: psychoterapie pro dnešní dobu*. Praha: Portál.
- Chartreux, Un. (2014). *Láska a ticho*. Praha: Krystal OP.
- Hewitt, D. & Rule, B. (1968). Conceptual structure and deprivation effects on self concept change. *Sociometry*, 31, 4, 386–394.
- Hoskovec, J. (1963). Psychoterapeutické aspekty systému zen. *Československá psychiatrie*, 59, 406–411.
- Kalweit, H. (2006). *Dunkeltherapie: léčba tmou a vize vnitřního světla*. Praha: Eminent.
- Kaye, J. S. (2009). Isolation, Sensory Deprivation, and Sensory Overload: History, Research, and Interrogation Policy, from the 1950s to the Present Day. *National Lawyers Guild Review*, 66, 1, 1–17.
- Kosová, M. (2014) *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*. Praha: Grada.
- Kratochvíl, S. (2012a). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Kratochvíl, S. (2017) *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.

Krumlová, D. & Hrdličková, L. (2009). Tma je měkká jako matčina náruč. *Psychologie dnes*, 15 (5), 35-36.

Kupka, M., Malůš, M., Kavková, V., & Řehan, V. (2012). Technika omezené zevní stimulace. *Československá psychologie*, 56 (5), 488-499.

Kupka, M. & Malůš, M. (2013). Technika omezené zevní stimulace: základní atributy osobní zkušenosti. In Neusar, A., Vavrysová, L. (Eds.). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku XII: Hranice normality (315–321)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Kupka, M., Malůš, M., Kavková V. & Němčík, P. (2014). *Terapeutické a osobní růstové možnosti techniky omezené zevní stimulace: léčebné využití terapie tmou a floatingu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York, NY, US: Basic Books

Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42-51.

Lukasová, E. (2009). *Základy logoterapie..* Bratislava: Lúč.

Malůš, M. (2014). *Technika omezené zevní stimulace – Terapie tmou (Disertační práce)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.

Phelps, J. (2008). Dark therapy for bipolar disorder using amber lenses for blue light blockade. *Medical Hypotheses*, 70, 224–229.

Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. et al. (2007). *Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.

Rathus, S. A. (1999). *Psychology in the new millenium*. San Diego: Harcourt Brace College Publisher.

Reynolds, D. K. (2007). *Konstruktivní život*. Praha: Eminent.

Rogers, C. R. (1998). *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Praha: Portál.

Rosner, C. (2010). Isolation. *Canada's History*, 90, 4, 28–37

Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada Publishing.

Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York: Guilford press.

Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.

Sternberg, R. J. (2006). *Evidence-based practice: Gold standard, gold plated, or fool's gold?*

Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?" *American Psychologist*, 41(2), 165-180.

Suedfeld, P. *Restricted environmental stimulation: research and clinical applications*. (1980) New York: Wiley.

Sumcov, P. (2017) *Sedm dní ve tmě: vyprávění o zážitcích a stavech během sedmidenního pobytu ve tmě, tichu a o samotě*. Brno: Spiral Energy.

Timulák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton.

- Timuřák, L. (2010). Psychoterapie podložená výzkumem. In. Vybíral, Z., Roubal, J. (eds.) *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 544-560.
- Urbiř, A. A. (2012). *Terapie tmou: návrat k harmonii a ke zdraví*. Frýdek-Místek: Alpress.
- Vybíral, Z. & Roubal, J., ed.? (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- Wickramasekera, I. (1993). A model of the common „Active ingredient“ in stress reduction techniques. In A. Barabasz & M. Barabasz (Eds.), *Clinical and experimental restricted environmental stimulation*. (59–73). New York: Springer-Verlag
- Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.
- Yalom, I. D. (2008). *Pohled do slunce: O překonávání strachu ze smrti*. Praha: Portál.
- Yalom, I. D. & Leszcz M. (2016). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.
- Zeig, J. K. (2005) *Umění psychoterapie: C. Rogers, V. Satirová, P. Watzlawick, A. Ellis, A. Beck, A. Lazarus a další*. Praha: Portál.
- Zubek, J. P. (Ed). (1969). *Sensory Deprivation: Fifteen Years of Research*. New York: Appleton-Century-Crofts.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Omezená zevní stimulace: katamnestický výzkum

Autor práce: Bc. Lenka Nixová

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 98 stran; 206 913 znaků (včetně mezer)

Počet příloh: 0

Počet titulů použité literatury: 54

Abstrakt (800–1200 zn.):

Tématem mé magisterské diplomové práce je omezená zevní stimulace neboli terapie tmou. Výzkum byl kvalitativní, provedla jsem 8 rozhovorů s lidmi ve věku 23-76 let, kteří podstoupili terapii tmou před 1-3 lety, jedná se tedy o katamnestický výzkum.

Ve výzkumu byly stanoveny tyto výzkumné cíle: (1) Popsat prožívání respondentů při absolvování techniky omezené zevní stimulace. (2) Zjistit, zda respondenti po podstoupení techniky omezené zevní stimulace na základě této zkušenosti uskutečnili nějaké změny ve svém životě a uvést je.

Pro svoji práci jsem si položila 2 výzkumné otázky: (1) Jak respondenti prožívali techniku omezené zevní stimulace? (2) Uskutečnili respondenti na základě techniky omezené zevní stimulace nějaké změny ve svém životě, případně jaké?

Výzkum ukázal, že terapie tmou byla pro respondenty přínosná. Na základě této zkušenosti udělali ve svém životě určité změny. Z terapeutických faktorů se ukázaly tyto: pozitivní očekávání; konfrontace s problémem; zvyšování vědomí; vztahová a životní rekapitulace. Byly zastoupeny tyto terapeutické efekty: odpočinek; redukce stresu a zklidnění; zvýšení sebevědomí a zlepšení zdravotního stavu. Terapie tmou je tedy účinná.

Klíčová slova: chamber REST, technika omezené zevní stimulace, terapie tmou, výzkum psychoterapie.

ABSTRACT OF THESIS

Title: Restricted environmental stimulation: catamnestic research

Author: Bc. Lenka Nixová

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Number of pages and characters: 98 pages; 206 913 characters

Number of appendices: 0

Number of references: 54

Abstract (800–1200 characters):

The theme of my master's thesis is restricted environmental stimulation technique (REST) or dark therapy. I chose qualitative approach. I made 8 semi-structured interviews with people from the age of 23 to 76. They underwent a therapy from 1 to 3 years ago. Therefore, it is catamnestic research.

For my thesis, I chose 2 goals: (1) to describe the experience of respondents when undergoing the REST. (2) Find out if the respondents made some changes in their lives after their experience of undergoing the REST. I asked 2 research questions in my thesis: (1) How did the respondents experience the REST? (2) Did respondents realise, based on the REST, any changes in their lives and if so, what kinds of changes were they?

The research has shown that dark therapy was beneficial for the respondents. Based on this experience, they made changes in their lives. The following therapeutic factors appeared: positive expectations; confrontation with problem; increase of the consciousness; relationship and the recapitulation of the relationships and life. These therapeutic effects has shown the following effects: relaxation; stress reduction and recreation; increase in self-confidence and improvement of the health condition. That implies that dark therapy is effective.

Key words: Chamber REST, restricted environmental stimulation technique, dark therapy, research of psychoterapy.